

Louise Nadeau, Serge Brochu, Robert Cormier

**Quatrième comité d'examen indépendant sur les décès de causes non naturelles
survenus en établissement entre le 1^{ier} avril 2014 au 31 mars 2017**

**Service correctionnel Canada
Novembre 2018**

Table des matières

Remerciements	1
Introduction	2
Partie 1 : Les suicides	5
Les données sur le suicide	6
Un sous-groupe de détenus à risque	14
Étude de cas	17
Le droit au suicide	22
Partie 2 : Les surdoses	34
Partie 3 : Les homicides	52
Partie 4 : Le cas de Matthew Hines	58
Partie 5 : Pratiques exemplaires dans le processus d'enquête et engagement auprès des familles	62
Conclusion	69
Liste des recommandations	71
Références	74
Annexe I	79
Annexe II	82
Annexe III	84

Remerciements

Plusieurs membres du personnel du Service correctionnel Canada ont grandement aidé le comité dans le cadre de son travail. Plus précisément, le comité souhaite remercier Nancie Proulx et Sébastien Robillard-Cardinal, de la Division des relations intergouvernementales, pour l'aide qu'ils ont fournie dans le cadre du sondage international, ainsi que John Weekes et L.A. Keown, de la Direction de la recherche, pour avoir communiqué des renseignements sur des projets de recherche liés à notre mandat. Nous sommes également reconnaissant de l'aide fournie par David Hooey et Stacie Ogg, du Bureau de l'enquêteur correctionnel.

Mark Nafekh et son équipe à la Direction des enquêtes sur les incidents du SCC ont apporté un soutien continu au comité. Le comité souhaite souligner l'aide qu'ont offerte Kimberly Gibner, Alycia Drouin, et surtout Maria Hill, qui était notre personne-ressource principale au SCC et qui a travaillé ardemment pour obtenir de l'information au sein de l'organisation en vue de répondre aux nombreuses demandes du comité. Enfin, nous voulons remercier Mireille Primeau, qui a remplacé Maria Hill vers la fin du projet et qui a joué un rôle essentiel dans la préparation du rapport en vue de sa publication.

Introduction

La question des décès de causes non naturelles survenus dans les pénitenciers est devenue un objet de préoccupations depuis nombre d'années au SCC et dans d'autres pays soucieux des droits fondamentaux. Cette question a été examinée par les trois comités d'examen indépendant précédents (2010, 2012, 2015). À la suite de recommandations issues de ces examens, le SCC a pris des mesures afin d'améliorer les politiques et les pratiques concernant les enquêtes et a adopté des stratégies afin de prévenir les décès de causes non naturelles survenus en établissement. Le mandat du comité actuel concernait ce qui suit :

- la qualité, la portée et l'applicabilité générale des conclusions et des recommandations des comités d'enquête ainsi que les mesures correctives et les plans d'action mis en œuvre par le Service afin de combler les lacunes cernées, ce qui comprend, sans s'y limiter, une analyse de l'efficacité des responsabilités en matière de gestion du Service en ce qui a trait aux enquêtes, lesquelles ont pour but d'influer sur les politiques et pratiques organisationnelles et de prévenir d'autres décès en établissement;
- les pratiques efficaces et exemplaires d'autres administrations correctionnelles à l'échelle internationale relativement à leurs processus d'enquête en général, et plus précisément en ce qui a trait aux décès en établissement, et la façon dont ces processus pourraient servir à mettre en place un processus d'enquête revitalisé au SCC.

Plus précisément, le comité a été chargé de se pencher sur des approches plus systémiques à l'égard des enjeux dans ce domaine.

Il ne faut pas s'étonner de l'importance de la question des décès en établissement étant donné qu'historiquement, les conditions de détention n'ont pas visé à assurer la dignité et le respect des détenus. Au début du système carcéral au Canada, ces conditions étaient pénibles et punitives. Avant la fin du XIX^e siècle, les châtiments corporels faisaient

notamment partie des sanctions et il n'existait aucune formation officielle pour le personnel¹. Par le passé, dans plusieurs cas, les détenus étaient sans défense face à l'autorité et face aux autres détenus. Plusieurs décès associés aux conditions de détention n'étaient pas signalés comme tels. Bref, autrefois, la santé et la sécurité des détenus n'étaient pas toujours assurées lors d'une période d'incarcération. De fait, tout cela était le reflet des normes qui prévalaient alors dans l'ensemble de la société².

Il demeure encore maintenant que la prévalence de décès de causes non naturelles en cours d'incarcération est inséparable de la vulnérabilité des personnes dans un établissement pénitentiaire. Par conséquent, le comité a cerné deux catégories de personnes qui sont vulnérables derrière les murs. Premièrement, le personnel du SCC qui est en contact avec les détenus. Plusieurs détenus ont été incarcérés en raison de leur violence et plusieurs sont effectivement encore violents. Le comité ne peut exclure que l'incarcération suscite aussi cette violence. Il est nécessaire que le personnel du SCC soit protégé. Deuxièmement, les détenus sont vulnérables au suicide pour de multiples raisons, comme le comité l'exposera de façon détaillée ultérieurement, mais les détenus peuvent aussi être violents envers les autres et commettre des homicides. Ils peuvent également vouloir s'évader psychologiquement d'un milieu considéré intolérable ou fuir leurs antécédents que l'incarcération leur rappelle constamment ; l'usage de drogue peut sembler pour certains un bon moyen d'évasion. Le risque de surdose ne peut être écarté. Ainsi, le pénitencier rend le personnel et les détenus vulnérables, mais à des degrés divers et pour différentes raisons.

Le SCC a apporté de nombreux changements pour assurer la sécurité de ses employés et celle des détenus, comme ce rapport l'indiquera. Il faut donc le lire en ayant en tête ces deux informations : tout d'abord, les pénitenciers canadiens sont des endroits où le risque pour la sécurité physique et mentale est élevé ; compte tenu de ce contexte, les pénitenciers canadiens présentent néanmoins un profil de décès de causes non naturelles peu élevé. En outre, le SCC fait une enquête sur tous les décès et *a fortiori* pour les décès de causes non naturelles qui surviennent dans ses établissements.

¹ <http://www.csc-scc.gc.ca/a-notre-sujet/006-2001-fra.shtml>

² <http://www.csc-scc.gc.ca/a-notre-sujet/006-2001-fra.shtml>

Le présent rapport tient compte de cet état de fait. On y a examiné un échantillon de décès de causes non naturelles survenus entre les exercices 2014-2015, 2015-2016 et 2016-2017. Dans le cadre de cet examen effectué sur les comités d'enquête, les mesures correctives et les pratiques exemplaires, le comité s'est penché, d'une part sur la question de l'équilibre entre les impératifs de sécurité du personnel et des détenus, et la prévention des décès de causes non naturelles et, d'autre part, sur le maintien d'un milieu de vie de qualité. En fait, le Programme de transformation du SCC, qui vise à accroître la responsabilisation des délinquants, à éliminer les drogues, à améliorer les interventions et les programmes correctionnels, à moderniser l'infrastructure physique et à renforcer les services correctionnels communautaires, a amené le comité à valider positivement les efforts qui ont été faits par le SCC au fil des ans. Le SCC fait bonne figure au niveau international en matière de dignité et de respect des personnes mises sous sa responsabilité. L'heure est peut-être venue de s'interroger sur la place de la sécurité vis-à-vis la dignité et la qualité de vie des détenus.

Ce rapport comprend cinq parties. La première est consacrée aux suicides ; la seconde, aux surdoses ayant provoqué la mort par substances psychoactives; la troisième, aux homicides en établissement; et la quatrième, au cas de Matthew Hines. La dernière section traite des pratiques exemplaires dans le processus d'enquête, ce qui nous amènera à mettre l'accent sur l'engagement auprès des familles dans des cas de décès de causes non naturelles en établissement. Le comité a donc formulé dans le présent rapport des recommandations qui encouragent le SCC à tenir compte de ce contexte dans le cadre des activités qu'il mène pour changer des vies et protéger les Canadiens.

Partie 1 : Les suicides

Cette partie est consacrée aux cas de suicides qui ont été soumis au comité. Parmi les 22 cas qui nous ont été présentés, 12 impliquaient des individus qui s'étaient enlevé la vie, et un cas concernait un incident de strangulation suite à une autostimulation de nature sexuelle. Il importe de souligner que le suicide est la cause la plus fréquente de décès de causes non naturelles au SCC.

Les membres du présent comité, dans la réalisation de leur mandat pour l'examen en cours, ont constaté que le SCC avait prêté une grande attention à la question des suicides et, dans le cadre de notre examen mené sur les recommandations et les mesures correctives prises par le SCC, nous avons perçu que ces recommandations avaient entraîné l'élaboration de politiques sur le suicide et l'isolement. Pendant notre examen, nous avons tenu compte du taux de suicide au Canada ainsi que des facteurs de risque de suicide mentionnés dans les travaux scientifiques récents. Le comité a donc cerné deux domaines que le SCC doit examiner. Le premier consiste à mettre l'accent sur un sous-groupe particulier de délinquants qui peuvent présenter un risque élevé de suicide. Le deuxième concerne l'ampleur et la portée des enquêtes qu'effectue le SCC sur les incidents et le fait que ce dernier doit prendre en compte ses valeurs fondamentales en ce qui a trait au traitement et au respect des détenus. Cela est illustré dans une étude de cas. Enfin, le comité d'examen indépendant (CEI) a examiné le droit au suicide dans le contexte du système carcéral fédéral.

La prévention du suicide au SCC

Les rapports des comités précédents sur les décès de causes non naturelles ont accordé une place importante aux suicides. La recension des écrits scientifiques sur le suicide, ses risques et sa prévention a été faite, et bien faite. Les rapports précédents ont également fait un ensemble de recommandations fondées à la fois sur l'examen de la documentation scientifique et sur un examen des décès par suicide survenus lors de l'incarcération. Ces recommandations ont fait l'objet d'un suivi par le SCC et de politiques en ce qui a trait au

suicide et à l'isolement. Bref, au SCC, de nombreux rapports ont été consacrés à la vulnérabilité des détenus en matière de suicide et des programmes de prévention ont été mis en place dans les pénitenciers. Il n'est pas de l'intention de ce rapport de reprendre ce qui a déjà été fort bien dit. De plus, le Service procède toujours à une analyse post-mortem des circonstances qui ont précédé et suivi le suicide d'un détenu et propose, s'il y a lieu, d'apporter des améliorations et des changements aux politiques, aux pratiques et aux procédures.

Dans les pages qui suivent, nous examinerons le taux de suicide au Canada et au SCC. La suite décrira tout d'abord les facteurs de risque qui ont été récemment mis en évidence dans la documentation scientifique depuis la publication du dernier rapport et qui sont en relation avec les cas qui nous ont été soumis. Ensuite, nous examinerons une étude de cas pour montrer les secteurs qui, selon le comité, devraient constituer une priorité pour revitaliser le processus d'enquête sur les incidents du SCC. Enfin, une question difficile sera posée, celui du droit au suicide des détenus dans le contexte de la Charte canadienne des droits et libertés de 1982.

Les données sur le suicide

Le suicide est un sujet qui a été bien étudié, et ce, depuis longtemps et par diverses disciplines. En janvier 2018, on retrouvait 76 000 entrées sur le sujet dans PubMed³. Le suicide lors d'une incarcération a aussi fait l'objet de nombreuses études. On comptait 703 titres pour les descripteurs « suicide and prison » en mars 2018 et 105 000 dans Google Scholar⁴.

Au Canada, en 2009, le taux de suicide était de 11,5/100 000 dans la population canadienne, soit 17,9/100 000 pour les hommes et 5,3/100 000 pour les femmes⁵. On comprendra que

³ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

⁴ [https://scholar.google.fr/scholar?hl=fr&as_sdt=0%2C5&q=suicide+and+prisons&btnG=.](https://scholar.google.fr/scholar?hl=fr&as_sdt=0%2C5&q=suicide+and+prisons&btnG=)

⁵ En 2009, on a enregistré environ 238 000 décès au Canada, dont 3 890 étaient imputables au suicide, ce qui se solde par un taux de suicide de 11,5 décès pour 100 000 personnes. Au cours de cette année-là (2009),

ces taux varient légèrement d'une année à l'autre ; cependant, le taux moyen quinquennal au sein de la population canadienne est de 11,4/100 000 personnes. Il importe de mentionner que, partout où les données sont disponibles, les suicides sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes.

Pour ce rapport, nous avons examiné le taux de suicide dans les pénitenciers afin de le comparer au taux dans la population générale. L'analyse sert de repère pour comparer la situation actuelle dans les pénitenciers canadiens avec l'ensemble de la population canadienne. Au SCC, comme dans la population générale, les suicides sont surtout le fait des hommes. Il importe également de mentionner que tous les cas de suicide qui nous ont été soumis étaient des hommes.

Selon le *Rapport annuel sur les décès en établissement 2015-2016* du SCC, il y a eu neuf suicides en 2015-2016 pour une population d'environ 14 712 détenus. Le taux de 2015-2016 serait donc de neuf suicides/14 712 détenus, soit 61/100 000.

Selon que l'on se réfère au taux dans la population générale du Canada de 2009 (11,5/100 000), et compte tenu du fait que la moyenne quinquennale varie peu, le taux au SCC était de cinq fois plus élevé que dans la population générale⁶. Ces chiffres sont relatifs mais nous donnent une indication pour procéder à des comparaisons nationales et internationales.

La comparaison avec les taux de suicide d'autres pays permet d'éclairer la situation du SCC. En 2011, Fazel, Grann, Kling et coll. affirmaient que le taux de suicide était trois fois plus élevé que celui de la population canadienne, ce qui est un écart plus faible que nos propres calculs approximatifs, se rappelant toutefois que le calcul du taux d'un événement relativement rare fait qu'il est particulièrement sensible aux changements de population

2 989 hommes au total se sont donné la mort (17,9 décès pour 100 000 personnes) contre 901 femmes (5,3 décès pour 100 000 personnes). Comme le montrent ces chiffres, les hommes étaient trois fois plus susceptibles que les femmes de se suicider. » <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2012001/article/11696-fra.htm>, 2018.02.08

⁶ <http://www.csc-scc.gc.ca/recherche/005008-rb-16-04-fra.shtml> 14 637 détenus en 2016

d'une année à l'autre. En tous les cas, c'est ce chiffre qui est cité le plus souvent dans la documentation scientifique. Ces données contrastent avec le taux rapporté par Kaster, Martin & Simpson (2017) dans un article sur les pénitenciers canadiens qui affirmait que le taux de suicide était huit fois plus élevé que dans la population générale. Cependant les auteurs n'apportaient pas de chiffres à l'appui à leur affirmation dans le contexte théorique de leur article. Il est donc impossible de savoir d'où vient ce résultat. L'étude la plus récente, qui est du domaine public, est celle de Fazel, Ramesh et Hawton (2017) qui sont trois chercheurs de l'Université d'Oxford, en Angleterre. Cette étude a examiné les taux de suicide dans les prisons, donc dans tous les établissements de détention, dans 24 pays dits développés. Ces auteurs rapportaient que la moyenne des suicides était de plus de 100/100 000 en Norvège, en France, en Belgique, au Portugal et en Suède alors que, dans leur étude, le taux au Canada pour toutes les incarcérations, incluant les hommes et femmes en détention dans des établissements fédéraux et provinciaux, était de 23/100 000, le taux le plus bas après celui de la Croatie (10/100 000) et des États-Unis (21/100 000). On constate donc que le Canada présente un faible taux de suicide lorsque les comparaisons sont faites avec des pays comparables au nôtre⁷.

Le cumul de facteurs de risque

Tel que souligné précédemment, les rapports précédents ont documenté le risque suicidaire. Pour les fins du présent rapport, il nous suffit de se rappeler que le suicide est perçu comme un problème de santé publique qui est la conséquence d'une interaction, ou d'un effet cumulatif, de facteurs biologiques, psychologiques et contextuels (Séguin et Chawky, 2017). Bien que ces trois types de facteurs soient à l'œuvre dans le risque

⁷ « 3906 prison suicides occurred during 2011–14 in the 24 high-income countries we studied. Where there was breakdown by sex (n=2810), 2607 (93%) were in men and 203 (7%) were in women. Nordic countries had the highest prison suicide rates of more than 100 suicides per 100 000 prisoners apart from Denmark (where it was 91 per 100 000), followed by western Europe where prison suicide rates in France and Belgium were more than 100 per 100 000 prisoners. Australasian and North American countries had rates ranging from 23 to 67 suicides per 100 000 prisoners. Rate ratios, or rates compared with those in the general population of the same sex and similar age, were typically higher than 3 in men and 9 in women. » Résumé de l'article dans <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29179937>

suicidaire, il est difficile d'établir lequel, pour une personne donnée, a le plus de poids dans cet algorithme. Par exemple, dans un cas de suicide, il est difficile de mesurer ce qui, de l'impulsivité (une dimension biologique), des troubles mentaux (une dimension psychologique) ou de la maltraitance (une dimension contextuelle) a joué un rôle dans le décès par suicide d'une personne. Dans les cas qui nous ont été soumis, la plupart des personnes présentaient un cumul de facteurs de risques.

Les rapports antérieurs ont bien documenté, pour le suicide, les risques liés à la consommation d'alcool et de drogues ainsi qu'aux troubles d'usage de ces substances. La preuve n'en est plus à faire considérant la constellation de données sur le sujet. En janvier 2018, il y avait plus de 10 000 articles sur le sujet dans PubMed.

De plus, parmi les cas qui nous ont été soumis par le SCC de détenus qui se sont enlevé la vie, plusieurs présentaient très exactement le profil suivant : un milieu familial hostile, des violences interpersonnelles subies et observées et des placements répétés en famille d'accueil. Des données récentes, publiées depuis le dernier rapport, ont permis de mieux comprendre le rôle clé de la maltraitance et de la violence interpersonnelle dans l'occurrence d'un suicide.

La maltraitance d'enfants

Les événements survenus dans l'enfance et l'adolescence entrent en interaction avec ceux de la vie adulte, dont l'occurrence est plus récente. La recherche démontre qu'une forte proportion de détenus avaient subi de la maltraitance durant l'enfance et l'adolescence. Par cela, il faut entendre de l'indifférence et/ou d'antipathie parentale, de la violence physique, un contrôle excessif ou insuffisant, un renversement des rôles (l'enfant devant jouer le rôle du parent) et des agressions sexuelles. En outre, selon la recherche, la maltraitance dans l'enfance a un effet à long terme sur la prise de substances et sur la santé mentale à l'âge adulte. Ces conséquences sont : engendrer plus de problèmes dans la vie adulte, notamment en santé mentale; affecter la manière dont les personnes réagissent, notamment la présence de dépression; engendrer des problèmes de développement cognitif et des difficultés dans

la régulation des émotions; augmenter le risque de criminalité à l'adolescence; augmenter le risque de suicide. Ces données étaient connues avant 2015, l'étude ACE (*Adverse Childhood Experience*) menée dans les années 1990 avec 17 421 participants ayant confirmé quantitativement (Fellici et coll., 1998; De Venter et coll., 2013) ce que plusieurs autres études cliniques avaient constaté auparavant, notamment les travaux de pionnier de John Bowlby (1969, 1973, 1980). Bref, on savait déjà que la maltraitance avait des effets au long terme, incluant la délinquance et le suicide.

Des travaux plus récents menés avec de l'imagerie cérébrale et des techniques en génétique ont permis de constater que la négligence et les agressions dans l'enfance ont un effet sur la neurobiologie. Ces travaux, connus sous le nom d'épigénétique, notamment ceux du laboratoire dirigé par Gustavo Turecki (2014, 2016; Turecki et Meany, 2016; Lutz, Mechawar et Turecki, 2017), au Centre de recherche Douglas, de l'Université McGill, ont démontré que la maltraitance infantile grave provoque des changements dans l'expression des gènes⁸. La maltraitance produit des effets à long terme sur l'organisation cérébrale et affecte la communication dans le cerveau.

Ces transformations se produisent sur une longue durée, affectent entièrement la vie adulte et constituent un des facteurs de risque les plus robustes du suicide. Autrement dit, ces données confirment qu'un environnement menaçant et violent durant l'enfance a un effet sur le développement du cerveau et démontrent qu'il existe une interaction entre certains traumatismes et les effets de ceux-ci sur les réponses neurobiologiques des individus : problèmes de développement cognitif, difficulté dans la régulation des émotions, échecs répétés reliés à la délinquance à l'adolescence, problèmes de santé mentale, notamment la dépression, et augmentation du risque de suicide. Ainsi, dans leur état de la question sur les facteurs de risque de suicide, Sachs-Ericsson, Rushing, Stanley et Sheffler (2016), Séguin et Chawky (2017) et Turecki (2016; Turecki et Meany, 2016; Lutz, Mechawar et Turecki, 2017), pour n'en citer que quelques-uns, ont rappelé le rôle clé de la maltraitance sur le risque suicidaire. Bref, lorsqu'une personne qui a vécu de la maltraitance est placée sous la

⁸ <http://ici.radio-canada.ca/premiere/emissions/les-annees-lumiere>, le reportage sur la maltraitance

responsabilité du SCC, il faut prendre conscience du risque suicidaire dès son arrivée en établissement.

La violence interpersonnelle

Au-delà de ces travaux effectués sur la maltraitance, un ensemble de travaux signale le rôle de la violence interpersonnelle comme facteur de risque pour le suicide (Haglund et coll., 2016; Jordan et Samuelson, 2016; MacIsaac et coll., 2017; Moberg et coll., 2014; Stefansson et coll., 2015). Tous ces travaux sont relativement récents et convergent pour signaler que les personnes qui ont commis de la violence interpersonnelle sont à risque de suicide. Des questionnaires développés par des chercheurs de l'Institut Karolinska de Stockholm (Stefansson et coll., 2015) contribuent à la validité des observations pour mettre en évidence cette dimension comme un important facteur de risque pour le suicide.

Une étude française, réalisée avant les travaux du Karolinska (Duthé, Hazard, Kensey et Shon, 2013), a examiné 301 611 périodes d'emprisonnement et 353 suicides. Ces chercheurs ont constaté que les taux de suicide sont plus élevés parmi les détenus incarcérés pour homicide, bien que la nature du suicide ne soit pas précisée : « Les programmes de prévention du suicide doivent prendre en considération le risque important de suicide associé à l'incarcération relatif à des délits commis contre la personne » p. 276. Ces auteurs constatent donc que l'homicide est un facteur de risque pour le suicide.

Cet ensemble de données relativement récent met en évidence que la violence interpersonnelle et les homicides constituent un risque suicidaire, *a fortiori*, si la maltraitance a précédé le délit. Ces données comportent une signification importante pour le SCC puisqu'elles signalent que les détenus, condamnés pour violence interpersonnelle et homicide d'une personne de son entourage, sont plus à risque que les autres en matière de suicide.

Or, parmi les cas de suicide que nous avons examinés, neuf cas sur 12 avaient été condamnés pour l'homicide d'un proche – une épouse/conjointe de fait, un parent ou parent par alliance, une personne connue. Il est difficile de penser que cette surreprésentation des cas d'homicide de personnes de l'entourage soit due uniquement au hasard. La convergence entre les données de recherche et la surreprésentation de ce type d'homicides dans nos cas nous amène à poser la question du risque accru de suicide chez les détenus qui ont tué une personne de leur entourage.

Rappelons le profil des délinquants au SCC durant l'exercice 2015-2016⁹. Le SCC assumait chaque jour la responsabilité de 22 872 délinquants en moyenne. De ce nombre, 14 639 étaient incarcérés dans des établissements fédéraux (y compris en détention temporaire) et 8 233 bénéficiaient d'une mise en liberté dans la collectivité et faisaient l'objet d'une surveillance par le SCC. Parmi ces délinquants, environ 20 % purgeaient une peine pour homicide. Ces chiffres du SCC nous rappellent que 80 % des causes d'incarcération dans un pénitencier sont pour des délits où il n'y a pas eu de mort, bien que la violence interpersonnelle puisse aussi être présente.

Poussons plus loin l'examen de ces chiffres. En ce qui a trait aux homicides, une certaine proportion de ces homicides a pour objet des crimes liés à des règlements de compte dû au trafic de drogues ou à d'autres types d'activités criminelles. Seuls un certain nombre sont le fait d'homicides de proches. Selon le *Rapport du comité d'experts sur les homicides intrafamiliaux présenté au Ministre de la Santé et des Services sociaux et Ministre responsable des Aînés* du Québec en 2012¹⁰, 35 % des homicides étaient intrafamiliaux. Même si nos 9 cas avaient tué des personnes de leur entourage, et non pas uniquement leurs conjointes ou leurs enfants, ce chiffre nous indique que les homicides de personnes de l'entourage sont une fraction, qui n'est pas précisée, de l'ensemble des homicides. Ce serait donc ce sous-

⁹ <http://www.csc-scc.gc.ca/publications/005007-3024-fra.shtml>.

¹⁰ http://www.learningtoendabuse.ca/sites/default/files/Rapport_Comit%C3%A9.pdf. D'autres rapports examinent cette question, l'Ontario a produit un rapport similaire celui du Québec et qui met en évidence les mêmes variables pour les homicides intrafamiliaux <https://www.mcscs.jus.gov.on.ca/sites/default/files/content/mcscs/docs/ec069409.pdf>. Les homicides conjugaux ont fait l'objet d'un rapport spécifique au Québec : https://www.criviff.qc.ca/sites/criviff.qc.ca/files/publications/pub_19062012_131333.pdf

groupe de détenus parmi les peines pour homicides qui, dès le début de leur sentence, seraient à risque de suicide.

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce risque accru. Le soutien des membres de la famille est souvent moins présent pour un détenu lorsqu'un membre de la famille a été tué. Les visites peuvent être rares, sinon inexistantes. L'isolement social et la solitude représentent un risque suicidaire bien documenté. Les perspectives de réinsertion sociale sont aussi plus difficiles après un tel délit. Or, le suicide survient souvent après un certain nombre d'années d'incarcération au moment où les questions liées au retour dans la communauté se posent. On peut penser aussi que la prise de conscience de la gravité du délit fait son chemin au fil des années d'incarcération et peut augmenter la faible estime de soi et le désespoir. On peut ajouter que le suicide exige une résistance inhabituelle à la douleur et une sorte de capacité inhabituelle à faire mal et à se faire mal. C'est beaucoup de travail d'enlever la vie à quelqu'un, que ce soit une victime que l'on attaque ou soi-même. Enfin, on ne peut exclure que d'avoir transgressé l'historique tabou d'ordre culturel et/ou religieux qu'est l'homicide d'une personne de l'entourage puisse faciliter à briser le tabou lié au suicide. Comme nous l'avons mentionné précédemment, bien que plusieurs types de facteurs soient à l'œuvre dans le risque suicidaire lié à ce type d'homicide, il est difficile d'établir lesquels, pour une personne donnée, ont le plus de poids dans le passage à l'acte. Il demeure que la concentration de suicides dans ce type d'homicide ne semble pas l'effet du hasard.

Cela dit, il nous faut rappeler que le suicide chez ce sous-groupe reste un phénomène rare au SCC, même s'il y a un risque accru. Si, par hypothèse, la moitié des homicides avaient pour victime une personne de l'entourage (une proportion conservatrice), c'est 10 % de 14 639 détenus, soit 1 463 détenus. Or, il y a environ 10 suicides/an au SCC, et ces derniers n'impliquent pas tous des cas d'homicide. Cette faible prévalence rappelle combien il est difficile de prédire qui, parmi ce groupe de délinquants à risque, va s'enlever la vie.

Un sous-groupe de détenus à risque

Si notre analyse est exacte, alors le sous-groupe de détenus qui purge une peine pour avoir enlevé la vie à une personne de leur entourage devrait être considéré comme à risque de suicide, *a fortiori* s'il y a eu maltraitance dans l'enfance. Ainsi, si le SCC veut réduire le nombre de suicides dans ses pénitenciers, c'est spécifiquement ce sous-groupe de détenus qu'il faut cibler.

Cette identification d'un sous-groupe de détenus dont le risque suicidaire est accru à la fois pour des raisons neurobiologiques et criminologiques constitue une épée à deux tranchants, un dilemme pour le SCC :

- Le SCC pourrait se servir de ces données pour procéder à des interventions qui limitent la qualité de vie des détenus, mais qui protègent le Service d'un suicide. Ces méthodes sont connues : une surveillance accrue sinon constante, y compris par caméra, des cellules dépouillées de divers articles, des patrouilles de sécurité fréquentes. Toutes ces mesures affectent la qualité de vie de tous les détenus mis en cause dont 10 sur 1 500, soit 1/150, risquent de s'enlever la vie. Un tel résultat n'est pas acceptable ou souhaitable. Tel n'est pas le souhait du Comité. De fait, de telles mesures compromettraient la dignité et le respect qui sont dus aux détenus, qui sont les valeurs fondamentales du SCC.
- Le SCC pourrait se servir de ces données pour procéder à des interventions de nature psychosociale pour réduire le risque suicidaire. Pour cela, il faut accepter qu'un risque nul en matière de taux de suicide est un impossible rêve dans un pénitencier canadien.

Il est présentement difficile de proposer des interventions psychosociales préventives efficaces fondées sur des constatations. Le comité n'a pas trouvé d'études valides consacrées spécifiquement à la prévention du suicide chez les détenus au risque accru. Trois études proposent cependant des pistes d'intervention. Une première étude (Jonson-

Reid, Hold et Drake, 2012) suggérait des interventions médicales et psychothérapeutiques pour des adultes en communauté et qui ont vécu de la maltraitance : « La chronicité de la maltraitance infantile, telle que mesurée par les rapports officiels, est un indicateur solide de résultats négatifs futurs parmi un éventail de systèmes, mais cette relation pourrait cesser pour certains résultats à l'âge adulte une fois les effets indésirables de l'enfance maîtrisés. Même si la prévention primaire et secondaire demeure une approche importante, la présente étude suggère qu'une prévention tertiaire accrue pourrait se révéler très bénéfique parmi un éventail de domaines médicaux et comportementaux. » Les conditions d'exercice de la psychothérapie dans la communauté sont différentes du contexte de l'incarcération. On ne peut exclure cependant qu'un travail sur la maltraitance pourrait limiter le passage à l'acte suicidaire chez les détenus qui ont enlevé la vie à un proche.

Un second article (Martin, Dorken, Colman, McKenzie et Simpson, 2014) a examiné le risque de s'infliger des blessures dans des pénitenciers canadiens. Cette étude fait notamment mention, parmi les délinquants qui se blessent eux-mêmes, de détenus qui purgent une peine pour homicide. La conclusion de cet article est particulièrement intéressante dans la mesure où les blessures auto-infligées sont souvent faites avec une intention suicidaire : « Du point de vue de la prévention, les caractéristiques de ces détenus font aussi ressortir la nécessité d'interventions précoces afin de réduire les répercussions des événements survenus dans la petite enfance, d'un mauvais fonctionnement social et des symptômes de détresse afin de prévenir les nombreuses conséquences à long terme, y compris l'automutilation. » Il y aurait donc intérêt à intervenir au début de la peine chez ce sous-groupe de détenus. La recommandation de ce deuxième article converge avec le premier pour suggérer une intervention au début de la peine.

Une dernière étude (Pratt et coll., 2015) a démontré des résultats positifs pour les détenus suicidaires en Angleterre en utilisant de la thérapie cognitivo-comportementale de prévention du suicide avec manuel. La conclusion des auteurs précise : « La prestation et l'évaluation de la thérapie cognitivo-comportementale dialectique de prévention du suicide sont réalisables en établissement. Cette thérapie est fort prometteuse pour ce qui est de la prévention du suicide en milieu carcéral, et un essai clinique aléatoire adéquatement

alimenté est justifié. » Il est profitable que le protocole de cette intervention soit écrit, ce qui pourrait faciliter la formation au SCC.

En bref, les quelques données disponibles signalent qu'il est utile d'intervenir au début de la peine et que le modèle de thérapie cognitivo-comportementale pour la prévention du suicide chez les détenus s'est montré efficace en Angleterre. Ces trois articles sont du domaine public. Il nous est difficile de faire des recommandations plus précises en matière d'intervention. Cependant, c'est ce type d'intervention qui n'affecte pas la qualité de vie des détenus qu'a en tête le comité. Il pourrait cependant être utile que le SCC entre en contact avec ces auteurs pour discuter des forces et des limites de leurs interventions et leur application possible au SCC.

Il faut cependant garder en mémoire qu'une intervention préventive psychosociale peut avoir des effets contre-productifs et augmenter le risque suicidaire. Une sensibilisation accrue à la détresse personnelle pourrait accroître la dépression, ce qui pourrait augmenter le risque de suicide.

Conclusion

Il demeure que plus des trois quarts des cas de suicide qui nous ont été soumis impliquaient des détenus purgeant des peines suite à l'homicide d'une personne de leur entourage. Cette surreprésentation ne semble pas due au hasard et concorde avec les travaux scientifiques qui ont mis en lumière le rôle clé de la maltraitance en interaction avec la violence interpersonnelle, notamment les homicides, dans le risque suicidaire. Par ailleurs, constatant le nombre très grand de détenus dont le risque est accru et le très faible taux de suicide au SCC, il se pourrait que des projets expérimentaux puissent être mis en œuvre dans un petit nombre d'établissements, précédés et suivis de mesures afin d'en évaluer l'efficacité.

Recommandations

Le comité recommande :

1. que l'homicide de personnes de l'entourage soit intégré dans la liste de facteurs de risque suicidaire.
2. que le SCC entre en contact avec les chercheurs qui ont examiné l'interaction entre la maltraitance, les homicides et le suicide afin de comprendre s'il y a pertinence de mettre en application leur modèle dans certains pénitenciers du SCC.
3. que le SCC mette en œuvre des interventions psychosociales à caractère expérimental, avec une surveillance à long terme, afin de tester si de telles interventions peuvent réduire le taux de suicide chez le sous-groupe de détenus à risque.

Étude de cas

Tel qu'affirmé précédemment, le taux de suicide au SCC est relativement bas compte tenu de la constellation de facteurs de risque qui sont le fardeau des détenus, et ce, avant même qu'ils ne soient incarcérés. À cela s'ajoute l'incarcération, qui constitue en soi un facteur de risque. Le comité est favorablement impressionné par ce taux relativement faible, compte tenu de la grande vulnérabilité au suicide de la population à l'étude.

Selon le comité, dans l'ensemble, les cas ont été traités conformément à la mission que s'est donnée le SCC d'assurer la sécurité, la dignité et le respect de tous. Le comité constate que, dans l'ensemble, les mesures qui ont été mises en place au cours des dernières années pour prévenir le suicide semblent avoir été efficaces. Quant à la politique de 2017 relative à l'isolement, elle souligne clairement que l'isolement ne doit être utilisé que pour la plus courte période nécessaire et précise les groupes de détenus qui ne sont pas admissibles à l'isolement préventif, notamment ceux ayant une maladie mentale grave avec une déficience importante.

Un cas parmi ceux examinés fait exception cependant, et cette section lui sera consacrée. Ce suicide a eu lieu à une date antérieure à la publication de la récente politique de prévention du suicide au SCC et avant la révision des politiques et pratiques relatives à l'isolement.

Le comité considère que les mauvaises décisions prises pour ce cas constituent une exception, un scénario rare. Expliquer n'excuse cependant pas, ou ne rend pas fondée et légitime la succession de mauvaises décisions qui ont été prises. Le comité considère qu'il se doit de souligner les erreurs qui ont été commises et de formuler des recommandations qui réduiront la probabilité que ce scénario se répète.

Aperçu du cas

En 2015, dans une cellule d'isolement dans un pénitencier à sécurité moyenne, un détenu autochtone s'est enlevé la vie. Avant son suicide, il avait passé 74 jours en isolement. Le rapport d'enquête a été achevé en 2016.

Le profil du détenu a révélé qu'il présentait un grand nombre des facteurs de risque de suicide dont il a été question dans la section précédente. Plus précisément, il était incarcéré pour un crime violent qu'il avait commis lorsqu'il était jeune. Pour ce crime, il purgeait une peine d'emprisonnement à perpétuité avec possibilité de libération conditionnelle après 14 ans d'incarcération. En 2015, il en était donc à sa 13^e année d'incarcération.

Il avait également des antécédents de délits précédant cet homicide, mais ces autres condamnations ne comportaient pas de violence physique.

Son histoire personnelle ressemblait à celle de trop nombreux détenus, toutes origines confondues et contenait bon nombre des éléments biographiques qui sont considérés comme des facteurs de risque pour les troubles mentaux, d'une part, et le risque suicidaire, d'autre part. Ils entrent en interaction avec l'homicide d'une personne de l'entourage.

Le délinquant dans ce cas s'était enlevé la vie après 74 jours en isolement. Il est question ici de deux mois et demi de placement en isolement. Dans le rapport, des raisons ont été invoquées pour le placement en isolement, mais le comité considérait qu'aucune de ces dernières ne justifiait deux mois et demi d'isolement pour un détenu dont la feuille de route en détention était sans problème grave. Contrairement aux raisons invoquées, l'isolement ne peut être une réponse au manque de place dans un programme pour délinquants autochtones, ni une protection à long terme contre un détenu conflictuel, ni une réponse à un acte répréhensible s'il a été jugé que les intentions du détenu n'étaient pas agressives.

Il est compréhensible que, pour quelques jours, l'isolement puisse être soit une punition soit une protection. On peut aussi informer le détenu qu'il sera relocalisé, mais qu'un délai additionnel est requis pour trouver un endroit approprié. Il est possible d'expliquer cela au détenu qui, sachant que la période d'isolement a une fin proche, peut arriver à composer ou même tirer une leçon de l'isolement.

Tel n'est pas du tout le cas dans ce dossier. Ici, la détention en isolement s'était prolongée pendant des semaines et des semaines – dix et demi au total - et n'avait pas de fin connue ou prévisible. Dans sa lettre d'adieu de cinq pages, le détenu expliquait mieux que le comité ne pourrait le faire son désespoir : le sentiment d'échec, sa culpabilité envers sa famille, sa solitude, et le fait de se sentir brisé et sans recours face à un transfert éventuel.

Le comité est particulièrement préoccupé par le fait que le Comité d'enquête n'avait pas formulé de recommandations concernant l'impact que peut avoir une période de deux mois et demi en isolement, même s'il a reconnu les nombreux effets négatifs. Selon la règle 43 de l'Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus des Nations Unies (les Règles Nelson Mandela), il est interdit de soumettre une personne à l'isolement cellulaire pendant 22 heures par jour ou plus, sans contact humain réel, ou pour une période de plus de 15 jours consécutifs, car cela constitue des actes de torture ou autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Selon le comité, le Comité d'enquête du SCC aurait dû déterminer si, dans ce cas, l'isolement correspondait à un isolement cellulaire prolongé/de

durée indéterminée aux termes de la règle 43, puis formuler par la suite des recommandations en vue de modifier le cadre stratégique du SCC concernant l'isolement¹¹.

Conclusion

L'étude de cas a profondément affligé notre comité. Il était de notre devoir de faire connaître notre opinion aussi clairement que possible afin que le SCC – la direction, le personnel de première ligne de son établissement et le comité chargé d'évaluer ce cas – apprenne de ce que nous considérons comme des manquements à ses propres valeurs fondamentales ainsi qu'aux normes internationales.

Les décisions qui ont précédé le suicide du détenu de même que les rapports qui ont été faits suite à son décès témoignent de sérieuses lacunes et de graves erreurs de jugement qui ont été commises par le personnel du SCC. Le comité est sensible au fait que le SCC tente de répondre aux besoins des détenus qui sont issus des Premières Nations. Dans ce cas-ci, les valeurs fondamentales du SCC auraient dû être prises en compte, en plus de l'appartenance à une Première Nation, et ce, tant dans les décisions prises avant qu'il ne s'enlève la vie qu'après son suicide.

La lettre d'adieu du détenu reflétait la recherche dont le comité a fait mention précédemment et indiquait que les personnes ayant un certain profil présentent un risque de suicide accru. Le détenu faisait potentiellement face à un difficile retour à la société, aux rejets massifs de ses proches, à la honte et à la culpabilité. C'était un humain avec un risque accru de suicide qui a été isolé et gardé en isolement pendant plus de 10 semaines sans aucune information quant à la durée de son isolement ou la fin possible ou probable de celle-ci.

¹¹ <https://www.penalreform.org/priorities/prison-conditions/standard-minimum-rules/>

Le comité reconnaît que des cas semblables à celui-ci sont difficiles et reconnaît aussi qu'on ne peut pas effacer le passé des détenus : la honte, la culpabilité, les difficultés lors du retour en société; tout est plus difficile dans de tels cas et ces facteurs échappent au contrôle du SCC. Cependant, des données récentes, publiées presque simultanément au suicide de ce détenu, mettaient en évidence le lien entre le risque suicidaire, d'une part, et le risque accru consécutif à la maltraitance et à la violence interpersonnelle, d'autre part. Maintenant que cette information est documentée, il nous faut espérer que le personnel du SCC en tiendra compte dans le traitement de cas semblables.

Recommandations

Le comité recommande :

4. de s'assurer que la nouvelle directive du SCC sur l'isolement préventif, qui prévoit que l'isolement ne soit utilisé que pour la plus courte période nécessaire et qui précise les groupes de détenus qui ne sont pas admissibles à l'isolement préventif, notamment ceux ayant une maladie mentale grave avec une déficience importante, soit mise en application.
5. d'envisager d'inclure, dans son cadre de référence des enquêtes sur les incidents, i) les valeurs fondamentales de dignité et de respect des détenus du SCC et ii) des normes internationales, comme l'Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus des Nations Unies, à titre de critères pertinents pour les enquêtes que le SCC mène sur les incidents de suicide qui surviennent en isolement.
6. de tenir compte du risque de suicide accru, lors de l'isolement, des détenus qui ont été victimes de maltraitance et/ou qui ont tué une personne de leur entourage.

Le droit au suicide

Cette dernière section ayant trait aux suicides en établissement aborde la question du droit au suicide des détenus. Plusieurs ouvrages et articles ont posé la question du suicide et de la prison, notamment en évoquant le risque causé par les conditions dégradantes de l'incarcération¹². Dans cette section, la perspective du comité est différente. Le comité souhaite examiner la question du droit au suicide des personnes mises sous responsabilité du SCC en vertu de la Charte canadienne des droits et libertés. Nous tenterons en effet d'examiner si les droits constitutionnels des Canadiens en matière de droit au suicide peuvent s'étendre aux détenus et, si oui, dans quelle mesure, étant donné les contraintes bien réelles du SCC responsable d'assurer la santé et la sécurité des détenus mis sous sa responsabilité.

Après avoir fait une mise au point sur le suicide au SCC, nous rappellerons les changements au Canada dans les dispositions du *Code criminel* en matière de suicide et le droit au suicide de tous les Canadiens pour ensuite nous interroger si le droit au refus de traitement pour tout Canadien et la question du discernement chez les détenus peut s'étendre au droit au suicide. Enfin, le comité s'interrogera à savoir quel pourrait être l'équilibre entre les impératifs de santé et de sécurité des détenus et le droit de ceux-ci de s'enlever la vie.

Le suicide au SCC

Les détenus cumulent des facteurs de risque, ceux déjà présents lorsque des personnes sont mises sous la responsabilité du SCC et ceux qui sont inhérents à la détention. Lorsqu'une enfance a surtout été marquée de rejets et de maltraitance, lorsque que l'histoire de vie en est une de délinquance précoce qui a donné lieu à des échecs répétés qui ont atteint l'estime de soi, lorsque des délits graves ont été commis conduisant à une condamnation par l'État à une longue peine, lorsque, *a fortiori*, un proche a été tué, alors on peut penser que la vie

¹² Plusieurs livres, chapitres de livres et articles dans Google Scholar aux termes « suicide and prisons » décrivent l'incarcération, ses conditions et leurs effets sur les détenus et la relation de ces conditions sur les idées suicidaires et les suicides réussis.

pour ces personnes ne fait pas beaucoup de sens. Il faut donc s'attendre à des suicides dans de tels cas.

Il est du devoir légal du SCC de prendre toutes les mesures raisonnables pour prévenir les suicides. Le SCC doit protéger les détenus contre leur impulsivité et leurs idéations suicidaires pour de multiples raisons. Comme le rappelle l'Association canadienne de la prévention du suicide et l'Organisation mondiale de la santé¹³, le suicide n'est pas une solution, et les auteurs de ce rapport adoptent cette position, qui est aussi celle du SCC. Outre les dimensions humaines reliées à valoriser la vie et à exclure le suicide comme solution à une situation difficile et stressante, le SCC doit s'assurer que la condition de vulnérabilité des détenus ne conduise pas à des abus divers pouvant même conduire à la mort. Le SCC s'est fait un devoir de s'assurer que tout personne qui entre dans un pénitencier canadien en ressorte vivant. On l'a dit, il est du devoir légal du SCC de prendre toutes les mesures raisonnables pour prévenir les suicides et préserver la vie. De ce fait, au SCC, la prévalence du suicide est, tout compte fait, relativement faible et stable. Tel que décrit précédemment, les taux sont plus faibles que dans d'autres pays comparables, notamment les pays de l'Europe de l'Ouest.

Les mesures au SCC en matière de lutte contre le suicide sont de deux ordres : i) des mesures de prévention psychosociales; ii) des actions répressives.

Des mesures de prévention psychosociales

Des programmes de prévention psychosociale ont été mis en place dans les établissements. Des services médicaux et de psychothérapie sont disponibles et la plupart des cas de suicide qui nous ont été soumis avaient utilisé ces services. Les rapports du SCC sur les suicides sont presque tous satisfaisants et proposent des recommandations. En un mot, les mesures de prévention biopsychosociales reconnues les plus efficaces en milieu carcéral ont été prises pour réduire le risque suicidaire.

¹³ http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/fr/

Il faut cependant rappeler que, au SCC, les composantes les plus robustes des programmes de prévention psychosociale du suicide, celles recommandées par le Canada, ne peuvent être mises en application¹⁴. Le milieu carcéral ne favorise pas le développement du soutien social constructif. Il est aussi difficile de modifier l'écologie dans laquelle vivent les détenus, particulièrement lorsque le niveau de sécurité est élevé. L'intervention psychosociale doit se faire et elle se fait, mais les programmes de prévention psychosociale en milieu carcéral n'ont pas la même efficacité que dans la collectivité.

Des actions répressives

Par ailleurs, la stratégie anti-suicide du SCC utilise aussi des mesures de contrôle physique et de surveillance. Les automutilations sont également prohibées et font donc aussi l'objet de surveillance. Ainsi, les points de suspension ont été retirés des cellules, notamment pour limiter les actes suicidaires impulsifs. Les patrouilles de sécurité régulières ont pour objectif de s'assurer que les détenus se portent bien et qu'ils « sont bien en vie ». L'usage de caméras permet la surveillance du comportement des détenus. Les fouilles périodiques poursuivent plusieurs objectifs, dont la recherche d'objets qui pourraient permettre de s'enlever la vie, de se blesser ou de blesser les autres.

Il faut cependant souligner que la suppression de tous les points de suspension dénude davantage les cellules, que les patrouilles de sécurité la nuit peuvent affecter la qualité du sommeil, que la surveillance par caméra peut être considérée comme une atteinte au droit à l'intimité. Ces mesures de contrôle physique et de surveillance ont pour conséquence d'affecter la qualité de vie de tous les détenus, y compris ceux qui n'ont aucun risque suicidaire. C'est donc près de 15 000 personnes dont la qualité de vie est affectée pour environ 10 personnes qui s'enlèvent la vie chaque année. On ne peut faire autrement que de se poser la question du prix élevé que paient tous les détenus pour cette prohibition du suicide. Il y a lieu également de s'interroger sur la valeur morale d'une telle pratique.

¹⁴ <http://www.canadiensensante.gc.ca/publications/healthy-living-vie-saine/framework-suicide-cadre-suicide/alt/framework-suicide-cadre-suicide-fra.pdf>

Il est difficile de savoir ce qui, des mesures psychosociales de prévention du suicide ou de la mise en œuvre de contrôles physiques et de surveillance, explique le taux relativement faible de suicide qui est observé au SCC.

Les changements de 1972

Au Canada, le contexte social relativement au suicide a beaucoup changé depuis un demi-siècle. Avant 1972, le suicide était considéré comme immoral et les tentatives de suicide, comme des homicides prémédités.

En 1972, un amendement à la loi a décriminalisé le suicide au Canada. Cette démarche de 1972 résultait de la primauté du droit d'une personne sur le droit à l'autonomie d'une personne qui veut s'enlever la vie sur l'intérêt de l'État à protéger la vie de ses citoyens¹⁵. C'est-à-dire qu'il existe un droit de s'enlever la vie. Depuis les cinq dernières décennies, on constate donc, au Canada et dans des pays comparables, un changement dans l'attitude face au suicide.

Les attitudes contemporaines valorisent l'aide aux personnes qui ont des idéations suicidaires et l'aide aux endeuillés, comme le rappelle une consultation du site de l'Association canadienne de prévention du suicide¹⁶. La plupart des pays ont des politiques de prévention du suicide et adoptent des attitudes de prévention et de soutien à la détresse. Au Canada, le 14 décembre 2012, à la Chambre des Communes, la Loi C-300 a été adoptée concernant l'établissement d'un cadre fédéral de prévention du suicide. Cette mesure a été suivie par un cadre fédéral de prévention du suicide¹⁷. Il y a donc un engagement de la part du Canada pour que les Canadiens à risque puissent recevoir le soutien, sinon le traitement dont ils ont besoin pour retrouver le goût de vivre. Ce cadre s'applique également aux pénitenciers canadiens.

¹⁵ <http://www.vosdroitsensante.com/1934/le-suicide>

¹⁶ <https://suicideprevention.ca/francais/>

¹⁷ <http://www.canadiensensante.gc.ca/publications/healthy-living-vie-saine/framework-suicide-cadre-suicide/alt/framework-suicide-cadre-suicide-fra.pdf>

On notera que ce droit au suicide doit être distingué des soins en fin de vie¹⁸ (*aide médicale à mourir*) qui a donné lieu à des changements dans le *Code criminel* en 2016. Cette législation a pour objet les personnes très malades, ou en voie de le devenir, qui demandent une forme d'aide médicale pour s'enlever la vie suite à une demande libre et éclairée de leur part. Tel n'est pas l'objet de notre propos.

Le droit de refuser un traitement et le discernement

Le droit au suicide dans un pénitencier canadien est une question difficile qui met en cause un enchevêtrement de concepts et de pratiques que ne sont pas simples à démêler en milieu carcéral. Cette section va tenter de les mettre côte à côte.

Au Canada, tout citoyen a le droit d'accepter ou de refuser de recevoir des soins de santé. Dès lors, on doit respecter le droit d'une personne majeure apte à prendre une telle décision qui choisit de refuser des soins, pourvu bien sûr que ce consentement soit libre et éclairé, soit un consentement donné de son plein gré. Un Canadien ne peut être contraint à recevoir des soins, même si son refus peut entraîner la mort¹⁹. Ce droit est reconnu également pour les détenus au SCC. Ce fut, par exemple, le cas de l'un des détenus qui s'était enlevé la vie: il avait refusé tout au long de son incarcération de discuter de ses expériences privées et avait aussi refusé de recevoir des soins psychothérapeutiques, et son choix avait été accepté. Cette décision ne fut pas remise en cause dans le Rapport d'incident qui a suivi son décès.

La question que pose le comité est la suivante : si on reconnaît la capacité de faire un choix libre et éclairé relativement à des soins de santé, est-ce que cela implique qu'on reconnaît aussi la capacité de discernement chez un détenu? Autrement dit, faut-il conclure que la capacité de faire des choix libres et éclairés implique la capacité de discernement chez la personne? Il nous semble que tel est cas. Voici notre raisonnement.

¹⁸ <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/medical-assistance-dying.html>

¹⁹ <https://www.educaloi.qc.ca/capsules/consentir-des-soins-de-sante-ou-les-refuser>

Si le SCC reconnaît aux détenus le droit de refuser des soins de santé, c'est qu'on leur reconnaît suffisamment de discernement pour en comprendre les conséquences, même si un refus pour causer la mort. Autrement dit, le détenu reconnu capable de refuser des soins de santé, même si cela peut causer sa mort, signifie que le SCC lui reconnaît la capacité à émettre un consentement libre et éclairé, comme tout Canadien. Il est donc implicitement reconnu capable de discernement. À cela s'ajoute que, si un détenu n'est pas dans une institution psychiatrique spécialisée en psychiatrie légale, c'est que le tribunal qui l'a condamné a reconnu chez lui une capacité de distinguer ce qui est bien, vrai, permis, de ce qui est mal, faux, défendu, selon une vieille notion bien connue en droit civil comme en droit pénal²⁰. Selon ce principe, les détenus dans un pénitencier qui ne sont pas dans une unité de santé mentale ont cette capacité de discernement. Est-ce qu'une telle capacité se généralise aussi au droit au suicide? Selon la logique, on pourrait l'affirmer, mais ce n'est pas si simple...

Dans plusieurs états de droit, la personne dont l'état de santé mentale présente un danger pour elle-même, soit spécifiquement un risque de suicide, peut être protégée contre elle-même par une ordonnance de traitement. Il faut donc comprendre qu'une personne peut faire l'objet de traitement contre son gré, s'il y a urgence et/ou si elle est jugée inapte à donner un consentement valable. Dans ce cas-ci, selon le principe de droit précédemment énoncé, la personne a perdu sa capacité de discernement. On peut donc prendre des moyens qui peuvent aller jusqu'à la contention pour la protéger contre son désir de s'enlever la vie, ou la mettre en isolement sans moyens de s'enlever la vie et sous observation constante et directe assurée par un agent correctionnel/intervenant de première ligne. Il y a donc, au Canada, des situations où les citoyens perdent leur droit de s'enlever la vie. Par ailleurs, si la volonté de mettre fin à ses jours ne découle pas d'un état mental perturbé par une maladie mentale, en principe, on ne peut pas empêcher cette personne de mettre fin à ses jours²¹.

²⁰ On peut simplifier à outrance cette notion en la définissant comme la capacité de comprendre la situation dans laquelle la personne se trouve et d'en évaluer les conséquences.

²¹ <http://www.vosdroitsensante.com/1934/le-suicide>. Cette question du traitement sous contrainte pour des personnes aux prises avec un trouble mental ne fait cependant pas consensus dans la communauté des

Dans tout pénitencier, ici comme dans d'autres états de droit, la question de la contrainte est difficile et ambiguë. La condamnation à une peine, qui est la privation de liberté, est dans sa définition même une contrainte. Elle est justifiée en raison des dommages que la personne a causés et de la menace que crée cette personne à sa collectivité. Il y a donc contrainte par décision de l'État, et elle se justifie, éthiquement autant que légalement. On l'a également mentionné, le comportement de la personne qui a commis un crime et qui est incarcérée peut aussi constituer une menace pour le personnel du SCC et pour les autres détenus. Assurer la sécurité des uns, exige la contrainte des autres.

De plus, tel que mentionné précédemment, il est du devoir du SCC de protéger les détenus contre leur impulsivité et leurs idéations suicidaires. Comment alors faire la distinction entre une politique qui vise essentiellement à éliminer le suicide au SCC et le droit des Canadiens de s'enlever la vie s'ils sont capables de discernement et si tel est leur choix?

La qualité de vie et la prohibition du suicide

Les suicides ont souvent lieu la nuit parce que les patrouilles de sécurité sont moins fréquentes et que la dissimulation est plus facile dans un lit. Les politiques du SCC exigent des rondes régulières, presque à la seconde près, comme l'indiquent les rapports. Ces inspections sont aléatoires, c'est-à-dire que les détenus ne connaissent pas la cédule, afin de notamment prévenir les passages à l'acte suicidaire. Comme les points de suspension ont été enlevés des cellules et que chaque nouveau suicide conduit à éliminer davantage de

cliniciens, et certains y voient une atteinte aux droits de la personne : « On peut dire quatre choses au sujet de l'admission obligatoire à un hôpital comme mesure de prévention du suicide. La première, c'est qu'elle peut sauver la vie de ceux qui, sans les soins, le traitement et la prise en charge reçus à l'hôpital, se seraient enlevé la vie. La deuxième, c'est qu'en raison de la mauvaise capacité des méthodes existantes de prévision des suicides, de faux positifs se produiront, et cela entraîne des admissions à l'hôpital non nécessaires, qui peuvent être aggravées si la responsabilité juridique encourage une pratique clinique défensive. La troisième, c'est la possibilité que l'admission obligatoire à l'hôpital soit en partie responsable du suicide de ceux qui ont omis d'aller chercher de l'aide en raison de la peur liée à une détention involontaire ou de ceux dont l'expérience d'être admis à l'hôpital a contribué à la décision de s'enlever la vie. La quatrième, c'est qu'on ne sait toujours pas si l'admission obligatoire à l'hôpital de personnes en raison de leur déficience mentale et le risque de danger qu'elles présentent pour elles-mêmes peuvent être conciliés avec la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (Wang et Colucci, 2017, le résumé).

points de suspension, les cellules sont de plus en plus vides et les moyens qui sont utilisés pour s'enlever la vie sont souvent plus inventifs qu'horribles.

Il faut comprendre que, pour certains détenus qui présentent un trouble de la personnalité – et ils sont nombreux dans les cas que nous avons examinés - ces mesures de prévention peuvent constituer ou devenir une sorte de défi, comme si le seul espace de liberté qui leur restait, leur seul pouvoir, leur seule manière d'être les plus forts était de réussir à s'enlever la vie entre deux patrouilles de sécurité, avec des moyens qui défient l'imagination. Lire ces récits d'étranglement fait frémir. Dans le rapport du 10 septembre 2014 de l'Enquêteur correctionnel du Canada, on peut lire, aux pages 17 et 18, que « le placement [...] dans une cellule [...] conçue de façon à prévenir les suicides a des aspects punitifs perçus et réels. [...] On peut s'attendre à ce que ces facteurs aggravent les tendances suicidaires plutôt que de les faire diminuer ».

Il serait donc utile d'examiner de près si les mesures de contrôle physique et de surveillance sont efficaces. En fait, il nous faut nous interroger sur les effets possiblement délétères de la prohibition du suicide au SCC. Pour les détenus qui présentent un trouble de personnalité narcissique ou antisociale au sens du DSM-IV, ce type de contrôle peut exacerber leur besoin déraisonnable de contrôle et de conduite d'opposition et, par le fait même, augmenter le risque suicidaire. Pour gagner contre l'autorité, il leur faut réussir à s'enlever la vie entre deux patrouilles, la nuit, et que ce soit sordide.

Que conclure? Le Comité reconnaît l'obligation légale du SCC de prévenir le suicide et réitère la qualité du travail qui a été accompli par le SCC. Le SCC doit maintenir ses programmes de prévention psychosociale du suicide et les services de psychothérapie pour les détenus. Comme le rappelle l'Association canadienne de la prévention du suicide, le suicide n'est pas une solution, et les auteurs de ce rapport adoptent cette position. Cette Association reconnaît aussi que tous les suicides ne peuvent être prévenus.

Force est de constater que, à part un cas, il y avait une volonté de s'enlever la vie chez les cas qui nous ont été soumis. Il y a donc une volonté de mourir puisque les stratégies ont été

planifiées pendant un long moment, les moyens qui sont utilisés témoignent d'une invention remarquable notamment parce que les points de suspension ont été enlevés des cellules. Notre lecture est qu'il ne s'agit pas d'actes impulsifs.

Or, le suicide est prohibé au SCC. Ces détenus doivent planifier leur mort entre deux patrouilles de sécurité : ils avaient donc ramassé du matériel depuis un moment déjà ou pensaient depuis un moment à du matériel inusité pour réaliser leur projet. Cette lutte contre l'autorité est-elle vraiment conforme au *Code criminel* tel que modifié en 1972 et dans l'esprit de la Charte canadienne des droits et libertés de 1982? Comment à la fois protéger les détenus contre eux-mêmes et maintenir un faible taux de suicide tout en évitant une position prohibitionniste qui conduit à réduire la qualité de vie de tous les détenus?

Conclusion

Dans cette section, le comité a voulu rappeler au SCC que la population qui est mise sous sa responsabilité porte à son arrivée un lourd passé, ce qui a pour conséquence une constellation de facteurs de risque suicidaire. Les données de recherche des trois dernières années ont ajouté un poids additionnel aux observations empiriques des années antérieures. En raison de cela, le SCC doit accepter que le risque nul en matière de suicide est un rêve impossible dans un pénitencier canadien.

La question du droit au suicide au SCC pose une série de questions qui ne sont pas simples. Voici le casse-tête auquel doit faire face le SCC :

- La situation des détenus est contradictoire. i) Plusieurs d'entre eux vivent un désespoir que l'on peut comprendre : longue peine, maltraitance dans l'enfance, délits avec de la violence interpersonnelle, absence de soutien social, appréhension légitime d'un retour difficile à la société. Bref, plusieurs personnes dans des circonstances similaires auraient des idéations suicidaires. ii) Il est du devoir du SCC de protéger les détenus contre leurs intentions suicidaires.

- La situation dans un état de droit commande deux propositions, également contradictoires : i) les droits constitutionnels des détenus doivent être reconnus, notamment le droit au suicide; ii) il faut réduire au minimum les décès par mort non naturelle en pénitencier. Ces deux propositions peuvent conduire à des mesures qui sont incompatibles les unes avec les autres.
- Il faut s'assurer que les conditions de détention favorisent la « sécurité dynamique » et les « interactions constructives », pour reprendre les mots du SCC, quand cela est possible. Mais, connaissant cette population, et la nécessité de protéger le personnel du SCC et les autres détenus, ce n'est pas toujours possible.
- Le nombre de suicides au SCC est faible. Plus un phénomène est rare, comme c'est présentement le cas au SCC, plus il est difficile de le prévenir. Ce rapport a mis en évidence des régularités, c'est-à-dire des constantes qui peuvent être identifiées comme des facteurs de risque de maltraitance et de violence interpersonnelle. Mais, même chez des détenus qui ont enlevé la vie à des proches, le taux de suicide demeure faible. On rappelle notre calcul : si, par hypothèse, la moitié des homicides avait pour victime une personne de leur entourage, c'est 10 % de 14 639 détenus, soit 1 463 détenus. Or, il y a 10 suicides par an au SCC, et ce ne sont pas tous des cas d'homicide.

Bien que la situation au SCC présente de nombreuses contradictions, le comité estime qu'il faut s'interroger sur les effets potentiellement délétères de la prohibition du suicide au SCC. Par exemple, il faut se demander si les mesures de prévention du suicide, telles que des mesures de contrôle physique et de surveillance, affectent la qualité de vie des détenus. Est-ce que la qualité du sommeil des détenus est affectée par la surveillance périodique ou par le bruit produit la nuit par cette même surveillance ou pour toute autre cause? Ces contrôles ont-ils des effets sur la santé mentale et physique des détenus et sur l'atmosphère d'une rangée, d'un pénitencier qui, à leur tour, augmentent le risque suicidaire? Or, la qualité du sommeil permet de mieux lutter contre la dépression et assure une meilleure santé physique et mentale. Est-ce que l'hyper-surveillance pour prévenir le suicide, avec des

contrôles des cellules, est toujours indiquée? Il faut aussi s'interroger si le besoin constant de prévenir le suicide n'incite pas certains détenus à faire un passage à l'acte, tel que mentionné précédemment.

Nous n'avons pas la réponse à ces questions et la réponse peut varier d'un établissement à l'autre, d'une équipe d'intervenants à l'autre. Ce que propose le comité est que le SCC – ses cadres mais aussi le personnel de première ligne – s'interroge sur les effets potentiellement nocifs de ses stratégies de gestion du risque et des contrôles anti-suicides qui sont inscrits dans la surveillance des détenus. Il se peut aussi que les comités de détenus, ceux qui vivent au quotidien dans les cellules, puissent contribuer à apporter des réponses à cette question, qui peuvent varier d'un établissement à l'autre. Bref, le SCC met de l'avant qu'il veut s'assurer que les conditions de détention favorisent la « sécurité dynamique » et les « interactions constructives », pour reprendre les mots du SCC, quand cela est possible.

Il faut se demander quel pourrait être l'équilibre entre, d'une part, les impératifs de sécurité du personnel et des détenus et la prévention des décès de causes non naturelles et, d'autre part, le maintien d'un milieu de vie de qualité. Où se situe le point d'équilibre entre les deux? La direction, les autres membres du personnel et les détenus ont des réponses à ces questions qui peuvent être différentes d'un établissement à l'autre, selon le degré de sécurité, et évoluer dans le temps. L'heure est venue, selon le comité, de se poser la question, et de la poser aussi aux détenus.

Recommandations

Il faut encourager le dialogue au SCC sur les questions entourant les mesures qui sont prises pour protéger la santé et la sécurité des détenus afin de s'assurer que ces mesures ne contribuent pas au désespoir et à la dépression, qui à leur tour contribuent à l'augmentation du risque de passage à l'acte suicidaire. Ces discussions devraient se tenir entre la direction, le personnel en établissement et tous les détenus dont le risque de suicide est connu.

Le comité recommande :

7. que le SCC examine les effets potentiellement délétères de ses stratégies de gestion du risque en référence à la qualité de vie des quelque 15 000 personnes qui sont incarcérées sous sa responsabilité.
8. que le SCC encourage un dialogue entre les administrateurs, le personnel de première ligne et les détenus pour tenir compte du cercle vicieux dans le cadre duquel les mesures prises en vue de la prévention du suicide mènent à une détérioration de la qualité de vie, ce qui augmente le risque de suicide.

Partie 2 : Les surdoses

Après les suicides, les surdoses constituent la deuxième cause de morts non naturelles en pénitenciers (Service correctionnel du Canada, 2017). Cette section du rapport s'attardera donc spécifiquement à ces cas. Après un état de la situation des surdoses dans le monde libre, le comité jettera un regard sur les surdoses en détention avant d'analyser spécifiquement les rapports des cas de surdoses qui ont été soumis au comité par le SCC dans le cadre de cet examen.

Les surdoses constituent une question d'actualité au Canada. Ces surdoses sont surtout associées à l'usage d'opioïdes. Les opioïdes sont des narcotiques tirés du grain de pavot, ou leurs analogues de synthèse (Organisation mondiale de la santé, 2014). Se retrouvent dans cette catégorie la morphine, l'héroïne et le fentanyl. Les opioïdes affectent le système nerveux central qui, entre autres, contrôle la respiration. Une utilisation d'opioïdes plus importante que ce que l'organisme peut supporter peut entraîner une surdose (Santé Canada, 2017a).

Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (2017), 16 personnes seraient hospitalisées chaque jour au Canada en raison d'une surdose aux opioïdes. Pour l'année 2016, on comptait au moins 2 861 décès (7,9/100 000 habitants) liés à la consommation d'opioïdes au Canada (Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes, 2017); la plupart étaient des hommes âgés de 30 à 39 ans (Santé Canada, 2017b).

Une grande partie de ces surdoses étaient liées au fentanyl (Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes, 2017). Le fentanyl est un opioïde synthétique délivré sous ordonnance ou fabriqué dans les laboratoires clandestins qui serait au moins 40 fois plus puissant que l'héroïne (Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2017; Santé Montréal, 2017). Cette substance peut être prescrite ou vendue dans la rue sous forme de poudre ou de comprimé, en tant qu'héroïne, cocaïne ou oxycodone, ou se retrouver dans leur composition afin d'augmenter les profits des revendeurs. La présence

de fentanyl dans les drogues achetées dans la rue augmente considérablement les risques de surdose chez les personnes qui les consomment.

On peut reconnaître une surdose aux opioïdes par les signes suivants :

- la difficulté à marcher, parler ou rester éveillé
- les lèvres ou les ongles bleus
- les pupilles très petites
- la peau froide et moite
- des étourdissements et de la confusion
- une somnolence extrême
- des bruits de suffocation, des gargouillements ou des ronflements
- une respiration lente, faible ou inexistante
- l'incapacité à se réveiller, même si la personne est secouée ou qu'on lui crie après

Source : Santé Canada (2017). Surdosage d'opioïdes. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/toxicomanie/abus-medicaments-ordonnance/opioïdes/surdose.html>
Consulté le 11 décembre 2017.

La naloxone

La naloxone est un antagoniste à action brève contre les opioïdes (Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2016). On l'appelle souvent l'antidote aux surdoses d'opioïdes. Elle est utilisée par les professionnels des soins médicaux afin de contrer les effets d'une surdose aux opioïdes. La naloxone peut également être prescrite ou distribuée sous forme de trousse (flacons de naloxone, seringues et aiguilles) aux personnes à risque et à leur entourage. La naloxone est très sécuritaire puisque, si elle est administrée par erreur à une personne qui n'est pas en surdose aux opioïdes, le médicament n'a aucun effet. Bien plus, elle ne peut être utilisée comme une drogue puisqu'elle ne provoque aucun effet euphorisant. Enfin, elle ne crée aucune dépendance (Programme CRAN, 2017). La naloxone (Narcan) est administrée par voie intramusculaire répétable une fois après des délais de

trois à cinq minutes. La naloxone peut également être administrée à l'aide d'un vaporisateur nasal (chlorhydrate de naloxone).

En réponse à l'augmentation des décès liés à des surdoses aux opioïdes, Santé Canada a modifié, en mars 2016, le statut de vente sur ordonnance de la naloxone afin d'augmenter son accessibilité. Ainsi, maintenant, plutôt que d'exiger une ordonnance pour vendre de la naloxone aux personnes qui pourraient en avoir besoin, les pharmaciens peuvent l'offrir sans ordonnance. Conséquemment, les premiers intervenants peuvent administrer ce produit sans avoir à obtenir une ordonnance (Santé Canada, 2017c). Ainsi, plusieurs provinces distribuent gratuitement des trousse de naloxone aux premiers répondants, aux utilisateurs d'opioïdes et à leur entourage.

Outre les méthodes de prévention situationnelle, l'Organisation mondiale de la santé recommande une série d'actions qui auraient comme impact de réduire les surdoses. Ces mesures consistent à :

- augmenter la mise à disposition du traitement contre la dépendance aux opioïdes, notamment pour les personnes dépendantes d'opioïdes délivrés sur ordonnance;
- diminuer la prescription irrationnelle ou inadaptée d'opioïdes;
- suivre la prescription d'opioïdes et leur distribution;
- limiter la vente libre inconsiderée d'opioïdes.

Source : Organisation mondiale de la santé (2014). [Informations sur l'overdose d'opioïdes.](http://www.who.int/substance_abuse/information-sheet/fr/)
Consulté le 13 décembre 2017.

En amont d'une surdose

Une récente revue systématique de la littérature (Sordo et al., 2017) indique clairement que la rétention dans des traitements alternatifs (méthadone ou buprénorphine) est associée à une réduction importante des risques de surdoses mortelles. Par ailleurs, selon la recherche, les périodes qui suivent la cessation d'un tel programme sont particulièrement à risque pour une surdose. Déjà, en 2002, Prendergrast, Podus, Chang et Uruda, suite à une

méta-analyse, concluaient que les traitements des troubles liés à l'usage de substances avaient un impact significatif sur l'usage de drogues de la part des participants. Par ailleurs, il faut également savoir que les différents types de traitement des troubles liés à une substance qui s'appuient sur des données probantes démontrent des taux de rechute comparables au traitement de la majorité des maladies chroniques comme le diabète, l'hypertension ou l'asthme, soit entre 40 % et 60 % (US Surgeon General, 2016). Il ne s'agit donc pas d'une panacée qui a des effets immédiats et certains pour toutes les personnes qui y sont exposées.

Les drogues en pénitenciers

Les pénitenciers ne constituent pas des milieux exempts de drogues. Ainsi, pour 2016-2017, selon les données rendues accessibles à ce comité (Rendement en direct, 2016-2017), on comptait 2 640 saisies de drogues et ce nombre était en augmentation relativement constante depuis 2011-2012 (2 242 saisies). On peut mieux comprendre la présence de drogues dans les pénitenciers lorsqu'on connaît la forte proportion de détenus qui éprouvent des problèmes d'usage de substances à leur admission en pénitenciers et le nombre de détenus condamnés pour des peines liées au trafic ou à l'importation de drogues.

Le SCC demande aux détenus nouvellement admis de remplir un questionnaire informatisé sur la toxicomanie (QIT). Entre autres, on y recueille des informations sur la consommation de substances psychoactives licites et illicites et on y mesure leur degré de dépendance à l'aide des outils validés soient l'*Échelle de gravité de la dépendance (ADS)* et *Questionnaire sur la consommation de drogues (DAST)*. Selon les données du QIT qui ont été fournies au comité par le SCC, il semblait que, à l'admission, le quart des détenus (2015-16 = 1 363 détenus; 2016-17 = 1 389) présentait un besoin modéré ou élevé d'intervention relativement à la toxicomanie, et ce facteur de risque dynamique était directement lié à leur criminalité. Toutefois, à la lumière des données fournies, il a été impossible de connaître la proportion de détenus qui éprouvent des troubles liés à l'usage d'opioïdes.

De plus, si nous analysons maintenant les données fournies par le SCC à propos de la population résidente plutôt que la population admise, on se rend compte que, pour l'année 2015-2016, on comptait 2 875 détenus condamnés pour une peine liée au trafic ou à l'importation de drogues, ce qui représentait 19,5 % de la population carcérale dans les pénitenciers. Selon cette source de données, environ le tiers des détenus (36,5 %) éprouvaient, au cours de cette même année, des problèmes modérés ou élevés d'usage de substances. Les pénitenciers constituent donc un lieu de rencontre entre des personnes possédant un bon réseau de distribution de drogues illicites et un grand nombre de consommateurs potentiels.

Des actions entreprises par le SCC

Dans le but de dissuader l'usage de drogues en pénitenciers, diverses mesures ont été prises par le SCC en vue d'élaborer et de mettre en œuvre des stratégies relatives à la répression de la consommation et du trafic de drogues : fouilles, chiens détecteurs, détecteurs ioniques, tests d'urine. Ainsi, à titre d'exemple des moyens entrepris, mentionnons que le SCC a doublé le nombre de ses tests d'urine de 2011-2012 à 2016-2017 (2011-2012 : 7 711; 2016-2017 : 15 642) (Rendement en direct, 2016-2017).

Les surdoses en pénitenciers

De 2011-2012 à 2015-2016, on comptait, à chaque année, entre 30 et 74 surdoses non mortelles et jusqu'à sept surdoses mortelles (Bureau de l'enquêteur correctionnel, 2016; Service correctionnel du Canada, 2017). La majorité des personnes qui subissaient des surdoses en pénitenciers étaient âgées entre 30 à 49 ans (Bureau de l'enquêteur correctionnel, 2016) et la moitié de ceux qui en sont décédés étaient âgés entre 25 et 34 ans (Service correctionnel du Canada, 2017). La substance la plus fréquemment associée aux surdoses en pénitenciers était le fentanyl, représentant 69 % des surdoses au cours des deux derniers exercices (Service correctionnel du Canada, 2017).

Selon une étude réalisée par Weekes et De Moor (2015), près de la moitié des détenus canadiens qui ont vécu une surdose en pénitencier étaient considérés comme éprouvant des problèmes substantiels ou sévères avec une ou plusieurs substances, le plus souvent des opioïdes. Ces personnes avaient, de façon générale, purgé la moitié de leur peine. Ils considéraient donc qu'une diminution de la tolérance physiologique pourrait expliquer une partie des surdoses. Les auteurs ont suggéré d'utiliser l'évaluation de la sévérité des problèmes d'usage de drogues comme un indicateur de risques accrus de surdose.

L'utilisation de la naloxone (Narcan) en pénitenciers

La Commission nationale sur les soins de santé correctionnel (2017) a recommandé une accessibilité accrue à la naloxone en détention. Elle a également recommandé que le personnel correctionnel et médical reçoive la formation nécessaire à l'utilisation de la naloxone.

Au SCC, l'utilisation de la naloxone (Narcan) est décrite dans les Directives médicales d'urgence – Guide de l'utilisateur (Service correctionnel du Canada, 2015a). Ces directives indiquent que si l'histoire médicale suggère que la situation est liée à une surdose, le personnel infirmier doit administrer de la naloxone à raison de 0,4 mg par voie intraveineuse (i.v.), intramusculaire (i.m.) ou sous-cutanée (s.c.). Le personnel doit administrer une seconde dose de 0,4 mg de Narcan si aucune amélioration n'est notée après 60 à 90 secondes. Au besoin, le personnel doit administrer des doses additionnelles de Narcan (0,4 mg) toutes les deux minutes jusqu'à un maximum de six doses sans dépasser un total de 2,4 mg de Narcan.

Programmes mis en place par le SCC afin de réduire l'usage de drogues illicites

La prévention des surdoses passe également par la réduction de l'usage de drogues illicites durant l'incarcération. La méthadone et le suboxone sont deux médicaments qui sont utilisés dans le cadre du programme de substitution aux opioïdes du SCC. Plus spécifiquement, ce traitement comprend l'administration de la thérapie de substitution aux

opioïdes (TSO), un suivi des symptômes et, au besoin, des services de conseils et de soutien. Il s'agit d'un programme à participation volontaire qui peut être utilisé sur une longue période. La méthadone est remise aux détenus lors de visites quotidiennes par le personnel du centre de soins de santé. Par ailleurs, le suboxone, qui est initialement administrée en doses quotidiennes, peut par la suite être administrée en doses plus espacées, selon l'avis du médecin. Le TSO peut être arrêté par le SCC pour des raisons liées à l'usage de drogues, entre autres, si le détenu refuse de façon répétée de fournir un échantillon d'urine pour le dépistage de drogue malgré des conseils répétés ou s'il a fourni des échantillons d'urine positifs à plusieurs reprises. D'autres raisons liées aux comportements des détenus en lien avec le TSO (p. ex. comportements violents ou perturbateurs, menaces, tentatives de détournement du produit) peuvent expliquer l'arrêt de la thérapie (Service correctionnel du Canada, 2015b).

Selon les données fournies par le SCC, en date du mois d'avril 2017, 920 détenus bénéficiaient d'un TSO, soit environ 7 % de la population pénitentiaire. Ce sont dans les régions du Pacifique et de l'Ontario que l'on retrouvait le plus grand nombre de détenus bénéficiant d'un TSO. Toutefois, comme il n'y a pas d'estimation du nombre de détenus éprouvant des troubles de substances aux opioïdes, il est impossible d'estimer le pourcentage de ces détenus qui ont bénéficié d'un TSO.

De plus, le SCC offre le Modèle de programme correctionnel intégré (MPCI) aux délinquants. Ce programme représente un modèle holistique dans le cadre duquel les délinquants peuvent aborder tous les facteurs de risque et besoins qui les ont menés à commettre un crime, comme la toxicomanie, la violence générale, la violence familiale, etc. Les interventions sont fondées sur des techniques de thérapie cognitivo-comportementale, principalement le modèle ABC (antécédents – croyances – conséquences) du comportement humain. Les programmes reposent sur un ensemble de discussions de groupe, d'exercices, de jeux de rôles, d'occasions de mise en pratique et de devoirs. Cela permet aux délinquants ayant différents styles d'apprentissage de profiter au maximum des programmes.

Dans le cadre du programme, on enseigne des compétences pour aider les délinquants à composer de façon positive avec les difficultés vécues dans la collectivité. Au fil du temps, cela réduit leur risque de récidive.

Les compétences comprennent les suivantes :

1. résolution de problèmes;
2. établissement d'objectifs;
3. compétences sociales;
4. communication et entretient;
5. réduction du niveau d'éveil émotionnel/maîtrise des émotions;
6. capacité de cerner, de remettre en question et de remplacer les pensées qui appuient les comportements à risque et les comportements criminels ;
7. maîtrise de soi, y compris l'auto-observation.

Source : Service correctionnel du Canada (2018).

Le programme du MPCCI comporte trois volets différents, chacun ayant divers niveaux d'intensité (intensité élevée, intensité modérée, intensité modérée adaptée et maintien des acquis en établissement/dans la collectivité). Chaque volet comprend des programmes préparatoires, principaux et de maintien des acquis.

- MPCCI – multicycles
- MPCCI – délinquants autochtones
- MPCCI – délinquants sexuels

Source : Service correctionnel du Canada (2018). Ottawa : Service correctionnel du Canada, Division des programmes de réinsertion sociale (2018).

Selon les données fournies par le SCC au comité, chaque année, plus de 1 000 détenus ayant été évalués comme ayant des besoins en lien avec l'abus de substances psychoactives sont orientés vers un programme afin de les aider à résoudre cette problématique liée à leur criminalité (2010-2011 : 2 070 ; 2011-2012 : 1 803 ; 2012-2013 : 1 657 ; 2013-2014 :

1 698; 2014-2015 :1 395 ; 2015-2016 : 1 238 ; 2016-2017 : 1 247). Un regard rapide indique que ces chiffres sont en constante diminution. Toutefois, il faut bien savoir que le nombre d'admissions en pénitenciers est en chute depuis déjà quelques années. En effet, alors que les admissions s'élevaient à 5 318 délinquants en 2010-2011, elles n'atteignaient que 4 899 en 2016-2017. Il est donc préférable d'observer la proportion de délinquants nouvellement admis ayant été évalués comme ayant des besoins en lien avec l'abus de substances et référés à un programme de traitement de leur toxicomanie. Pour 2015-16 et 2016-17, il s'agissait respectivement de 91 % (1 238/1 363) et de 90 % (1 247/1 389) des détenus présentant un trouble d'usage de substances modéré ou élevé lié à leur criminalité. Somme toute, la presque totalité des détenus identifiés à l'admission. Si nous utilisons les détenus résidents plutôt que les nouvellement admis pour notre analyse, pour l'année 2015-2016, on observait, encore ici, que la grande majorité des personnes ayant été identifiées comme ayant un problème de dépendance, soit 79,4 %, avaient suivi ou suivaient un programme de traitement.

Analyse des rapports de cas de surdoses mis à la disposition du comité

Seulement cinq rapports de cas de surdose ont été fournis aux membres du comité. Toutefois, deux de ces rapports présentaient des informations sur des surdoses additionnelles qui s'étaient produites dans les heures entourant celles qui faisaient l'objet de l'enquête. Ainsi, un rapport dévoilait les informations relatives à un total cinq surdoses en 24 heures et un dernier relatait les faits relatifs à un ensemble de trois surdoses. Comme les informations entourant l'ensemble de ces surdoses semblaient relativement complètes, le comité a utilisé l'ensemble de ces données pour son analyse, soit un total de 11 incidents de surdose ayant trait à cinq enquêtes.

De la totalité des cas de surdoses analysés, six s'étaient produites dans un pénitencier à sécurité maximale alors que cinq l'avaient été dans une institution à sécurité moyenne. Le comité n'observe aucune tendance quant au moment où les surdoses étaient survenues (quatre durant le jour; quatre le soir et trois la nuit).

Toutes les surdoses, sauf une, étaient survenues dans la cellule occupée par le détenu. Elles avaient toutes été rapportées par un agent correctionnel, sauf une qui avait été rapportée par un codétenu.

La grande majorité des cas de surdose était attribuée à une consommation d'opioïdes. Seul un épisode de surdose était lié à l'usage de Benadryl. Toutefois, la naloxone (Narcan) n'a été utilisée que pour deux cas. Dans un cas, du Narcan avait été administré par le personnel médical huit minutes après que la situation de détresse avait été observée par un agent correctionnel. L'administration de trois doses successives n'avait pas donné l'effet escompté. Dans un deuxième cas, la naloxone avait été administrée avec succès et la personne avait survécu (il s'agissait d'un cas englobé dans une série de trois surdoses survenues en quelques heures). En aucun cas, il n'était mentionné que le personnel paramédical (ambulanciers) appelé sur place avait utilisé la naloxone lors de ses tentatives de réanimation.

Les rapports analysés ont révélé que seulement quatre détenus ayant subi un épisode de surdose étaient connus comme éprouvant des troubles d'usage de substance et la moitié d'entre eux étaient inscrits à l'un des programmes d'aide aux personnes dépendantes offerts au SCC. Une de ces personnes avait également bénéficié d'un programme de maintien à la méthadone pour une courte période dans le passé. Elle avait fait à nouveau les démarches pour s'inscrire à un tel programme avant son décès, mais avait laissé tomber ses démarches. Ces chiffres sont quelque peu différents de ceux présentés dans le rapport du SCC portant sur les décès de causes non naturelles alors qu'il était plutôt indiqué que 91 % des détenus décédés suite à une surdose avaient des antécédents de toxicomanie (Service correctionnel du Canada, 2017).

Conclusions

D'entrée de jeu, mentionnons que, depuis 2014-2015, plus 1 300 détenus/an nouvellement admis en pénitenciers ont été identifiés comme éprouvant des problèmes modérés ou élevés de dépendance à une substance en lien avec leur criminalité alors qu'entre deux et

sept détenus sont victimes de surdoses chaque année. Il s'agit d'une proportion estimée à moins de 0,005%, ce qui est très faible, compte tenu des caractéristiques des personnes incarcérées.

Quoi qu'il en soit, la première observation qui ressort de l'analyse des rapports qui ont été soumis au comité portait sur la très faible utilisation du Narcan lors d'événements de surdoses. Ce n'est qu'une hypothèse, mais dans plusieurs cas, le comité est d'avis que l'utilisation du Narcan aurait pu sauver des vies. Il faut toutefois prendre en compte le fait que, durant la période couverte par l'analyse des cas, le fentanyl était un opioïde relativement peu connu et la naloxone était peu utilisée. C'est probablement ce qui explique que seul le personnel médical était alors autorisé à utiliser le Narcan lors de situations de surdoses aux opioïdes et possiblement pour cette même raison que les ambulanciers appelés à intervenir dans ces cas n'avaient pas utilisé la naloxone; du moins aucune utilisation de naloxone par les ambulanciers n'avait été mentionnée dans les rapports analysés.

Certains cas de surdoses sont survenus lors des quarts de travail durant lesquels aucun personnel infirmier ne se trouvait sur place, il y avait donc là une impossibilité d'utiliser le Narcan afin de prévenir une surdose mortelle.

La situation est maintenant différente. En effet, le Narcan est depuis 2016 accessible aux premiers répondants qui ne sont pas des professionnels de la santé, lorsque ce personnel n'est pas accessible (Service correctionnel du Canada, 2016).

Le présent protocole vise à permettre aux employés n'œuvrant pas dans le domaine de la santé d'utiliser le vaporisateur nasal Narcan en réponse aux urgences médicales liées à une surdose d'opiacé constatée ou soupçonnée, tant chez les détenus que chez le personnel, quand aucun employé du domaine de la santé n'est accessible. (Protocole : Intervention des employés n'œuvrant pas dans le domaine de la santé en cas d'urgence médicale liée à une surdose d'opiacé constatée ou soupçonnée à l'aide du vaporisateur nasal

Narcan® (chlorhydrate de naloxone), quand aucun employé du domaine de la santé n'est accessible, page 1, article 2.1, Service correctionnel du Canada, 2016).

Selon le nouveau protocole d'utilisation de la naloxone du SCC, le Narcan se trouve maintenant dans le bureau du gestionnaire correctionnel (ou dans un autre endroit facile d'accès) dans un contenant sécurisé.

Le SCC a aussi développé une trousse d'information (incluant une vidéo) sur son portail d'apprentissage à l'intention de son personnel n'œuvrant pas dans le domaine de la santé concernant l'utilisation du vaporisateur nasal Narcan. Il s'agit d'une opération facile à réaliser sans nécessité d'un apprentissage approfondi puisqu'il s'agit d'être en mesure de bien identifier les signes de surdoses aux opioïdes et d'administrer une dose de vaporisateur nasal Narcan en insérant l'embout de l'applicateur dans l'une des narines de la victime et d'appuyer à fond sur le piston. L'opération peut être répétée toutes les deux ou trois minutes si la personne ne se réveille pas.

En s'appuyant sur ce protocole, il est probable que, dans tous les cas analysés, le Narcan aurait été utilisé, soit par le personnel médical ou les agents correctionnels formés. Il s'agit d'une amélioration importante dans la façon de procéder qui aurait certainement pu sauver des vies. On peut cependant se questionner à savoir si le fait d'attendre l'arrivée du personnel médical constitue une mesure optimale afin de sauver des vies, alors que, dans le monde libre, les premiers répondants canadiens sont maintenant outillés et formés à l'utilisation de la naloxone lors de surdoses.

Toutefois, des échanges avec le personnel du SCC permettent au comité de croire qu'il en est autrement dans la réalité de la réponse aux urgences médicales. En effet, les articles 2 et 3 des lignes directrices 800-4, *Intervention en cas d'urgence médicale*, stipulent que :

Tous les employés et les contractuels (y compris ceux qui n'œuvrent pas dans le domaine de la santé) interviendront lors d'urgences médicales. Le but premier est de préserver la vie [...]

Les employés n'œuvrant pas dans le domaine de la santé qui arrivent sur les lieux d'une urgence médicale possible doivent immédiatement demander qu'on leur prête assistance, contrôler l'accès aux lieux et commencer sans délai à administrer la RCR ou à prodiguer les premiers soins, selon leur qualification. Le but premier est de préserver la vie [...]

Les agents correctionnels sont maintenant formés pour l'administration du Narcan, mais peuvent-ils le faire lorsque le personnel infirmier se trouve dans l'établissement? Ici, l'interprétation de la notion d'accessibilité au personnel médical prend une importance capitale. Selon les propos recueillis auprès du personnel médical, lorsqu'un agent correctionnel se trouve le premier à identifier un cas de surdose, techniquement le personnel infirmier n'est pas encore accessible (il a été appelé, mais n'est pas encore sur place). L'agent correctionnel doit donc initier les procédures d'aide et utiliser le Narcan selon la certification obtenue puisque le but premier de ses actions doit être de « préserver la vie » (Lignes directrices 800-4 *Intervention en cas d'urgence médicale*). Lorsque le personnel infirmier arrive sur place, celui-ci sera alors responsable de la gestion des mesures d'urgence à prendre. Cette interprétation rassure le comité et s'appuie sur les meilleures pratiques visant à prévenir les surdoses létales.

Mais peut-on agir en amont et tenter de prévenir une surdose? Le comité, s'appuyant sur Weekes et De Moor (2015), croit qu'il faut bien identifier les personnes détenues qui souffrent de trouble d'usage de substances et leur accorder une attention toute particulière. Selon le contenu des rapports analysés, seulement quatre des 11 cas de surdoses ont été subis par des détenus identifiés comme éprouvant des troubles d'usage de drogues. L'évaluation initiale effectuée par le SCC lors de l'admission de ces détenus avait-elle été défailante? Le trouble d'usage de substances s'était-il développé à la suite de l'admission en pénitenciers? Ces personnes non identifiées par l'évaluation initiale étaient-elles tout

simplement des utilisateurs occasionnels? Les données fournies pour la rédaction de ce rapport n'ont pas permis de répondre à ces questions.

Toutefois, la prise de mesures efficaces auprès des personnes identifiées comme éprouvant des troubles d'usage de substances s'avère difficile à appliquer puisque le quart des détenus admis en pénitenciers présentent un tel trouble à l'admission. Il faut donc cibler davantage la population pour laquelle le SCC devrait tenter de prévenir l'apparition d'un événement de surdose. Le comité, s'appuyant sur l'analyse des cas de même que sur le rapport du SCC portant sur les décès en établissement (Service correctionnel du Canada, 2017), estime que ce sont les personnes dépendantes à un opioïde qu'il faut cibler. Cependant, il appert que le QIT n'est actuellement pas en mesure de bien identifier les personnes qui éprouvent une dépendance à un opioïde. En effet, l'instrument utilisé, le DAST, fournit une mesure de la dépendance générale sans spécifier la substance illicite problématique. Toutefois, une analyse des items du QIT indique que quelques questions qui s'y trouvent déjà pourraient servir d'indicateurs de troubles possibles liés à l'usage d'un opioïde. Plus précisément, on demande aux détenus de dire s'ils consommaient des drogues dans les 12 mois précédant leur arrestation. La liste des drogues est exhaustive, allant du THC aux opiacés en passant par les inhalants, les stéroïdes et les hallucinogènes. On demande également aux détenus de dire s'ils ont consommé ces drogues pendant leur incarcération et s'ils ont déjà participé à un programme de traitement à la méthadone.

Une identification optimale pourrait permettre d'offrir aux détenus à risque de faire usage d'opioïdes durant leur incarcération un encadrement approprié et, éventuellement un accès rapide aux traitements (p. ex. le MPCCI), et plus particulièrement à des programmes de substitution sans trop de restrictions et de réduire ainsi les risques de surdoses (Sudo *et al.*, 2017). Il n'a pas été possible pour le comité de connaître la proportion de personnes dépendantes d'un opioïde qui bénéficiait d'un programme de maintien à la méthadone ou au suboxone. Le comité estime que ces programmes constituent des actions de réduction des méfaits et de prévention des surdoses efficaces qui devraient être encouragées. Un des cas étudiés, une personne dépendante connue, ne bénéficiait pas de ce programme car, selon le rapport sur le cas, trop de contraintes y étaient associées. Malheureusement, ces

contraintes n'ont pas été signalées précisément. Il ne s'agit là que des propos d'un seul détenu qui ne reflète possiblement pas la réalité, mais le comité estime que toutes les mesures nécessaires devraient être mises en place afin de favoriser l'accès aux programmes de méthadone et de suboxone en pénitenciers.

Cette identification n'est toutefois pas une solution absolue. En effet, certains délinquants voudront délibérément cacher leur usage d'opioïdes ou leur dépendance et d'autres les développeront en cours d'incarcération.

Dans le dernier cas de figure, le contexte carcéral a pu avoir un effet contributif à la surdose. En effet, une étude (Plourde et Brochu, 2002) effectuée auprès de 317 hommes détenus dans l'un des 10 pénitenciers du Québec a indiqué que la motivation principale de l'usage de substances psychoactives (SPA) en détention était liée au besoin de réduire le stress. Cette motivation semblait être trois fois plus importante que pour les mêmes détenus avant leur incarcération. Parmi les facteurs les plus importants permettant de prédire l'usage de drogues illicites en établissement, on retrouve une courte peine, l'incarcération dans un pénitencier à sécurité moyenne ou à sécurité maximale et l'usage de drogues avant l'incarcération (Plourde, Brochu, Gendron et Brunelle, 2012).

On pourrait croire ici, comme dans le cas des suicides, que la détention dans un établissement à sécurité maximale pourrait exacerber le besoin de s'évader et que l'usage de drogues pourrait combler ce besoin. Les cas de surdoses ne sont toutefois pas le propre de la détention en établissement à sécurité maximale puisque la moitié des cas de surdoses analysés dans ce rapport se sont produits dans un établissement à sécurité moyenne. Par ailleurs, l'analyse du SCC sur les décès par surdose indiquait bien que la majorité de ces événements s'étaient produits en pénitenciers à sécurité moyenne (Service correctionnel du Canada, 2017).

À plus long terme, le comité estime qu'il serait judicieux de tenter de mieux comprendre les causes de la consommation entre les murs. Par exemple, quatre piliers permettent d'aborder les problèmes de toxicomanie : prévention, traitement, réduction des méfaits et

application de la loi²². Actuellement, les rapports d'enquête analysés par le comité s'attardent beaucoup à l'application de la loi, car l'accent est mis sur la non-conformité avec les politiques (p. ex. fouilles et autres mesures de sécurité). Les rapports d'enquête traitent relativement peu du contexte entourant la survenue de cas de surdose. Alors qu'il appert que les politiques ainsi que les mesures de sécurité ont généralement été bien respectées et suivies, les rapports d'enquête n'abordent pas vraiment la prévention, le traitement et la réduction des méfaits, car nous en savons trop peu sur le contexte.

Recommandations

Naloxone

Bien que le comité croie que l'usage de Narcan par les premiers répondants dans certaines situations analysées aurait pu éventuellement sauver des vies, il ne présente aucune recommandation spécifique quant à l'utilisation de la naloxone, car le vaporisateur nasal Narcan peut maintenant être utilisé par les agents correctionnels. En effet, les agents correctionnels sont maintenant formés à l'utilisation du Narcan et les Lignes directrices 800-4, *Intervention en cas d'urgence médicale*, leur permettent, sinon les obligent, d'agir en cas de surdoses. Bien sûr, la trousse d'information fentanyl/naloxone qui permet au personnel non médical d'identifier les signes d'une surdose et la façon d'utiliser le Narcan est essentielle, mais le comité est d'avis qu'il sera important de s'assurer que le personnel se sent à l'aise d'utiliser le vaporisateur nasal Narcan en situation de surdose en les informant périodiquement de l'existence de la trousse d'information accessible sur le portail d'apprentissage du SCC.

²²<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/piliers-strategie-canadienne-drogues-autres-substances.html>

QIT

Selon les informations recueillies, le QIT n'est pas utilisé actuellement pour identifier les personnes qui risquent d'utiliser des opioïdes durant leur incarcération ou qui souffrent d'un trouble d'usage de substance lié aux opioïdes. En effet, l'instrument actuellement utilisé pour identifier la dépendance à l'intérieur du QIT, le *Questionnaire sur la consommation de drogues* (DAST), ne permet pas de lier la cote fournie à une substance spécifique. Pourtant, ce sont les personnes à risque d'utiliser des opioïdes de façon illicite durant leur incarcération et les personnes dépendantes aux opioïdes qui risquent le plus d'être victimes d'une surdose étant donnée l'entrée de substances, tel le Fentanyl, à l'intérieur des établissements.

À court terme, le comité recommande :

9. que le SCC utilise les questions du QIT (p. ex. PA6, PD4, ISU3 et PP18)²³ afin d'identifier les personnes susceptibles de faire usage d'opioïdes durant leur incarcération.

Méthadone et Suboxone

Le comité estime qu'une stratégie efficace de réduction des méfaits visant la réduction de la contrebande de drogues et la prévention des surdoses en pénitenciers consiste à favoriser l'engagement des détenus dépendants aux opioïdes dans un programme de prescription de méthadone ou de suboxone.

Le comité recommande :

10. que les enquêtes sur les incidents menées par le SCC permettent d'examiner les quatre piliers liés aux problèmes de toxicomanie afin d'éclairer les stratégies de prévention, de traitement, de réduction des méfaits et d'application de la loi.

²³ Voir l'ANNEXE I

11. que l'on favorise la participation des détenus dépendants aux opioïdes à un programme de prescription de méthadone ou de suboxone et que l'on analyse et réduise au minimum les contraintes existantes quant à l'accès à ces programmes.

Recherches

Le comité recommande :

12. que l'on mette en place une étude visant à développer des indicateurs prédictifs de l'utilisation d'opioïdes par les détenus durant leur incarcération.
13. que l'on développe un instrument d'évaluation des troubles liés aux substances qui mettra en lien le niveau de dépendance à des substances précises.

Enfin, le comité a été informé de la réalisation d'un projet de recherche que le SCC menait à l'interne de façon à fournir une analyse poussée des cas de surdoses létales ou non qui se sont produits entre 2012/2013 et 2016/2017. Plus spécifiquement, ce projet tentera de mieux cerner la nature et l'étendue de ces surdoses, de connaître les caractéristiques des détenus (genre, âge et autres caractéristiques sociodémographiques) impliqués et le contexte entourant ces surdoses et, enfin, les spécificités liées aux surdoses mortelles.

Le comité recommande :

14. que l'on poursuive les études qui permettront de mieux comprendre le phénomène des surdoses en pénitenciers et d'outiller le SCC afin de le prévenir.

Partie 3 : Les homicides

Le Rapport annuel sur les décès en établissement 2015-2016 a révélé que la proportion de décès qui étaient attribuables aux homicides était moindre que pour les suicides et les surdoses. Sur une période de sept ans qui s'est échelonnée de 2009-2010 à 2015-2016, il y a eu, en moyenne, deux ou trois homicides chaque année et, au total, ceux-ci ont représenté 13 % de tous les décès de causes non naturelles survenus en établissement. On a constaté de petites fluctuations du nombre entre les années, mais on n'a relevé aucune tendance évidente durant la série chronologique.

En 2015-2016, trois homicides sont survenus dans un établissement fédéral (Rapport annuel sur les décès en établissement 2015-2016). Avec une population carcérale de 14 712 détenus (Aperçu statistique : le système correctionnel et la mise en liberté sous condition, 2016), le taux d'homicide dans les pénitenciers était d'environ 20 sur 100 000. Le nombre de victimes d'homicide au Canada en 2016 était de 611 personnes, et cela représente un taux de 1,68 sur 100 000 personnes (L'homicide au Canada, 2016, Statistique Canada). Bien sûr, on pourrait s'attendre à un taux beaucoup plus élevé d'homicides dans les pénitenciers qu'au sein de la population générale. Les délinquants qui purgent des peines dans les pénitenciers ont généralement commis des infractions graves et violentes qui ont entraîné de longues peines d'incarcération. Comme nous l'avons souligné dans la section précédente sur les suicides, ces personnes ont habituellement été victimes de mauvais traitements durant l'enfance et l'adolescence et de violence interpersonnelle, et présentaient des lacunes dans la régulation des émotions et de l'impulsivité. Ce sont des caractéristiques qu'ils apportent au milieu carcéral et qui entraînent un comportement violent semblable aux infractions violentes qui les ont d'abord amenés dans le système. Ces caractéristiques sont évidentes dans les cas décrits plus bas.

Parmi les 22 cas de décès de causes non naturelles survenus en établissement examinés par le comité, trois concernaient des homicides. Voici une brève description de chacun de ces cas et les observations du comité par rapport à l'enquête.

Le premier cas concernait le décès d'un délinquant autochtone âgé de 33 ans purgeant une peine d'emprisonnement à vie dans un établissement à sécurité moyenne (admissibilité à la libération conditionnelle après 25 ans) pour meurtre au premier degré. Le rapport du Comité d'enquête avait conclu qu'il était un membre à part entière d'un gang de détenus et qu'il avait discuté avec des employés en vue de se dissocier du gang. Les employés l'aidaient dans le cadre de ce processus de dissociation. Il avait été déplacé de la rangée de la sous-population qui hébergeait les membres du gang à la population générale et s'était par la suite abstenu de participer à toute activité négative au sein de l'établissement. L'auteur présumé était un délinquant autochtone de 21 ans qui purgeait une peine d'emprisonnement à vie (admissibilité à la libération conditionnelle après 25 ans) pour homicide involontaire et il était affilié au même gang. La victime avait subi de multiples plaies par arme blanche (nombre estimé à 14) et, malgré des efforts déterminés déployés par le personnel correctionnel et infirmier, elle était décédée au bout de son sang peu après l'arrivée des ambulanciers sur les lieux. Même si d'autres renseignements révélés suite à l'incident indiquaient un risque accru pour la victime, il n'y avait aucune indication avant l'incident qui aurait pu alerter les employés au sujet des événements imminents.

Selon le rapport d'enquête, l'agression s'était produite dans la « salle des condamnés à perpétuité », qui consistait en une grande salle et trois petites salles contiguës. La salle des condamnés à perpétuité était située au pied d'un d'escalier, et on y accédait au moyen d'une porte fermée. Par conséquent, la zone n'était pas visible pour les agents correctionnels, et aucune caméra ne surveillait les activités là-bas. Les agents correctionnels étaient en mesure d'observer les allées et venues, et la surveillance de l'activité des détenus pouvait se faire au moyen des patrouilles de sécurité. Comme on l'avait décrit dans le rapport du Comité d'enquête, la salle des condamnés à perpétuité était considérée comme une « zone interdite », ce qui signifiait que les détenus comprenaient qu'il n'y aurait ni violence ni confrontation en raison du respect du privilège d'utilisation de la zone et du fait qu'ils ne voulaient pas la mettre en péril. Au dire de tous, cette entente fonctionnait, puisqu'aucun incident grave ne s'était produit dans la salle des condamnés à perpétuité sur une période de 26 ans. Le Comité d'enquête avait conclu que le personnel avait réagi rapidement et efficacement, ainsi qu'en conformité avec toutes les politiques pertinentes. Sa seule

recommandation s'adressait à l'établissement : qu'il évalue la logistique de la salle des condamnés à perpétuité avant sa réouverture. Notre comité estime que les conclusions et la recommandation contenues dans le rapport d'enquête étaient appropriées.

Le deuxième cas de meurtre examiné par le comité était celui d'un détenu caucasien âgé de 28 ans hébergé dans un établissement à sécurité maximale qui purgeait sa deuxième peine d'incarcération dans un pénitencier pour des accusations d'homicide involontaire et d'agression armée. Il avait été découvert durant une patrouille de sécurité avec des blessures de couteau dans la région du thorax et du cœur. L'infirmière avait rapidement été convoquée. Elle avait évalué son état et avait appliqué le défibrillateur externe automatisé qui indiquait que les chocs n'étaient pas recommandés. On avait commencé la réanimation cardiorespiratoire et on l'avait continuée lorsque l'ambulance est arrivée. L'équipe ambulancière a constaté son décès environ 45 minutes après qu'il ait été trouvé dans sa cellule, et la déclaration officielle de décès avait été faite par l'urgentologue lorsque l'ambulance était arrivée à l'hôpital.

Dans son enquête sur le contexte de l'incident, le Comité d'enquête avait conclu qu'il avait été renvoyé à l'établissement à la suite d'une violation d'une condition d'assignation à résidence de sa libération d'office. Trois jours avant l'incident, à sa demande, il avait été déplacé de la population générale vers une unité distincte où l'incident s'était produit. L'enquête avait aussi révélé que, au cours de ses deux peines d'incarcération dans un pénitencier, il avait été impliqué dans le trafic de stupéfiants, avait eu des conflits avec d'autres détenus, avait participé à de l'intimidation et à des agressions et avait fait l'objet de nombreuses infractions disciplinaires.

Deux autres détenus avaient été aperçus sur les caméras de surveillance tandis qu'ils entraient dans sa cellule peu avant le décès. L'un d'eux était un détenu autochtone de 19 ans purgeant une peine pour agression armée et vol qualifié. Il avait été transféré à un établissement à sécurité maximale à la suite d'un incident survenu dans un établissement à sécurité moyenne où il avait été l'auteur d'une bagarre avec un autre détenu et avait utilisé un couteau. L'autre détenu qui était entré dans la cellule était un détenu blanc de 51 ans

purgeant une peine d'emprisonnement à vie pour des accusations de meurtre au premier degré et de complot en vue de commettre un meurtre. Après l'incident, ces détenus avaient été placés dans des cellules d'isolement en attendant une autre enquête sur leur participation au décès.

Le Comité d'enquête avait conclu qu'il n'y avait pas de signe précurseur connus ni de facteur de risque contributifs avant l'incident, et aucune mesure n'aurait pu être prise par le personnel pour prévenir l'incident. En outre, il avait conclu que toutes les politiques et les procédures avaient été respectées. On n'avait cerné aucun élément à améliorer, et aucune recommandation n'avait été formulée. Notre observation, c'est que ce Comité d'enquête avait été bien mené et qu'il était arrivé aux conclusions appropriées.

Le troisième cas concernait le décès d'un détenu blanc de 55 ans qui purgeait une peine dans un établissement à sécurité moyenne pour deux accusations de vol qualifié ainsi que des accusations d'avoir fait du tapage et d'être illégalement en liberté. Il avait de nombreux problèmes de santé physique. On l'avait retrouvé effondré dans la cour de l'établissement. Les services médicaux d'urgence avaient été convoqués. Il avait été transporté dans un hôpital communautaire afin d'y recevoir un traitement et il était décédé le lendemain.

Au total, six détenus avaient été identifiés comme des agresseurs possibles et avaient été placés en isolement. À la suite de l'enquête policière, l'un d'entre eux a été accusé de meurtre au deuxième degré. C'était un détenu de 21 ans qui possédait un lourd dossier de jeune contrevenant, où figuraient notamment de nombreuses infractions violentes, et il purgeait sa première peine de ressort fédéral pour deux accusations de voies de fait graves, de vol à main armée et de conduite dangereuse d'un véhicule à moteur. L'enquête avait révélé qu'un article volé dans la cellule d'un détenu était le motif de l'agression. Les facteurs de risque ayant contribué à l'incident étaient la vulnérabilité de l'état physique de la victime et le tempérament impulsif et violent du détenu qui avait commis l'agression.

Le Comité d'enquête n'avait formulé aucune recommandation, mais il avait reconnu que la classification de sécurité était un élément à améliorer. La question était de savoir si le

détenu qui avait été accusé relativement à l'homicide était classé adéquatement en tant que détenu à sécurité moyenne. Le Comité d'enquête avait découvert que, quelques mois plus tôt, à la suite d'un incident de comportement agressif et menaçant à l'égard d'un membre du personnel qui avait entraîné le placement en isolement du détenu, on avait rempli l'Échelle de réévaluation du niveau de sécurité pour ce détenu. La note indiquait un établissement à sécurité maximale, mais s'inscrivait dans un éventail d'options discrétionnaires où l'attribution d'une cote inférieure correspondant à un établissement à sécurité moyenne pouvait être envisagée si l'on pouvait justifier le contrôle de l'adaptation en établissement comme étant moyen. L'agent de libération conditionnelle du détenu et le gestionnaire, Évaluations et interventions avaient recommandé une classification élevée pour le contrôle de l'adaptation en établissement, ce qui aurait entraîné une désignation d'établissement à sécurité maximale. Toutefois, le directeur d'établissement avait attribué une cote inférieure à celle prévue, ce qui avait eu pour résultat de maintenir le détenu dans un établissement à sécurité moyenne, mais n'avait pas fourni de justification étayer pour sa décision.

Le Comité d'enquête avait présenté l'élément à améliorer comme suit : « Le Comité d'enquête a déterminé que, conformément au paragraphe 4 de la directive du commissaire 710-6, *Réévaluation de la cote de sécurité des détenus* (10 mars 2014), la justification du directeur d'établissement ne tenait pas compte de la divergence par rapport aux recommandations en faisant mention des facteurs décrits dans l'annexe B de la directive 710-6, *Réévaluation de la cote de sécurité des détenus* du commissaire (10 mars 2014), qui doivent être pris en considération au moment d'évaluer la classification de sécurité d'un détenu. »

L'observation de notre comité, est que cet élément à améliorer avait été correctement cerné. Toutefois, nous remarquons que le Comité d'enquête avait signalé des conclusions supplémentaires concernant les événements entourant la décision de maintenir la classification de sécurité moyenne, et ces conclusions soulevaient des préoccupations au-delà du défaut de respecter la politique qui était désignée dans l'élément à améliorer. Plus précisément, le rapport du Comité d'enquête décrivait ces événements comme suit :

« Le 11 mars 2015, à la suite de la réunion des opérations, le directeur d'établissement a discuté du statut d'isolement (d'un détenu) avec des personnes dont le BEC a été incapable de déterminer l'identité. Aucun compte rendu de la réunion n'a été préparé ni aucune note concernant les personnes présentes. Toutefois, ni l'ALC du détenu ni le gestionnaire, Évaluations et interventions (GEI) qui ont supervisé le cas n'étaient présents à la réunion. Le BEC a été informé du fait que ce type de réunion était un moyen courant de discuter de l'isolement dans l'établissement. »

Le comité remet en question le fait de savoir si la pratique de tenir une réunion non officielle et d'exclure des employés qui sont mieux renseignés sur le cas répond aux critères de transparence et de prise de décisions optimale. Bien que le Comité d'enquête ait conclu que le détenu n'avait pas été placé de façon appropriée dans l'établissement à sécurité moyenne, il n'avait pas indiqué que la nature de la réunion des opérations constituait un problème ni formulé de recommandation concernant la pratique qui l'avait autorisé à continuer d'être hébergé dans cet établissement. À notre avis, le rapport d'enquête aurait dû soulever cet enjeu en tant que problème clé, de façon à s'assurer que cette pratique cesse; les décisions de ce type sont prises avec la participation du personnel clé et la justification des décisions doit être dûment documentée, conformément à la politique.

Par conséquent, le comité recommande :

15. que la politique du SCC relative aux enquêtes sur les incidents encourage les enquêteurs à aller au-delà de l'évaluation du respect de politiques précises et à souligner, dans une section réservée à cet effet dans leurs rapports, les conclusions et les recommandations concernant les pratiques inadéquates, les lacunes au chapitre des politiques et les problèmes sous-jacents.

Partie 4 : Le cas de Matthew Hines

Le décès en établissement de Matthew Hines est un cas extrêmement troublant qui mérite l'attention particulière de notre comité. À la suite d'un Comité d'enquête, ce cas a aussi fait l'objet d'une enquête distincte par le Bureau de l'enquêteur correctionnel (BEC), qui a produit un rapport intitulé « *Une réaction fatale : Enquête sur le décès évitable de Matthew Ryan Hines* ». En outre, la police a déposé des accusations criminelles d'homicide involontaire et de négligence criminelle causant la mort contre deux agents correctionnels relativement à ce décès. On s'attend à ce qu'une enquête du coroner soit également organisée à la suite du règlement des questions criminelles.

Notre première observation, c'est que cet incident diffère complètement de tous les autres cas de décès en établissement que le comité a examinés. Nous soulignons aussi que, dans son rapport, le Comité d'enquête avait présenté une description claire et très exhaustive de ce qui s'était produit durant l'incident ainsi que des renseignements généraux pertinents sur Matthew Hines.

Selon le rapport du Comité d'enquête, l'intervention du personnel, tant du point de vue des interventions de sécurité que des soins médicaux, a été extrêmement problématique. De nombreuses mesures et omissions dans l'intervention du personnel avaient constitué de graves contraventions aux politiques. Parmi celles-ci, on comptait l'application inappropriée des techniques de distraction (c.-à-d. techniques de feinte de la main et du genou) et cinq déploiements inappropriés d'un agent inflammatoire; l'omission de le protéger des blessures lorsqu'il était menotté derrière le dos; l'omission d'effectuer une réévaluation continue des interventions de sécurité, malgré des indications de détresse médicale sévère; l'absence de soins de santé d'urgence; l'absence d'une personne jouant un rôle de leadership tout au long du processus et l'omission de maintenir la zone où l'incident s'est produit comme scène de crime possible.

À la suite de l'analyse et de la présentation des conclusions importantes, le rapport du Comité d'enquête avait dressé 21 éléments à améliorer qui correspondaient

essentiellement aux cas particuliers du défaut de respecter la politique et, dans le cas des menottes, des lacunes au chapitre des politiques. Le rapport se concluait par la formulation des quatre recommandations suivantes : songer à évaluer les caractéristiques de sécurité des civières; effectuer une vérification des procédures liées aux agents inflammatoires; songer à examiner le contenu du *syndrome de la mort subite sous garde* dans le guide du participant du SCC et songer à examiner *l'arrestation et la maîtrise* du guide du participant du SCC ainsi que la *Formation de recyclage sur la sécurité personnelle* du manuel du formateur du SCC afin d'inclure des renseignements lorsque plus d'une paire de menottes est requise.

Notre comité est d'avis que la liste des recommandations n'était pas proportionnelle à la totalité et à la gravité des conclusions. C'était aussi un point majeur dans le rapport du BEC, exprimé comme suit par l'enquêteur correctionnel :

« Je ne vois pas en quoi ces mesures auraient une incidence perceptible sur le devoir légal du SCC de prendre toutes les mesures raisonnables pour réduire le nombre de décès en établissement et les prévenir. La qualité du rapport surpasse la moyenne, mais aucune des recommandations qui y sont formulées ne traite concrètement des multiples actes de non-conformité importants énoncés précédemment. En fait, dans le cas présent, il y a un manque total de cohérence entre les constatations du Comité en ce qui a trait à la non-conformité (considérable et systémique) et les mesures correctives qu'il a recommandées (faibles et générales). »

Le BEC avait terminé son rapport par dix recommandations fondées sur son enquête sur le décès de Matthew Hines. Ces recommandations étaient conçues pour susciter les changements systémiques qui étaient indiqués dans les conclusions du rapport du BEC sur ce décès. Dans sa réponse au rapport du BEC, le SCC avait accepté l'ensemble des recommandations et a commencé à les mettre en pratique. Le comité a examiné le rapport du BEC et ses recommandations, ainsi que la réaction du SCC à leur égard. Nous sommes d'accord avec les recommandations du BEC et estimons que la réaction du SCC est un fondement solide pour qu'on apporte des améliorations aux politiques, à la formation et à la

gestion dans ces domaines. Le rapport d'enquête du BEC démontre comment une enquête relative à un cas de cette nature peut déboucher sur des recommandations importantes concernant la responsabilité de ce qui s'est produit ainsi que sur des approches stratégiques et organisationnelles afin de prévenir une récurrence. À cet égard, les deux rapports ensemble peuvent être utiles comme module de formation pour les enquêteurs du SCC.

Après avoir examiné tous les documents sur le cas, y compris les enquêtes du SCC et du BEC, le comité demeurait tout de même avec des questions sans réponses concernant les événements extrêmes qui avaient contribué au décès de Matthew Hines. Compte tenu de l'étendue et de l'ampleur des violations qui ont entraîné ce décès en établissement, il est difficile d'imaginer qu'il n'y avait pas d'interactions précédentes entre les employés et les détenus qui auraient pu annoncer l'intervention de sécurité extrême où on a fait très peu de cas du bien-être de la personne. Les signaux d'avertissement dans les mois précédents auraient-ils pu mener à cet incident?

La mission du SCC est la suivante : Le Service correctionnel du Canada, en tant que composante du système de justice pénale et dans la reconnaissance de la primauté du droit, contribue à la sécurité publique en incitant activement et en aidant les délinquants à devenir des citoyens respectueux des lois, tout en exerçant sur eux un contrôle raisonnable, sûr, sécuritaire et humain. Parmi les valeurs centrales du SCC figure le respect, qui est décrit comme suit :

Respect: Un comportement respectueux fait honneur à la rationalité et à la dignité des personnes, à leur capacité de choisir leur propre voie, dans le respect des lois, vers une vie enrichissante. Une autre bonne façon d'adopter un comportement respectueux est de traiter les autres comme nous aimerions être traités.

Ce qui s'est passé dans ce cas, c'était une dérogation flagrante aux normes de pratique attendues du SCC, et cela frappe au cœur de l'organisation. Dans cette circonstance, il incombe au SCC de comprendre autant que possible la genèse de ces événements. Quelle

était la supervision du personnel dans les six mois précédents l'incident? Comment la performance du personnel était-elle surveillée et documentée? Comment les canaux de communication fonctionnaient-ils entre les superviseurs, les employés et les détenus? Comment les plaintes des détenus étaient-elles gérées? Y a-t-il eu d'autres incidents? Y a-t-il eu des signes de détérioration dans le fonctionnement de l'établissement? Existait-il dans l'établissement une culture qui permettait le manque de respect à l'égard des détenus?

Voilà des questions qui peuvent être abordées dans le cadre de l'enquête du coroner. Du point de vue des politiques sur les enquêtes, elles indiquent le besoin d'établir un vaste cadre de référence pour les enquêtes menées dans les cas où de multiples problèmes graves de conformité ont entraîné un décès en établissement. Par conséquent, nous formulons la recommandation qui suit.

Recommandation

Le comité recommande :

16. que le cadre de référence des enquêtes portant sur un décès en établissement exige, dans les cas où l'enquête cerne de multiples problèmes graves de conformité avec les politiques, que les enquêteurs examinent les facteurs liés à l'environnement et aux opérations de l'établissement. Ces facteurs comprendraient les politiques, les plans et les procédures ayant une incidence sur un milieu de travail sain et respectueux, tout examen du milieu de travail ou tout sondage auprès du personnel, les plaintes et les griefs déposés par les délinquants ou tout autre signe avant-coureur de l'incident.

Partie 5 : Pratiques exemplaires dans le processus d'enquête et engagement auprès des familles

La deuxième partie du mandat du comité consistait à effectuer un examen et une analyse de ce qui suit:

- les pratiques réussies et exemplaires dans d'autres administrations correctionnelles internationales en ce qui concerne leurs processus d'enquête en général, et particulièrement ceux qui touchent les décès en établissement, et la façon dont ces processus pourraient guider un processus d'enquête revitalisé au SCC.

Nous avons commencé par faire une recherche en ligne dans Google au sujet des enquêtes sur des décès en établissement. Parmi les documents découverts, un était préparé par le Comité international de la Croix-Rouge (CICR) et s'intitulait *Guidelines for Investigating Deaths in Custody* [Lignes directrices pour les enquêtes sur le décès en établissement]. Cette publication était le fruit d'un processus complet où l'on a fait appel à des experts de tous les domaines pertinents, y compris les domaines médical, judiciaire et juridique et l'administration carcérale, ainsi que des experts dans le domaine des enquêtes et de la prévention des décès en établissement. Le document définit le droit international concernant les enquêtes sur les décès en établissement, qui encadre l'obligation qu'ont les États à ce chapitre, puis fournit une orientation pour chaque étape du processus d'enquête ainsi que des recommandations générales concernant la prévention des décès en établissement. Les éléments essentiels des lignes directrices concernant les enquêtes sont résumés à l'annexe II, intitulée « Enquêter sur les décès en établissement : huit éléments à souligner ».

Comme première étape, le comité a examiné les politiques du SCC par rapport aux huit éléments du document *Guidelines*. Les résultats de cette analyse sont présentés dans un

tableau²⁴. Essentiellement, l'analyse montre que le SCC a en place des politiques appropriées qui correspondent à chacun de ces huit éléments.

Ces lignes directrices énoncent des paramètres généraux concernant la tenue d'enquêtes sur des décès en établissement, en fonction des connaissances et de l'expertise internationales accumulées dans ce domaine. Par conséquent, elles fournissent une plateforme concernant l'établissement de politiques et de pratiques convenables. Notre analyse indique que les politiques du SCC respectent ces normes internationales de base.

Au-delà de ces lignes directrices, dans le cadre de notre mandat, nous avons dû examiner et analyser « des pratiques réussies et exemplaires dans d'autres administrations correctionnelles internationales en ce qui concerne leurs processus d'enquête ». Pour ce faire, nous avons dû répondre à la question: Qu'est-ce qui constitue une « pratique exemplaire »? Il existe dans la littérature, bien sûr, de nombreuses définitions de pratiques exemplaires. Le comité a adopté la définition générale suivante: « Procédure qui, selon les recherches et l'expérience, produit des résultats optimaux et est établie ou proposée comme norme convenable en vue de son adoption généralisée. »

(<https://merriamwebster.com/dictionary/best%20practice>)

Afin de recueillir des renseignements au sujet des pratiques exemplaires d'autres administrations, le comité a préparé un bref questionnaire de sondage²⁵. Dans le questionnaire, on demandait aux répondants s'ils avaient ce qu'ils croyaient être des pratiques exemplaires concernant les enquêtes sur les décès en établissement; s'ils avaient comparé leurs pratiques avec celles d'autres administrations afin de déterminer les pratiques exemplaires et s'ils avaient connaissance de toute étude conçue pour recenser des pratiques exemplaires concernant le processus d'enquête dans les établissements. Avec l'aide de la Division des relations intergouvernementales du SCC, on a envoyé le questionnaire à un réseau de 13 pays établi par le SCC²⁶.

²⁴ Voir l'ANNEXE II

²⁵ Voir l'ANNEXE III

²⁶ Les pays étaient l'Argentine, l'Australie (tous les territoires), la Belgique, le Danemark, l'Estonie, la Finlande, la France, Hong Kong, l'Islande, la Norvège, la Pologne, la Suède et les États-Unis d'Amérique.

On a reçu des réponses au questionnaire de cinq administrations. Dans l'ensemble, les administrations ont décrit diverses pratiques concernant la tenue d'enquêtes et la prévention des décès en établissement, mais aucune des réponses n'a indiqué qu'ils avaient comparé leurs pratiques à celles d'autres administrations afin de déterminer des pratiques exemplaires. De même, aucune des réponses n'a fait état d'études conçues pour cerner les pratiques exemplaires concernant le processus d'enquête dans les prisons. Un répondant, après avoir fourni un bref aperçu de ses politiques et de ses procédures relativement aux enquêtes sur des décès et des incidents graves en établissement, a conclu ceci : « Je suis incapable de dire si nous les considérerions comme des pratiques exemplaires, c'est-à-dire que nous les évaluerions par rapport aux techniques d'autres pays. » Cette affirmation représente une bonne synthèse des résultats globaux du sondage.

Notre conclusion concernant les pratiques exemplaires dans le processus d'enquête, c'est que plutôt que d'adopter les pratiques exemplaires d'autres administrations, il est nécessaire d'élaborer des pratiques exemplaires. Un rapport préparé par le Bureau de l'enquêteur correctionnel (BEC) intitulé « *Laissés dans le noir : Enquête sur les pratiques relatives à l'échange et à la divulgation d'information sur les décès en établissement dans le système correctionnel fédéral* » met en lumière un domaine où il est possible d'élaborer des pratiques exemplaires. Selon les lignes directrices du CICR concernant la participation du proche parent au processus d'enquête : « L'enquête peut aussi contribuer à réduire les traumatismes et à fournir un recours efficace pour le proche parent²⁷. » Comment cet objectif stratégique peut-il le mieux être atteint?

L'étude du BEC tenait au fait que certaines familles de délinquants communiquaient avec le BEC pour obtenir de l'aide et des conseils concernant l'accès à l'information du SCC à la suite du décès d'un membre de la famille. Ces familles ont déclaré qu'elles avaient éprouvé des difficultés pour obtenir de l'information, particulièrement au sujet des événements qui avaient mené au décès et aux circonstances l'entourant. L'étude du BEC comprenait les éléments suivants : un examen de la jurisprudence pertinente et des politiques liées à

²⁷ Les termes « famille » et « proche parent » sont utilisés de façon interchangeable dans l'analyse qui suit.

l'engagement auprès du proche parent et au processus d'enquête; un examen de la *Loi sur l'accès à l'information et de la protection des renseignements personnels* et des documents d'interprétation connexes; des entrevues confidentielles menées auprès de huit familles (dont la plupart avaient communiqué précédemment avec le BEC pour demander de l'aide) dont un membre de la famille est décédé dans un établissement fédéral, des entrevues auprès de membres du personnel du SCC dont les responsabilités étaient liées à des décès en établissement et l'accès à l'information et à la protection des renseignements personnels, et des entrevues avec des employés d'une organisation non gouvernementale (Regroupement canadien d'aide aux familles des détenus(e)s) concernant leur expérience auprès de familles dans ce contexte; une comparaison de rapports du Comité d'enquête national qui avaient été caviardés à des fins de publication en vertu de la *Loi sur l'accès à l'information* ainsi que des rapports originaux (non caviardés); et un examen des politiques et des procédures d'autres administrations concernant l'engagement auprès des familles à la suite d'un décès en établissement.

L'étude a révélé que les familles qui avaient été interviewées étaient très mécontentes de l'absence de renseignements qu'ils avaient reçus du SCC au départ et tout au long du processus d'enquête, ce qui a suscité des sentiments de suspicion et de méfiance; il y avait des incohérences dans le type d'information que le personnel du SCC allait communiquer aux familles; il y avait une absence d'information de la part du SCC sur l'état du membre de la famille dans des circonstances où il était admis à l'hôpital; les familles n'avaient pas suffisamment d'information au sujet des politiques, des procédures et des responsabilités du SCC dans le cadre du processus d'enquête; les employés qui communiquaient avec les familles n'avaient pas reçu de formation pour les aider à accomplir le travail délicat de communication avec les familles dans ces situations; les familles ont exprimé leur frustration dans des cas où de nombreuses versions de rapports d'enquête avaient été caviardées; il y avait des incohérences dans l'application des exemptions prévues en vertu de la *Loi sur l'accès à l'information et à la protection des renseignements personnels*; et on constatait une pratique d'exemption des erreurs, des lacunes et des cas de non-respect des politiques.

À la lumière de ces conclusions, le rapport du BEC a formulé neuf recommandations. Parmi ces recommandations, mentionnons la divulgation proactive de l'information tout au cours du processus et de façon continue par la suite; des procédures et des protocoles définis en ce qui a trait à la famille lorsqu'un détenu est transporté dans un hôpital extérieur dans une situation d'urgence médicale; l'établissement d'une liaison avec les familles au sein du SCC pour que les familles puissent recevoir de l'information tout au long du processus d'enquête; la création d'une formation et sa prestation au personnel qui communique avec les familles à la suite d'un décès; le SCC envoie une lettre de condoléances au proche parent immédiatement à la suite d'un décès en établissement; l'élaboration d'un guide pour les familles qui explique les politiques, les responsabilités et le processus d'enquête et indique les coordonnées du coroner/des médecins légistes, de la police et des organismes communautaires qui peuvent fournir du soutien aux familles endeuillées; la communication des rapports d'enquête dans leur intégralité, de façon vraisemblable et courante, au proche parent; et que le commissaire du Service correctionnel envisage fréquemment de communiquer des renseignements aux familles de détenus qui sont décédés en établissement en vertu des dispositions de la *Loi sur la protection des renseignements personnels* portant sur la communication pour des raisons d'intérêt public.

En réponse aux recommandations du rapport du BEC, le SCC a entrepris un certain nombre d'initiatives importantes visant à améliorer son engagement auprès des familles dans des cas de décès en établissement :

- élaborer et mettre en œuvre un processus de divulgation facilité;
- établir une directive qui décrit les procédures concernant les notifications de la famille dans des circonstances d'urgence médicale grave;
- établir des points de contact du SCC auprès des familles (p. ex. agents de liaison avec les familles) depuis la notification jusqu'à l'achèvement du processus d'enquête;
- fournir une formation convenable aux agents de liaison avec les familles afin de les aider à communiquer avec les familles dans ces circonstances;

- envoyer une lettre de condoléances à la famille;
- préparer un guide pour les familles afin d'expliquer les politiques et les processus à la suite d'un décès en établissement et indiquer des personnes-ressources et des services communautaires clés qui pourraient leur être utiles;
- modifier l'approche en ce qui concerne l'approbation et la divulgation de l'information en établissant une équipe spécialisée d'experts en accès à l'information et en protection des renseignements personnels qui travailleront en étroite collaboration avec les membres de la famille et d'autres partenaires et intervenants afin de s'assurer que l'information est communiquée de façon appropriée et conforme.

Selon notre compréhension, la plupart de ces initiatives ont été mises en œuvre, et le travail se poursuit pour élaborer le nouveau processus de divulgation facilité. Nous aimerions toutefois ajouter une mise en garde : ce ne sont pas toutes les familles qui ont les mêmes préoccupations à la suite d'un décès en établissement, et le désintérêt de certaines familles devrait aussi être respecté. En effet, certaines familles peuvent ne pas vouloir d'information concernant le décès, et ce souhait devrait être pris en considération.

Cet ensemble d'initiatives, une fois qu'elles auront été pleinement élaborées et mises en œuvre, pourraient être considérées collectivement comme un modèle d'engagement auprès des familles dans ces circonstances. Ce modèle pourrait être évalué afin qu'on détermine s'il est plus efficace que les politiques et les procédures en place avant ces élaborations.

Recommandation

Le comité recommande :

17. que le SCC mène une étude de recherche sur un modèle qui intègre des améliorations récentes apportées aux politiques et aux pratiques du SCC concernant l'engagement auprès des familles de délinquants qui décèdent en établissement, dans le but d'établir des pratiques exemplaires dans ce domaine.

En ce qui concerne les traumatismes, qui sont un aspect central de l'objectif stratégique d'engagement auprès des familles, nous formulons les observations suivantes:

L'engagement auprès des familles dans ces circonstances est une affaire très compliquée. Dans des cas où il y a des antécédents d'abandon, de mauvais traitements ou de violence à l'égard des membres de la famille, il pourrait y avoir des couches de traumatismes qui sont évoqués par le décès. On ne peut dicter comment les familles vont réagir à la nouvelle selon laquelle le membre de leur famille est décédé en établissement, et la réponse du SCC devrait être guidée par les volontés et les besoins de la famille. Les agents de liaison avec les familles doivent faire preuve d'une grande sensibilité dans leurs interactions avec la famille et écouter attentivement afin de tracer avec eux une voie qui corresponde à leurs volontés et à leurs besoins. Au départ, l'agent de liaison avec les familles devrait examiner le dossier du délinquant afin de recueillir des renseignements concernant les antécédents sociaux et familiaux, les antécédents criminels ainsi que les dossiers de l'établissement concernant la communication (p. ex. téléphone, visites, lettres) entre la famille et le délinquant décédé. En bref, l'agent devrait être au courant de l'histoire de la relation avec la famille et de la nature de l'engagement auprès du délinquant, le cas échéant, avant son décès. À une extrémité du spectre, le travail de l'agent de liaison avec les familles pourrait consister simplement à aviser le membre de la famille du décès et peut-être à fournir une copie du guide. À l'autre extrémité, cela pourrait supposer des communications fréquentes afin de répondre aux questions de la famille, de la tenir au courant des faits nouveaux, de répondre à d'autres demandes qu'elle pourrait avoir, d'établir une relation de confiance et de s'asseoir avec elle pour examiner le rapport du Comité d'enquête lorsqu'il est achevé. L'essentiel, c'est que les politiques et les pratiques du SCC doivent englober la gamme complète des réponses, de sorte qu'on puisse raisonnablement répondre aux besoins des familles, quels qu'ils soient.

CONCLUSION

Au terme de cet examen des décès non naturels au SCC, trois éléments clés se dégagent de nos travaux. Tout d'abord, étant donné la constellation de facteurs de risque chez les personnes mises sous la responsabilité du SCC, le nombre d'incidents impliquant une mort non naturelle est peu élevé. Ce résultat constitue un baromètre de la qualité générale des services qui ont été mis en place par le SCC, et qui sont maintenus au SCC.

Ensuite, notre rapport a examiné les récentes données de recherche sur le suicide pour constater que l'interaction entre la négligence et l'abus dans l'enfance et la violence interpersonnelle augmentait le risque de suicide. Indépendamment, une étude avec grand échantillon signalait la surreprésentation des cas d'homicide chez les détenus qui se sont enlevé la vie. Ces résultats ont amené le Comité à penser qu'il serait approprié pour le SCC de concentrer ses efforts de prévention et de traitement chez le sous-groupe de détenus qui ont enlevé la vie à un proche. Une telle mesure devrait être graduelle et faire l'objet d'une évaluation scientifique. En outre, devant le faible taux de suicide, le comité s'est interrogé si les mesures de prévention du suicide affectaient la qualité de vie de tous les détenus mis sous la responsabilité du SCC et propose que le SCC encourage le dialogue entre les administrateurs, le personnel de première ligne et les détenus sur ces questions.

Enfin, le Comité s'est penché sur les rares cas de décès où les pratiques du personnel du CSS pourraient être mises en cause. À l'examen, il est apparu au Comité qu'il serait utile lors de tels incidents que l'enquête examine quelle était la culture de l'établissement mis en cause dans les mois qui ont précédé l'incident, soit les approches et les comportements de la direction, du personnel et des détenus, les relations du personnel avec les détenus ou tout autre élément qui pourrait renseigner les enquêteurs sur le climat de travail, d'une part, et les relations avec des détenus, d'autre part, qui pourraient être associés au décès. Le Comité en est venu à la conclusion qu'une telle autopsie de la culture d'un établissement dans les mois qui ont précédé la survenue de l'événement permettrait de mettre en place de meilleures mesures préventives.

Que ce soit, pour les suicides, les surdoses ou les homicides, il appert que le contexte entourant les morts non naturelles en pénitenciers joue un rôle explicatif crucial. Il est de notre avis que ce contexte devrait être mieux étudié dans chacun des cas de morts non naturelles. Ceci permettrait éventuellement une meilleure compréhension en vue de la mise en place d'actions novatrices visant la prévention de ces décès.

Pour terminer, le Comité tient à remercier le SCC pour sa collaboration dans ce travail et à rappeler à nouveau que le SCC, en dépit des contraintes liées à sa mission, s'inscrit dans une démarche fidèle à l'esprit de la Charte canadienne des droits et libertés.

Liste des recommandations

Au sujet du suicide, le comité recommande :

1. que l'homicide de personnes de l'entourage soit intégré dans la liste de facteurs de risque suicidaire.
2. que le SCC entre en contact avec les chercheurs qui ont examiné l'interaction entre la maltraitance, les homicides et le suicide afin de comprendre s'il y a pertinence de mettre en application leur modèle dans certains pénitenciers du SCC.
3. que le SCC mette en œuvre des interventions psychosociales à caractère expérimental, avec une surveillance au long cours, afin de tester si de telles interventions peuvent réduire le taux de suicide chez le sous-groupe de détenus à risque.

Au sujet de l'étude de cas, le comité recommande :

4. de s'assurer que la nouvelle directive du SCC sur l'isolement préventif, qui prévoit que l'isolement ne soit utilisé que pour la plus courte période nécessaire et qui précise les groupes de détenus qui ne sont pas admissibles à l'isolement préventif, notamment ceux ayant une maladie mentale grave avec une déficience importante, soit mise en application.
5. d'envisager d'inclure dans son cadre de référence des enquêtes sur les incidents i) les valeurs fondamentales de dignité et de respect des détenus du SCC et ii) des normes internationales, comme l'Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus des Nations Unies, à titre de critères pertinents pour les enquêtes que le SCC mène sur les incidents de suicide qui surviennent en isolement.
6. de tenir compte du risque de suicide accru, lors de l'isolement, des détenus qui ont été victimes de maltraitance et/ou qui ont tué une personne de leur entourage.

Au sujet de la question du droit au suicide, le comité recommande :

7. que le SCC examine les effets potentiellement délétères de ses stratégies de gestion du risque en référence à la qualité de vie des quelque 15 000 personnes qui sont incarcérées sous sa responsabilité.

8. que le SCC encourage un dialogue entre les administrateurs, le personnel de première ligne et les détenus pour tenir compte du cercle vicieux dans le cadre duquel les mesures prises en vue de la prévention du suicide mènent à une détérioration de la qualité de vie, ce qui augmente le risque de suicide.

Au sujet des surdoses, le comité recommande :

QIT

9. que le SCC utilise les questions du QIT (p. ex. PA6, PD4, ISU3 et PP18)²⁸ afin d'identifier les personnes susceptibles de faire usage d'opioïdes durant leur incarcération.

Méthadone et Suboxone

10. que les enquêtes sur les incidents menées par le SCC permettent d'examiner les quatre piliers liés aux problèmes de toxicomanie afin d'éclairer les stratégies de prévention, de traitement, de réduction des méfaits et d'application de la loi.
11. que l'on favorise la participation des détenus dépendants aux opioïdes à un programme de prescription de méthadone ou de suboxone et que l'on analyse et réduise au minimum les contraintes existantes quant à l'accès à ces programmes.

Recherches

12. que l'on mette en place une étude visant à développer des indicateurs prédictifs de l'utilisation d'opioïdes par les détenus durant leur incarcération.
13. que l'on développe un instrument d'évaluation des troubles liés aux substances qui mettra en lien le niveau de dépendance à des substances précises.
14. que l'on poursuive les études qui permettront de mieux comprendre le phénomène des surdoses en pénitenciers et d'outiller le SCC afin de le prévenir.

À la suite de son examen sur les cas d'homicide, le comité recommande :

²⁸ Voir l'ANNEXE I

15. que la politique du SCC relative aux enquêtes sur les incidents encourage les enquêteurs à aller au-delà de l'évaluation du respect de politiques précises et à souligner, dans une section réservée à cet effet dans leurs rapports, les conclusions et les recommandations concernant les pratiques inadéquates, les lacunes au chapitre des politiques et les problèmes sous-jacents.

Au sujet du cas de Matthew Hines, le comité recommande :

16. que le cadre de référence des enquêtes portant sur un décès en établissement exige, dans les cas où l'enquête cerne de multiples problèmes graves de conformité avec les politiques, que les enquêteurs examinent les facteurs liés à l'environnement et aux opérations de l'établissement. Ces facteurs comprendraient les politiques, les plans et les procédures ayant une incidence sur un milieu de travail sain et respectueux, tout examen du milieu de travail ou tout sondage auprès du personnel, les plaintes et les griefs déposés par les délinquants ou tout autre signe avant-coureur de l'incident.

Au sujet des pratiques exemplaires concernant l'engagement auprès de l'entourage, le comité recommande :

17. que le SCC mène une étude de recherche sur un modèle qui intègre des améliorations récentes apportées aux politiques et aux pratiques du SCC concernant l'engagement auprès des familles de délinquants qui décèdent en établissement, dans le but d'établir des pratiques exemplaires dans ce domaine.

Références

- Ahmedani, B. K., Simon, G. E., Stewart, C., Beck, A., Waitzfelder, B. E., Rossom, R., ... Solberg L. I. (2014). Health Care Contacts in the Year Before Suicide Death. *Journal of General Internal Medicine*, 29(6), 870–877. <http://doi.org/10.1007/s11606-014-2767-3>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss, vol. I: Attachment*. Harmondsworth, England: Penguin, 1978.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss, vol. 2: Separation: Anxiety and Anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss, vol. 3: Loss: Sadness and Depression*. New York: Basic Books.
- CBC News. 2 guards charged with manslaughter in New Brunswick prisoner's death, January 3, 2018
- CBC News. Case of Dorchester prison guards charged in inmate's death adjourned until March, February 26, 2018
- Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (2016). *S'abstenir de faire du mal : Répondre à la crise liée aux médicaments d'ordonnance au Canada*. Ottawa : CCLAT
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (2017). *Médicaments d'ordonnance et opioïdes*. <http://www.ccsa.ca/Fra/topics/Prescription-Drugs/Pages/default.aspx>. Consulté le 13 décembre 2017.
- Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes (2017). *Rapport national: Décès apparemment liés à la consommation d'opioïde (janvier 2016 à juin 2017)*. Publié en ligne. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/deces-apparemment-lies-consommation-opioides-rapport-2016-2017-decembre.html?utm_source=Cyberimpact&utm_medium=email&utm_campaign=ACTUALITES-JANVIER-2018. Consulté le 11 janvier 2018.
- CRAN (2017). *Naloxone*. <http://www.cran.qc.ca/fr/nos-services-cliniques/traitements/naloxone>. Consulté le 13 décembre 2017.
- De Venter M, Demyttenaere K, Bruffaerts R. [The relationship between adverse childhood experiences and mental health in adulthood. A systematic literature review]. *Tijdschr Psychiatr*. 2013;55(4):259-68. Review.
- Duthé G, Hazard A, Kensey A, Shon JL Suicide among male prisoners in France: a prospective population-based study. *Forensic Sci Int*. 2013 Dec 10;233(1-3):273-7.

- Fazel, S., Grann, M., Kling, B. et al. Prison suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003-2007, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (2011) 46: 191. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0184-4>.
- Fazel S, Ramesh T, Hawton K. Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors. *Lancet Psychiatry*. 2017 Dec;4(12):946-952.
- Felitti V.J., Anda R.F., Nordenberg D., Williamson D.F., Spitz A.M., Edwards V., Koss M.P., Marks J.S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 4, 245-258
- Haglund A, Lindh ÅU, Lysell H, Renberg ES, Jokinen J, Waern M, Runeson B. Interpersonal violence and the prediction of short-term risk of repeat suicide attempt. *Sci Rep*. 2016 Nov 14;6:36892.
- Institut canadien de l'information sur la santé (2017). Opioides au Canada. <https://www.cihi.ca/fr/opioides-au-Canada>. Consulté le 11 décembre 2017.
- International Committee of the Red Cross. *Guidelines for Investigating Deaths in Custody*, 2013.
- Jonson-Reid, M., Kohl, P. L., & Drake, B. (2012). Child and Adult Outcomes of Chronic Child Maltreatment. *Pediatrics*, 129(5), 839–845. <http://doi.org/10.1542/peds.2011-2529>.
- Jordan JT, Samuelson KW. Predicting Suicide Intent: The Roles of Experiencing or Committing Violent Acts. *Suicide Life Threat Behav*. 2016 Jun;46(3):293-300.
- Lutz PE, Mechawar N & Turecki G. Neuropathology of suicide: recent findings and future directions. *Mol Psychiatry*. 2017 Oct;22(10):1395-1412. doi: 10.1038/mp.2017.141. Epub 2017 Jul 11. Review.
- MacIsaac MB, Bugeja L, Weiland T, Dwyer J, Selvakumar K & Jelinek GA. Prevalence and Characteristics of Interpersonal Violence in People Dying From Suicide in Victoria, Australia. *Asia Pac J Public Health*. 2017 Nov 1:1010539517743615.
- Martin, M. S., Dorken, S. K., Colman, I., McKenzie, K., & Simpson, A. I. F. (2014). The Incidence and Prediction of Self-Injury Among Sentenced Prisoners. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 59(5), 259–267.
- Moberg T, Stenbacka M, Jönsson EG, Nordström P, Asberg M, Jokinen J. Risk factors for adult interpersonal violence in suicide attempters. *BMC Psychiatry*. 2014 Jul 7;14:195.
- National Commission on Correctional Health Care (2017). *Naloxone in Correctional Facilities for the Prevention of Opioid Overdose Deaths*. <https://www.ncchc.org/naloxone-for-the-prevention-of-opioid-overdose-deaths>. Consulté le 15 décembre 2017.

- Office of the Correctional Investigator (2016). Annual Report 2015-2016. Ottawa : Enquêteur correctionnel.
- Office of the Correctional Investigator. An Investigation into the Preventable Death of Matthew Ryan Hines, Ottawa, 2017.
- Office of the Correctional Investigator. In the Dark: An Investigation of Death in Custody Information Sharing and Disclosure Practices in Federal Corrections, 2016.
- Organisation mondiale de la santé (2014). Informations sur l'overdose d'opioïdes. http://www.who.int/substance_abuse/information-sheet/fr/. Consulté le 13 décembre 2017.
- Plourde, C., & Brochu, S. (2002). Drugs in prison: A break in the pathway. *Substance Use and Misuse*, 37(1), 47-63.
- Plourde, C., Brochu, S., Gendron, A., & Brunelle, N. (2012). Pathways of substance use among female and male inmates in Canadian federal settings. *The Prison Journal*, 92(4), 506-524.
- Pratt, D., Tarrier, N., Dunn, G., Awenat, Y., Shaw, J., Ulph, F., & Gooding, P. (2015). Cognitive Behavioural Suicide Prevention for Male Prisoners: A pilot randomised controlled trial. *Psychological Medicine*, 45(16), 3441-3451. <http://doi.org/10.1017/S0033291715001348>
- Prendergast, M. L., Podus, D., Chang, E., & Uruda, D. (2002). The effectiveness of drug abuse treatment: A meta-analysis of comparison group studies. *Drug and Alcohol Dependence*, 67(1), 53-72.
- Public Safety Canada. 2016 Corrections and Conditional Release Statistical Overview.
- Sachs-Ericsson NJ, Rushing NC, Stanley IH, Sheffler J. (2016). In my end is my beginning: developmental trajectories of adverse childhood experiences to late-life suicide. *Aging Ment Health*. 2016;20(2):139-65.
- Santé Canada (2017a). Surdosage d'opioïdes. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/toxicomanie/abus-medicaments-ordonnance/opioides/surdose.html>. Consulté le 11 décembre 2017.
- Santé Canada (2017b). Rapport national : Décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes (décembre 2017). <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/deces-apparemment-lies-consommation-opioides-rapport-2016-2017-decembre.html>. Consulté le 23 février 2018.
- Santé Canada (2017c). Questions et réponses naloxone. <http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/pdl-ord/pdl-ldo-qa-naloxone-qr-fra.php>. Consulté le 14 décembre 2017.

- Santé Montréal (2017). Surdose (ou overdose) d'opioïdes. Santé publique, Québec.
<https://www.santemontreal.qc.ca/population/sante-de-a-a-z/surdose-ou-overdose-dopioïdes/> Consulté le 13 décembre 2017.
- Séguin, M., Chawky, N. (2017). Comment le cumul de facteurs de risque influence-t-il les différentes trajectoires de vie des personnes suicidaires? *Psychologie*, 34,7, 28-30.
- Service correctionnel du Canada (2013). Descriptions des programmes nationaux. Ottawa : Service correctionnel du Canada, Division des programmes de réinsertion sociale.
- Service correctionnel du Canada (2015a). Les directives médicales d'urgence – Guide de l'utilisateur. Direction des services cliniques. Secteur des services de santé. Ottawa : Service correctionnel du Canada.
- Service correctionnel du Canada (2015b). Lignes directrices spécifiques pour le traitement de la dépendance aux opiacés (Méthadone/Suboxone). Ottawa : Service correctionnel du Canada.
- Service correctionnel du Canada (2016). Protocol : Response by Non-Health Services Staff to known or suspected opioid overdose medical emergency, when non nursing staff is accessible, using Narcan nasal spray (Naloxone hydrochloride). Ottawa : Service correctionnel du Canada.
- Service correctionnel du Canada (2017). Rapport annuel sur les décès en établissement 2015-2016. Rapport SR 17-02. Ottawa : Service correctionnel du Canada.
- Sordo, L., Barrio, G., Bravo, M. J., Indave, B. I., Degenhardt, L., Wiessing, L., Ferri, M., Pastor-Barriuso, R. (2017). Mortality risk during and after opioid substitution treatment: systematic review and meta-analysis of cohort studies. *British Medical Journal*, 357; j1550.
- Statistics Canada. Homicide in Canada 2016.
- Stefansson, J., Nordström, P., Runeson, B., Åsberg, M., & Jokinen, J. (2015). Combining the Suicide Intent Scale and the Karolinska Interpersonal Violence Scale in suicide risk assessments. *BMC Psychiatry*, 15, 226. <http://doi.org/10.1186/s12888-015-0607-6>
- Tännler, C (2014). Les mesures de contrainte : approche juridique et philosophique. Collège Rousseau
https://www.unige.ch/collegetheologie/files/6914/4066/6872/Prixtheologie_2015_TANNLER_Charles.pdf
- Turecki G. Preventing suicide: where are we? *Lancet Psychiatry*. 2016 Jul;3(7):597-8. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30068-2. Epub 2016 Jun 8.
- Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *Lancet (London, England)*, 387(10024), 1227–1239. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2)

Turecki G, Meaney MJ. Effects of the Social Environment and Stress on Glucocorticoid Receptor Gene Methylation: A Systematic Review. *Biol Psychiatry*. 2016 Jan 15;79(2):87-96. doi: 10.1016/j.biopsych.2014.11.022. Epub 2014 Dec 13. Review. PubMed PMID: 25687413; PubMed Central PMCID: PMC4466091.

Tyler S. Kaster, Michael S. Martin and Alexander I. F. Simpson (2017). Preventing Prison Suicide With Life-Trajectory-Based Screening. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online* March, 45 (1) 92-98.

US Surgeon General (2016). *Facing Addiction in America: The Surgeon General's Report on Alcohol, Drugs, and Health*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration; Office of the Surgeon General (US). Washington (DC): US Department of Health and Human Services.

<https://addiction.surgeongeneral.gov/>

Wang, D. W. L., & Colucci, E. (2017). Should compulsory admission to hospital be part of suicide prevention strategies? *BJPsych Bulletin*, 41(3), 169–171.
<http://doi.org/10.1192/pb.bp.116.055699>

Weekes, J., De Moor, C. (2015). Drug overdose among federally incarcerated men offenders
Research in Brief. 15-03. Ottawa : CSC

ANNEXE I

Questions tirées du QIT

PA6. Pensez aux 12 mois précédant votre arrestation pour l'infraction ou les infractions à l'origine de votre peine actuelle. Quelle drogue avez-vous consommée le plus souvent (en choisir une)?

1. THC, marijuana ou haschisch
2. Opiacés (codéine, Tylenol^{MD} avec codéine : Tylenol 1, 2, 3, 4, Oxycontin^{MD}, Percodan^{MD}, Percocet^{MD}, Dilaudid^{MD}, Demerol^{MD}, morphine, fentanyl, oxycodone, hydromorphone)
3. Héroïne
4. Cocaïne
5. Crack
6. Ecstasy (MDMA)
7. Méthamphétamine ou méthamphétamine en cristaux
8. Stimulants (Ritalin^{MD}, Concerta^{MD}, Adderall^{MD}, Dexedrine^{MD})
9. Benzodiazépines (Rohypnol^{MD}, Valium^{MD}, Ativan^{MD})
10. Autres tranquillisants et sédatifs (GHB, barbituriques, Librium^{MD}, Xanax^{MD})
11. Méthadone de rue
12. Hallucinogènes (PCP, LSD, mescaline, salvia)
13. Inhalants (colle, gaz, aérosols)
14. Stéroïdes/substances destinées à augmenter le rendement
15. Méphédrone
16. Kétamine
17. Autre :

PD4. Pensez aux 12 mois précédant votre arrestation pour l'infraction ou les infractions à l'origine de votre peine actuelle. Parmi les médicaments prescrits suivants, duquel avez-vous abusé le plus souvent (en choisir un)?

1. THC, marijuana ou haschisch
2. Opiacés (codéine, Tylenol^{MD} avec codéine : Tylenol 1, 2, 3, 4, Oxycontin^{MD}, Percodan^{MD}, Percocet^{MD}, Dilaudid^{MD}, Demerol^{MD}, morphine, fentanyl, oxycodone, hydromorphone)
3. Stimulants (Ritalin^{MD}, Concerta^{MD}, Adderall^{MD}, Dexedrine^{MD})
4. Benzodiazépines (Rohypnol^{MD}, Valium^{MD}, Ativan^{MD})
5. Autres tranquillisants et sédatifs (GHB, barbituriques, Librium^{MD}, Xanax^{MD})
6. Méthadone
7. Autre :

ISU3. Quelles sortes de substances intoxicantes avez-vous consommées lorsque vous purgerez une peine d'incarcération?

1. Alcool
2. THC, marijuana ou haschisch
3. Opiacés (codéine, Tylenol^{MD} avec codéine : Tylenol 1, 2, 3, 4, Oxycontin^{MD}, Percodan^{MD}, Percocet^{MD}, Dilaudid^{MD}, Demerol^{MD}, morphine, fentanyl, oxycodone, hydromorphone)
4. Héroïne
5. Cocaïne
6. Crack
7. Ecstasy (MDMA)
8. Métamphétamine ou métamphétamine en cristaux
9. Stimulants (Ritalin^{MD}, Concerta^{MD}, Adderall^{MD}, Dexedrine^{MD})
10. Benzodiazépines (Rohypnol^{MD}, Valium^{MD}, Ativan^{MD})
11. Autres tranquillisants et sédatifs (GHB, barbituriques, Librium^{MD}, Xanax^{MD})
12. Méthadone de rue
13. Hallucinogènes (PCP, LSD, mescaline, salvia)
14. Inhalants (colle, gaz, aérosols)
15. Stéroïdes/substances destinées à augmenter le rendement
16. Méphédron
17. Kétamine
18. Autre :

PP18. Avez-vous déjà participé à un programme d'entretien à la méthadone?

1. Non

2. Oui

ANNEXE II

Sommaire des lignes directrices des enquêtes

Lignes directrices du CICR concernant la tenue d'enquêtes sur les décès : huit éléments à souligner	Politique du SCC
1. Tous les décès doivent faire l'objet d'une enquête rapide par un organisme indépendant et impartial, peu importe si les parents de la personne décédée l'ont demandée.	DC 041 – <i>Enquêtes sur les incidents</i> ; doivent faire l'objet d'une enquête – paragr. 22 (LSCMLC, art. 19(1)); indépendant et impartial – paragr. 28 et 29
2. Le principal objectif est le suivant : clarifier les circonstances entourant le décès. L'enquête peut aussi contribuer à : réduire les traumatismes et fournir un recours efficace pour le proche parent ; traduire en justice et punir les responsables et prévenir l'occurrence de décès en établissement.	Clarifier les circonstances – Ordre de convocation du commissaire DC 530 – <i>Décès d'un détenu : notifications et dispositions funéraires</i> DC 041 – <i>Enquêtes sur les incidents</i> , le paragr. 1 indique que les enquêtes « ont pour but de garantir la responsabilité, la responsabilisation et la transparence, ainsi que d'accroître la capacité du Service correctionnel du Canada (SCC) de contribuer à la sécurité du public, du personnel et des délinquants en veillant à ce que : a) le SCC prenne des mesures appropriées à la suite d'un incident; b) l'examen et l'analyse des rapports influencent les politiques et les pratiques organisationnelles, lorsqu'il y a lieu; c) les constatations principales provenant des rapports d'enquête soient communiquées afin d'éviter que des incidents semblables se reproduisent dans l'avenir. »
3. L'enquête doit être approfondie. Cela sous-entend qu'elle doit chercher à : obtenir et à préserver la preuve physique et documentaire associée au décès; déterminer des témoins possibles et à consigner leur déclaration; reconnaître la personne décédée; déterminer l'étendue de la participation de tous ceux qui ont joué un rôle dans le décès; établir la cause, la manière, le lieu et le moment du décès, ainsi que tout modèle ou toute pratique qui pourrait l'avoir causé; établir une distinction entre le décès naturel, le décès accidentel, le suicide et l'homicide.	DC 568 – 4 – <i>Protection des lieux de crime et conservation des preuves</i> Ordre de convocation du commissaire

4. La scène du décès devrait être considérée comme une scène de crime possible, particulièrement si le décès était inattendu.	DC 568 – 4 – <i>Protection des lieux de crime et conservation des preuves</i>
5. Une autopsie approfondie par un médecin hygiéniste formé est une nécessité – particulièrement lorsque le décès était inattendu.	DC 530 – <i>Décès d'un détenu : notifications et dispositions funéraires</i> , paragr. 4 iii, aviser le coroner
6. Le proche parent devrait être immédiatement informé au sujet du décès de son parent et tenu au courant des progrès et des conclusions de l'enquête.	DC 530 – <i>Décès d'un détenu : notifications et dispositions funéraires</i> , paragr. 4 et 8
7. Un certificat de décès complet devrait être délivré au proche parent le plus rapidement possible après le décès.	DC 530 – <i>Décès d'un détenu : notifications et dispositions funéraires</i> et articles 116 à 119 du <i>Règlement sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition</i>
8. Lorsque tous les examens post-mortem essentiels à l'enquête seront achevés, le corps devrait être retourné au proche parent d'une façon qui est pleinement respectueuse de la dignité de la personne décédée.	DC 530 – <i>Décès d'un détenu : notifications et dispositions funéraires</i> et articles 116 à 119 du <i>Règlement sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition</i>

ANNEXE III

Bref questionnaire de sondage

OBJET

Pratiques exemplaires concernant les enquêtes relatives à des incidents en milieu carcéral

Questions

1. a) Avez-vous des politiques et des pratiques liées à des enquêtes sur des incidents graves survenus en milieu carcéral, particulièrement des décès de causes non naturelles en établissement (suicide, surdose et meurtre) que vous considérez comme des « pratiques exemplaires » ?

b) Le cas échéant, quelles sont-elles ?
2. a) Avez-vous comparé vos politiques et vos pratiques avec celles d'autres administrations pour déterminer des pratiques exemplaires ?

b) Le cas échéant, quelles étaient les conclusions ?
3. a) Êtes-vous au courant de toute étude conçue pour déterminer les pratiques exemplaires concernant le processus d'enquête dans les établissements ?

b) Le cas échéant, pourriez-vous fournir les références ?

Nota

Veillez joindre les documents pertinents, au besoin, et fournir le nom et l'adresse de courriel d'une personne-ressource avec qui nous pourrions faire un suivi.

Nous vous remercions de votre collaboration.