

Rapport d'enquête

Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant les décès de

**Yan De Montigny
Yves Noël
Luc Leclerc
Tony Naud
François Bédard**

2020-00270

Me Karine Spénard

Table des matières

INTRODUCTION	4
IDENTIFICATION DES PERSONNES DÉCÉDÉES	5
CIRCONSTANCES DES DÉCÈS	5
I. M. Yan De Montigny	5
II. M. Tony Naud	5
III. M. Luc Leclerc	6
IV. M. Yves Noël	6
V. M. François Bédard	6
EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES	7
I. M. Yan De Montigny	7
II. M. Tony Naud	7
III. M. Luc Leclerc	7
IV. M. Yves Noël	7
V. M. François Bédard	7
ANALYSE	8
I. M. Yan De Montigny	8
Configuration des lieux et procédures	8
Évaluation de la santé mentale et du risque suicidaire	9
Séquence des événements du samedi 30 septembre et du dimanche 1 ^{er} octobre 2017	11
II. M. Tony Naud	13
III. M. Luc Leclerc	15
IV. M. Yves Noël	17
V. M. François Bédard	19
ÉLÉMENTS COMMUNS	21
I. Ressources d'aide disponibles	21
II. Évaluation du risque suicidaire à l'admission et par la suite	23
III. Les rondes de surveillance	25
IV. Formation du personnel des services correctionnels	28
V. Comités et groupes de travail	29

Mes constats	29
CONCLUSION	35
RECOMMANDATIONS	35
ANNEXE I - LA PROCÉDURE	38
ANNEXE II - LISTES DES PIÈCES	39
M. Yan de Montigny	39
M. Tony Naud	40
M. Luc Leclerc	41
M. Yves Noël	42
M. François Bédard	43

INTRODUCTION

Le sujet des suicides en centre de détention est une problématique qui a fait couler beaucoup d'encre au Québec, particulièrement au cours des dernières années, où l'on constate une hausse des suicides et des tentatives suicidaires dans les établissements de détention québécois.

Il y a ainsi eu quinze (15) décès par suicide à l'Établissement de détention de Montréal entre 2011 et 2021, dont deux en 2017-2018, deux en 2018-2019, trois en 2019-2020 et quatre en 2020-2021. Pour la même période, il y a également eu trente-deux (32) tentatives de suicide.

Quant à l'Établissement de détention de Sherbrooke, il y a eu plusieurs tentatives de suicide entre les années 2010 et 2020, soit soixante-sept (67), ainsi que cinq (5) décès par suicide.

Deux suicides ont eu lieu à l'Établissement de détention de Québec entre le 1^{er} octobre 2017 et mars 2021, ainsi que deux tentatives de suicide dans des cellules avec caméras dans le secteur de l'infirmierie de cet établissement.

Le 25 septembre 2020, la coroner en chef du Québec, M^e Pascale Descary, ordonnait en conséquence la tenue d'une enquête publique thématique sur les suicides en centre de détention. À noter que le 18 novembre 2020, cette ordonnance a été modifiée afin de réunir l'ensemble des dossiers visés. Durant cette enquête, plusieurs décès ont été examinés, soit le décès de M. Yan De Montigny, survenu à Québec le 1^{er} octobre 2017, le décès de M. Tony Naud, survenu à Montréal le 18 avril 2019, le décès de M. Luc Leclerc, survenu à Montréal le 2 octobre 2018, le décès de M. Yves Noël, survenu à Montréal le 12 septembre 2018 et le décès de M. François Bédard, survenu le 12 mai 2019 à Sherbrooke. J'ai été désignée afin de présider cette enquête et de faire la lumière sur les circonstances entourant ces décès, d'identifier les facteurs contributifs et de formuler, s'il y a lieu, des recommandations visant à préserver la vie humaine.

Avant d'analyser les circonstances de chacun des décès, j'estime essentiel de définir certains termes qui seront utilisés tout au long de mon rapport, comme ils sont propres au milieu carcéral et sont directement au cœur de l'enquête publique.

D'abord, un *dénombrement* est essentiellement un décompte fait de toutes les personnes incarcérées, visant à s'assurer que le nombre de personnes inscrit aux listes administratives correspond au nombre de personnes qui sont réellement dans les divers secteurs de détention.

Une *ronde de surveillance* consiste plutôt à vérifier l'état physique et psychologique des personnes incarcérées et un délai maximal d'une heure trente minutes (1 h 30 min) doit être respecté entre chacune, mais elles doivent être effectuées à intervalles irréguliers. Les agents des services correctionnels ont alors de s'assurer que la personne incarcérée est vivante, soit en observant un signe de vie, comme la respiration, ou en ayant un contact visuel avec elle.

L'*échelle d'évaluation du risque suicidaire* (EERS) est une étape de l'admission d'une personne incarcérée ou qui passe du statut de prévenu à celui de détenu. Cette évaluation réalisée par un agent des services correctionnels consiste à appliquer un questionnaire comportant neuf (9) éléments visant à dépister le risque suicidaire chez une personne incarcérée.

L'équipe d'intervention spécialisée (EIS) est constituée d'agents des services correctionnels formés en prévention du suicide. Les membres de cette équipe sont appelés à intervenir à la suite d'une tentative de suicide ou lorsqu'une personne incarcérée présente un risque suicidaire.

La grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire (GEDPAS) est un formulaire utilisé par les agents des services correctionnels membres de l'EIS. Ce formulaire est un outil utilisé pour approfondir l'évaluation du risque suicidaire et suggérer des mesures préventives.

IDENTIFICATION DES PERSONNES DÉCÉDÉES

M. Yan De Montigny, M. Tony Naud, M. Luc Leclerc, M. Yves Noël et M. François Bédard ont tous été identifiés visuellement par les agents des services correctionnels présents sur les lieux de leur décès.

CIRCONSTANCES DES DÉCÈS

I. M. Yan De Montigny

Le 1^{er} octobre 2017 vers 11 h 35, une agente des services correctionnels œuvrant à l'Établissement de détention de Québec trouve M. De Montigny couché sur le dos au sol de sa cellule, tout près de son lit. Elle croit d'abord qu'il en est tombé et demande de l'aide à des collègues afin de le relever.

À l'arrivée de ceux-ci, il est constaté que M. De Montigny est inanimé et qu'il a un morceau de tissu noué autour du cou. Un couteau Hoffman, soit un couteau de sauvetage disponible aux agents des services correctionnels en cas d'urgence, est utilisé pour couper le lien. Des manœuvres de réanimation sont immédiatement débutées et les ambulanciers arrivent sur place à 11 h 55, puis prennent la relève.

Cependant, ils constatent rapidement que les mâchoires de M. De Montigny sont rigides et qu'ils ne sont pas en mesure d'ouvrir les voies respiratoires. Ils cessent les manœuvres de réanimation.

Le décès de M. De Montigny est officiellement constaté à distance par un médecin à 13 h 2.

II. M. Tony Naud

Le 17 avril 2019 vers 12 h 51, un agent des services correctionnels œuvrant à l'Établissement de détention de Montréal trouve M. Naud pendu à l'aide d'une ceinture dans sa cellule. Un agent des services correctionnels parvient à couper le lien et des manœuvres de réanimation sont aussitôt débutées. Il est en arrêt cardiorespiratoire complet à l'arrivée des ambulanciers et un défibrillateur est alors utilisé, un choc lui est administré et il y a reprise de pouls. M. Naud est ensuite conduit à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

Un scan cérébral est réalisé et révèle des signes d'une privation d'oxygène au niveau cérébral. M. Naud a également une fracture du larynx ainsi qu'une dissection de la carotide.

Son état demeure précaire au cours des heures suivantes et son décès neurologique est officiellement constaté le 18 avril 2019 à 14 h 57.

III. M. Luc Leclerc

Le 2 octobre 2018 vers 16 h 45, un agent des services correctionnels œuvrant à l'Établissement de détention de Montréal s'occupe à la distribution des repas. Lorsqu'il arrive devant la cellule de M. Leclerc, il constate que la fenêtre est obstruée par une serviette et y tape légèrement pour obtenir une réaction, mais n'obtient pas de réponse. Il regarde alors par l'entrebâillement du passe-plat et aperçoit M. Leclerc pendu à l'aide d'un drap noué aux barreaux de l'étage supérieur des lits superposés.

Un agent des services correctionnels coupe le drap et des manœuvres de réanimation sont aussitôt débutées, mais demeurent vaines.

Son décès est officiellement constaté par un médecin à 17 h 39 sur les lieux.

IV. M. Yves Noël

Le 12 septembre 2018 vers 15 h 50, des personnes incarcérées à l'Établissement de détention de Montréal alertent les agents des services correctionnels en poste, ayant constaté que M. Noël est pendu dans sa cellule. Les agents des services correctionnels s'y rendent aussitôt et constatent effectivement que M. Noël est pendu avec un drap attaché à la fenêtre, les pieds dans le vide entre son lit et le mur. Il est décroché et des manœuvres de réanimation sont immédiatement débutées, puis poursuivies par les ambulanciers à leur arrivée, mais M. Noël demeure en asystolie.

Son décès est officiellement constaté à 18 h 40 par un médecin sur les lieux.

V. M. François Bédard

Le 12 mai 2019 vers 6 h 30, un agent des services correctionnels trouve M. Bédard pendu dans sa cellule de l'Établissement de détention de Sherbrooke à l'aide d'une rallonge électrique nouée au barreau supérieur d'un lit à deux étages. Le lien est immédiatement coupé et des manœuvres de réanimation débutées. M. Bédard est ensuite conduit à l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke par les ambulanciers.

Cependant, il ne reprend pas connaissance et son décès est officiellement constaté par un médecin à 8 h 43.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

I. M. Yan De Montigny

Un examen externe a été fait le 2 octobre 2017 à la morgue de Québec pour M. Yan De Montigny, lequel a notamment mis en évidence la présence d'un sillon de strangulation compatible avec le lien utilisé, soit une lanière de drap. Aucune autre lésion contributive au décès n'a été observée.

Des analyses toxicologiques ont été pratiquées au Centre de toxicologie de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). L'alcoolémie était négative et la présence d'un métabolite de clonazépam et de mirtazapine a été détectée. Aucune autre substance n'a été décelée.

II. M. Tony Naud

Comme les lésions qui ont entraîné le décès de M. Naud sont bien documentées dans son dossier médical de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, aucune expertise additionnelle n'a été ordonnée.

III. M. Luc Leclerc

Un examen externe a été fait le 3 octobre 2018 à la morgue de Montréal pour M. Leclerc, lequel a permis de constater la présence d'un sillon de pendaison compatible avec le drap utilisé. Aucune autre lésion contributive au décès n'a été observée.

Des analyses toxicologiques ont été pratiquées au Centre de toxicologie de l'INSPQ. L'alcoolémie était négative et la présence d'une concentration non toxique de venlafaxine a été détectée. Aucune autre substance n'a été décelée.

IV. M. Yves Noël

Un examen externe a été fait le 14 septembre 2018 à la morgue de Montréal. Il a mis en évidence la présence d'un sillon de pendaison compatible avec le drap utilisé par M. Noël. Aucune autre lésion contributive au décès n'a été observée.

Des analyses toxicologiques ont été pratiquées au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale (LSJML). L'alcoolémie était négative. La présence d'une concentration non toxique d'olanzapine a été détectée. Aucune autre substance n'a été décelée.

V. M. François Bédard

Une autopsie a été réalisée le 13 mai 2019 au LSJML. Dans son rapport, le pathologiste constate notamment la présence de pétéchies aux paupières supérieures et inférieures ainsi que la présence d'un sillon de pendaison, compatible avec la rallonge électrique utilisée par M. Bédard. Il note par ailleurs une infiltration sanguine des muscles sternocléidomastoïdiens

et des muscles thyroïdiens, des fractures hémorragiques des grandes cornes du cartilage thyroïdien, ainsi que des fractures hémorragiques des ligaments stylo-hyoïdiens. Aucune autre lésion contributive au décès n'a été observée.

Des analyses toxicologiques ont été pratiquées au LSJML. L'alcoolémie était négative. La présence d'acétaminophène, d'un métabolite de cannabis et d'un métabolite de cocaïne a été détectée dans l'urine. Aucune autre substance n'a été décelée.

ANALYSE

L'analyse des éléments ayant contribué aux décès de M. De Montigny, de M. Naud, de M. Leclerc, de M. Noël et de M. Bédard comporte plusieurs volets, dont les témoignages factuels, l'intervention du ministère de la Sécurité publique, l'intervention de M. Jean-Claude Bernheim, criminologue, l'intervention d'Alter Justice, les ressources disponibles, les procédures applicables en centre de détention quant aux rondes de surveillance, la communication entre les divers intervenants impliqués, l'évaluation du risque suicidaire en centre de détention, l'observation des personnes incarcérées après leur admission, l'accès aux informations contenues aux dossiers médicaux des personnes incarcérées ainsi que la formation des agents des services correctionnels.

Comme les faits sont différents pour chacun des décès susmentionnés, ils seront exposés distinctement pour chacune des personnes décédées, alors que les autres éléments seront analysés conjointement.

I. M. Yan De Montigny

Configuration des lieux et procédures

Le secteur de l'infirmerie de l'Établissement de détention de Québec comporte trente (30) cellules, disposées de chaque côté d'un corridor, dont quatre cellules de chaque côté sont munies de caméras. Il en résulte que les agents des services correctionnels qui sont en poste dans le secteur ont huit écrans à surveiller de façon continue.

Certaines cellules sont capitonnées et leurs murs sont recouverts de matériel caoutchouteux, lequel sert à amortir de possibles chocs. Les personnes qui y sont gardées n'ont pas leurs effets personnels avec elles, portant plutôt une jaquette d'hôpital faite de tissu très résistant, et de la literie anti-suicide leur est remise pour compléter le matelas anti-suicide placé dans les cellules. Même le papier hygiénique doit être demandé aux agents lorsque requis.

Les autres cellules sont des cellules régulières, mais selon l'évaluation qui est faite des personnes détenues à l'infirmerie, elles peuvent être converties en mode capitonné pour la nuit. Essentiellement, la vie durant le jour est la même que celle des autres personnes détenues, mais des conditions semblables aux conditions des cellules capitonnées sont mises en place pour la nuit. Les vêtements des personnes incarcérées sont alors placés à l'extérieur de la cellule et leur sont remis à 8 h le lendemain matin durant la semaine et à 10 h la fin de semaine.

Au cours de la fin de semaine, un agent des services correctionnels était en poste au secteur de l'infirmerie, lequel était accompagné d'un infirmier. Leur quart de travail était de

23 h à 11 h le lendemain matin. Leurs tâches étaient notamment de faire les dénombrements, les rondes de surveillance et de distribuer la médication. Selon le témoignage de l'infirmier qui était en fonction dans la nuit du 30 septembre au 1^{er} octobre 2017, si la personne incarcérée ne se voyait pas remettre de médication, l'agent des services correctionnels jetait tout de même un œil dans la cellule, mais n'en ouvrait pas la porte.

L'agent des services correctionnels qui était en poste devait en principe rester à la console et regarder les caméras de surveillance, mais devait circuler dans le secteur lorsque les dénombrements étaient effectués. Pendant ce temps, personne ne le remplaçait à la surveillance des caméras au moment des événements ayant coûté la vie à M. De Montigny.

Selon le témoignage de l'agent des services correctionnels qui était en poste du 30 septembre au 1^{er} octobre 2017, les rondes devaient être faites aux quarante-cinq (45) minutes. Durant la nuit, le personnel utilisait une lampe de poche pour regarder dans les cellules par le judas et la durée totale de chaque ronde était d'environ cinq à dix minutes. Quant aux caméras, le témoin a mentionné qu'il croyait que l'image était suffisamment claire la nuit.

Évaluation de la santé mentale et du risque suicidaire

Selon plusieurs évaluations psychiatriques, M. De Montigny souffrait entre autres d'un trouble de la personnalité antisociale avec risque de passage à l'acte de façon impulsive. Il mentionnait également avoir un syndrome de stress post-traumatique, mais cette information ne se retrouve pas à son dossier médical et n'a pu être contre-vérifiée. Il a été hospitalisé à plusieurs occasions, notamment pour des tentatives de suicide, et il a purgé plusieurs peines de détention dans des prisons provinciales et des pénitenciers fédéraux.

Il a été admis à l'Établissement de détention de Québec le 22 juin 2017 pour une détention préventive, dans l'attente de subir son procès. Le personnel de l'établissement de détention a noté à son dossier à l'admission qu'il n'avait jamais tenté de mettre fin à ses jours, mais qu'il y avait pensé à plusieurs reprises. M. De Montigny a indiqué qu'il se rendrait à l'infirmerie s'il n'allait pas bien et il a été envoyé dans un secteur régulier.

Le 11 août 2017, M. De Montigny a fait une tentative de suicide à l'Établissement de détention de Québec en se lacérant à l'avant-bras gauche et il a été transféré à l'hôpital. À son retour de l'hôpital, il a été placé seul dans une cellule de l'infirmerie du centre de détention sous la surveillance constante de caméras, conformément à la prescription médicale. Celle-ci prévoyait également le retrait d'objets dangereux de la cellule.

Des évaluations par un intervenant de l'équipe d'intervention spécialisée en prévention du suicide (« équipe EIS ») ont eu lieu le 15 août 2017, le 16 août 2017, le 29 août 2017 et le 4 septembre 2017. Cette dernière rencontre s'est tenue après que M. De Montigny a téléphoné à son avocat pour lui faire ses adieux. Il a alors tenu des propos de nature suicidaire. Au terme de cette rencontre, une recommandation a été émise pour que M. De Montigny soit maintenu en cellule capitonnée, malgré qu'il ait mentionné y passer beaucoup de temps et qu'il estimait que ce n'est pas ce qui lui redonnerait goût à la vie. Lors de l'audience, une personne incarcérée au même centre de détention a d'ailleurs témoigné que les personnes incarcérées se confiaient peu aux agents des services correctionnels sur leurs idées sombres par crainte d'être maintenues en cellule capitonnée.

D'autres rencontres avec des membres de l'équipe EIS ont eu lieu le 6 septembre 2017, le 12 septembre 2017, le 19 septembre 2017 après une demande de sa part formulée le 14 septembre 2017, ainsi que le 26 septembre 2017. L'évaluation de sa dangerosité concernant un passage à l'acte suicidaire (GEDPAS) réalisée lors de cette dernière rencontre a souligné que M. De Montigny avait des idées suicidaires quotidiennes, mais qu'il n'avait pas de préparatif en cours ce jour-là. Il était cependant indifférent relativement au fait d'être en vie. L'intervenant a recommandé la poursuite de la détention dans une cellule avec caméra pour une semaine supplémentaire, M. De Montigny présentant à son avis un danger grave à court terme. Il devait être revu vers le 3 octobre 2017 pour une réévaluation.

M. De Montigny a également été examiné par un psychiatre à l'hôpital le 21 septembre 2017. L'évaluation médicale a souligné qu'il avait des idées suicidaires chroniques avec risque de passage à l'acte impulsif. Par ailleurs, le psychiatre concluait que M. De Montigny ne présentait pas de dangerosité immédiate et qu'il mettait en échec toutes les interventions proposées.

M. De Montigny a vu le médecin du centre de détention le 27 septembre 2017 et ce dernier a noté qu'il était de mauvaise humeur, défaitiste et qu'il était difficile de le faire parler. La note ne comprend aucun élément sur des idées suicidaires, mais une demande de consultation avec un psychiatre spécialisé en syndrome de stress post-traumatique a toutefois été faite le même jour, M. De Montigny ne souhaitant pas poursuivre avec le psychiatre qu'il avait vu à l'hôpital le 21 septembre 2017.

Tout au long de son séjour à l'infirmerie, M. De Montigny a exprimé des idées dépressives et suicidaires au personnel infirmier. Son dossier fait notamment état d'un épisode d'automutilation à la fin août 2017 ainsi que d'une grève de la faim qu'il voulait commencer au début septembre 2017.

D'autre part, plusieurs demandes de rencontre ont été formulées par M. De Montigny au personnel de l'établissement de détention les 7, 8, 12, 25 et 26 septembre 2017, certaines sans motifs précis et d'autres exprimant simplement le besoin de parler. La dernière, datée du 29 septembre 2017, était adressée une chef d'unité et indiquait qu'il avait besoin de lui parler le plus rapidement possible. Comme le 29 septembre 2017 était un vendredi, ce mémo n'a pas été traité et la rencontre n'a pas eu lieu avant que M. De Montigny ne passe à l'acte.

En résumé, M. De Montigny a été placé en cellule en mode capitonné du 11 au 12 août 2017, en cellule régulière du 12 août 2017 au 30 août 2017, en mode capitonné du 30 août 2017 au 5 septembre 2017, puis en cellule avec caméra du 5 septembre 2017 au 1^{er} octobre 2017.

Il est également important de souligner que plusieurs échelles d'évaluation du risque suicidaire (EERS) étaient au dossier de M. De Montigny pour une période allant de décembre 2005 au 22 juin 2017. Ces grilles EERS comportaient des éléments parfois contradictoires sur les tentatives antérieures de M. De Montigny. À titre d'exemple, l'EERS du 5 janvier 2017 indiquait une tentative de suicide en 2009, alors qu'il était inscrit sur celle du 22 juin 2017 qu'il n'avait jamais fait de tentative, mais la case « la personne a déjà tenté de se suicider » était cochée « oui ».

Un cahier a été trouvé dans la cellule de M. De Montigny, comportant une note non datée et présumément écrite par ce dernier. La note parlait d'un homme apparemment décédé, de qui il était très proche et qu'il souhaitait le retrouver le plus tôt possible. Une vérification a

permis d'apprendre que cet homme était décédé à la fin juillet 2017. Une lettre d'adieu a également été trouvée dans la cellule, soulignant que M. De Montigny n'avait plus rien depuis la perte de cet homme et qu'il n'avait que l'espoir de le revoir.

M. De Montigny a mentionné de façon contemporaine à son décès à une autre personne incarcérée qu'il n'allait pas bien, que rien ne le rattachait à la vie et qu'il avait tout perdu. Il avait également souligné que ça ne valait plus la peine pour lui de se battre. Il semble que le thème du suicide soit revenu régulièrement au cours des dix à quatorze jours précédant le 1^{er} octobre 2017 et la personne à qui il s'est confié a tenté de le décourager, notamment au cours de la soirée du 30 septembre 2017, ce à quoi M. De Montigny a répondu qu'il ferait plus « qu'essayer de s'enlever la vie » et qu'il serait trop tard lorsqu'il serait trouvé. Cette personne n'a pas signalé la situation aux agents des services correctionnels.

M. De Montigny a également cessé de prendre sa médication au cours des journées précédant son décès et s'est mis à donner tous ses repas aux autres personnes incarcérées trois jours avant le 1^{er} octobre 2017. Il semble que les plateaux de repas sont distribués par des personnes incarcérées et qu'ils sont remis à travers une grille, à la suite de quoi la personne qui reçoit son repas peut en disposer selon sa volonté. Pendant ce temps, les agents des services correctionnels ne restent pas dans l'aire commune.

J'estime que l'arrêt des médicaments et le don de tous ses repas à une autre personne incarcérée constituaient des drapeaux rouges qui auraient pu alerter le personnel du secteur de l'infirmerie, comme il s'agissait d'un changement aux habitudes de M. De Montigny.

Séquence des événements du samedi 30 septembre et du dimanche 1^{er} octobre 2017

Le 1^{er} octobre 2017, le secteur de l'établissement où était détenu M. De Montigny avait un agent des services correctionnels en poste ainsi qu'un infirmier pour le quart de nuit, qui débutait à 23 h le 30 septembre 2017 et se terminait à 10 h 45 le 1^{er} octobre 2017. Ils se partageaient les tâches, dont les rondes ainsi que la surveillance des cellules munies de caméras, et se remplaçaient également pendant les repas.

L'agent des services correctionnels qui était en poste pendant cette période a témoigné que M. De Montigny semblait avoir de la difficulté à s'endormir. Le visionnement des caméras de surveillance a par ailleurs permis de constater que M. De Montigny était sur son lit à 23 h 18 le 30 septembre 2017 lorsque les lumières se sont éteintes. Il a déplacé son matelas près de la porte de sa cellule à 0 h 53, où il est resté jusqu'à 1 h 22, réinstallant ensuite son matelas sur la base du lit après avoir eu un échange avec un agent des services correctionnels. M. De Montigny portait alors des sous-vêtements ainsi qu'un chandail à manches courtes de couleur pâle. Il importe de préciser que l'agent des services correctionnels qui a témoigné au cours de l'audience n'a pas de souvenir d'avoir eu un échange avec M. De Montigny.

Les caméras montrent ensuite qu'il bougeait dans son lit, semblant avoir de la difficulté à trouver le sommeil, puis qu'il se mettait debout sur son évier à 3 h 18. À 5 h 15, M. De Montigny s'est relevé, a replacé ses draps, puis s'est recouché, situation qui s'est reproduite à 6 h 15.

On peut ensuite apercevoir M. De Montigny semblant se vêtir sous ses draps vers 8 h, ce qui semble avoir été effectivement le cas, comme il portait d'autres vêtements que ceux observés sur les caméras lorsqu'il a été trouvé. Cette situation est surprenante, considérant qu'en principe M. De Montigny n'avait pas ses vêtements avant l'ouverture de sa cellule à

10 h et qu'il n'en est pas sorti entre la soirée du 30 septembre 2017 et le 1^{er} octobre 2017 lorsqu'il a été trouvé sans vie. Il est difficile d'expliquer comment il se fait qu'il ait eu ses vêtements avec lui. D'autre part, il avait dans sa cellule des chaussures à lacets, ce qui s'explique aussi difficilement s'il était placé en mode capitonné, d'autant plus que celles-ci étaient en principe retirées aux personnes incarcérées dans le secteur de l'infirmierie.

À compter de 8 h 6, alors qu'il est assis sur son lit face à la caméra, on le voit retirer une bande de tissu d'un sac en papier brun placé près de son lit, la nouer autour de son cou, puis tirer sur le lien.

Il s'est levé de son lit à 8 h 8, mais s'y est réinstallé immédiatement. Il s'est relevé à nouveau à 8 h 9, mais est retombé sur le matelas, tout en tirant et serrant le lien autour de son cou. Il a ensuite perdu conscience puis est tombé complètement de son lit vers le sol à 8 h 12, ses pieds restant initialement sur le lit, mais glissant vers le sol à 8 h 14.

M. De Montigny n'a plus bougé par la suite et c'est à 11 h 42 qu'un membre du personnel est entré dans sa cellule. Personne d'autre n'est entré pendant cette période de plus de trois heures.

Il s'est donc écoulé environ huit (8) minutes pendant le début de son geste et le moment où il a cessé de bouger et ensuite trois heures et vingt-huit minutes (3 h 28 min) avant qu'il ne soit trouvé décédé, soit vers 11 h 42. Il faisait à ce moment jour et les images étaient claires sur les caméras. Je suis d'opinion que si les moniteurs avaient été regardés au moment du passage à l'acte, le décès de M. De Montigny aurait pu être évité.

L'horaire de fin de semaine à l'infirmierie était différent de celui de la semaine. En semaine, les personnes incarcérées dans ce secteur devaient aller déjeuner vers 7 h 30, après l'ouverture des cellules à 7 h, alors qu'elles pouvaient rester en cellule jusque vers 10 h ou 10 h 30 la fin de semaine. Cet élément a pu faire en sorte que les agents des services correctionnels ne se sont pas inquiétés en ne voyant pas sortir M. De Montigny. Cependant, l'absence complète de mouvement de sa part en cellule de 8 h 14 jusqu'à la découverte de son corps à 11 h 42 aurait dû alerter les agents responsables de la surveillance des caméras.

L'agent des services correctionnels qui était en poste au cours de cette nuit a affirmé qu'il avait pris son repas entre 7 h et 8 h le 1^{er} octobre 2017 et qu'il a été remplacé par une autre agente pendant cette période. À son retour de pause, la distribution des médicaments était en cours et il est allé rejoindre l'agente et l'infirmier qui le faisaient. Il a témoigné que les heures inscrites aux documents détenus par l'Établissement de détention de Québec ont pu varier et donc que la ronde de 8 h a peut-être été effectuée plus tard, considérant que la distribution de la médication avait préalablement été faite, et qu'elle s'était probablement terminée vers 8 h 45.

Cet agent a par ailleurs mentionné avoir vu M. De Montigny couché au sol à côté de son lit, mais que c'était une situation qui n'était pas inhabituelle. Il n'a cependant pas pu préciser à l'audience si M. De Montigny avait l'habitude de se coucher au sol. Lorsqu'il a quitté son poste vers 10 h 40, il y était toujours. Précisons que sur les feuilles de surveillance des cellules capitonnées qui m'ont été remises pour l'audience, je n'ai vu aucune mention que M. De Montigny se couchait au sol tout au long de son séjour à l'infirmierie.

J'ai demandé à l'agent des services correctionnels à l'audience s'il pouvait voir le visage de M. De Montigny et s'il avait observé une respiration au cours de ses rondes. Il m'a

mentionné qu'il pensait voir son visage et n'a pas su me répondre en ce qui concerne la respiration. Cet agent était en poste depuis environ quatorze (14) ans au moment des événements et était affecté au secteur de l'infirmier depuis avril 2017. Il avait donc à mon avis une vaste expérience en milieu correctionnel et était à tout le moins familier avec les procédures à l'infirmier.

L'agente des services correctionnels qui a remplacé l'agent en poste durant sa période de repas a indiqué qu'elle avait assisté l'infirmier dans sa distribution de médication, soit vers 7 h 30 ou 7 h 40, ce qu'a aussi confirmé l'infirmier en poste. Comme ce ne sont pas toutes les personnes incarcérées qui reçoivent des médicaments le matin, comme M. De Montigny, ce ne sont pas toutes les cellules qui sont visitées. Le matin du 1^{er} octobre 2017, il semble qu'elle et l'infirmier n'aient pas discuté de faire une ronde, comme elle était convaincue que l'infirmier aurait tout au moins un contact visuel avec chaque personne incarcérée. Ils ont terminé leur tâche vers 7 h 50 selon elle et elle a quitté son poste auprès de l'infirmier lorsque l'agent qu'elle remplaçait est revenu de sa pause.

Un document m'a été remis par l'établissement de détention concernant les activités des agents des services correctionnels. Ce document indique que des rondes avaient été effectuées toutes les demi-heures de 23 h le 30 septembre 2017 à 10 h 15 le 1^{er} octobre 2017 par l'agent en poste durant la nuit. Même si cet agent était en pause entre 7 h et 8 h le 1^{er} octobre 2017, il a coché que les rondes avaient été faites à ces heures sans vérifier auprès de son remplaçant si c'était bien le cas. Après avoir repris son poste, il a indiqué avoir effectué trois rondes supplémentaires, soit à 8 h 45, 9 h 30 et 10 h 15.

Les images captées par les caméras de surveillance contredisent cette version. Aucune de ces rondes n'a été effectuée aux heures inscrites. Elles ont plutôt été réalisées à 9 h 6, 9 h 46 et 10 h 22. De plus, celles-ci ont été complétées en une vingtaine de secondes pour l'ensemble des cellules sans que l'agent ne prenne le temps de porter attention à l'état physique ou psychologique des personnes incarcérées. Lors de la ronde de 9 h 6, l'agent a regardé pendant quatre (4) secondes à l'intérieur de la cellule de M. De Montigny et n'a pris aucune mesure pour s'assurer qu'il était en vie.

Soulignons finalement que le rapport d'enquête policière sur le décès de M. De Montigny a été soumis au Directeur des poursuites criminelles et pénales (DPCP) le 30 août 2018, lequel a décidé après étude de ne pas déposer d'accusations criminelles.

II. M. Tony Naud

M. Naud éprouvait des problèmes de santé mentale depuis le début de son adolescence. Il était victime d'intimidation et vivait d'importants problèmes d'adaptation. Il a fait une première tentative de suicide à l'âge de 12 ans. Trois autres tentatives ont eu lieu à l'âge adulte, soit à 25, 43 et 45 ans, dont la dernière tentative a eu lieu à l'Établissement de détention de Montréal par pendaison. En plus des tentatives de suicide, M. Naud procédait fréquemment à des gestes d'automutilation. Il a également éprouvé des problèmes de dépendance à l'alcool et aux drogues durant la majeure partie de sa vie adulte. Il a été condamné à purger quatre (4) peines de pénitencier en plus de multiples peines au niveau provincial.

L'examen de son dossier a permis de constater que M. Naud avait fait l'objet d'une attention spéciale au pénitencier d'où il venait, en raison d'un épisode d'automutilation survenu le 2 mars 2019.

Il a été admis à l'Établissement de détention de Montréal le 15 avril 2019 vers 13 h 55, en provenance d'un pénitencier fédéral. Il y était pour subir une comparution le 16 août 2019 et devait retourner au pénitencier par la suite. À ce moment, il a mentionné avoir fait une tentative de suicide environ trois années auparavant, mais a nié avoir des idées suicidaires, admettant toutefois qu'il avait certaines idées dépressives.

L'agent des services correctionnels qui a procédé à son admission le 15 avril 2019 avait une vaste expérience de travail à l'Établissement de détention de Montréal et avait également une formation en criminologie ainsi qu'en toxicomanie. Il avait également travaillé auprès d'un organisme d'aide, soit une ligne d'écoute, comprenant un volet sur l'aide aux personnes suicidaires.

Il a eu une formation sur la prévention du risque suicidaire lorsque l'échelle d'évaluation du risque suicidaire a été mise en place, puis un rappel de cette formation lorsqu'il a obtenu son poste à l'admission, pour un total de huit (8) heures de formation en prévention du suicide. À son avis, la formation de quatre (4) heures est suffisante et il ne voit pas l'utilité d'en rajouter.

Un système de gestion informatisé est disponible au sein des établissements de détention provinciaux, lequel est nommé « DACOR » (Dossiers administratifs correctionnels). Je le détaillerai davantage dans la section « évaluation du risque suicidaire à l'admission » ci-bas, mais il importe de préciser que l'agent des services correctionnels à l'admission de M. Naud le 15 avril 2019 l'a consulté. Il a ensuite posé les neuf (9) questions de l'échelle d'évaluation du risque suicidaire, M. Naud a répondu qu'il avait déjà fait une tentative de suicide il y a trois (3) ans et qu'il éprouvait certains signes de désespoir, de dépression ou d'anxiété. M. Naud mentionnait par ailleurs ne pas être suicidaire. L'ensemble de la démarche d'admission a duré environ quinze (15) minutes.

Le besoin d'encadrement de M. Naud a été classé comme « élevé », ce qui est la procédure habituelle pour les transferts provenant de pénitenciers. M. Naud avait également mentionné craindre être en détention à l'Établissement de détention de Montréal et avoir besoin de protection. Il a conséquemment été dirigé vers une cellule de ce secteur qu'il partageait avec une autre personne incarcérée.

M. Naud est arrivé dans sa cellule dans l'après-midi du 15 avril 2019. Il a comparu au palais de justice de Laval le lendemain et a été ramené au centre de détention en fin de journée. Selon son voisin de cellule, il est revenu de la cour vers 20 h et ils ont brièvement discuté ensemble. M. Naud n'a pas tenu de propos suicidaires ou préoccupants et ils se sont couchés par la suite.

Le lendemain matin, M. Naud a pris son déjeuner entre 8 h 6 et 8 h 13, puis est retourné dans sa cellule et n'en est pas ressorti. La porte du secteur où il se trouvait était défectueuse cette journée, donc toutes les personnes incarcérées ont été placées en confinement. Le codétenu y était également en matinée, mais il dormait profondément et n'a pas eu connaissance des événements jusqu'à ce que les agents des services correctionnels procèdent à la distribution des repas vers 12 h 51. C'est à ce moment que M. Naud a été trouvé pendu à l'aide d'une ceinture portant une boucle artisanale, cousue à la main, laquelle permettait un resserrement sous l'effet de la pression exercée.

Le rapport journalier indique que des rondes ont été faites à 8 h, 9 h, 10 h 35 et 12 h 10 le matin du 17 avril 2019. Le visionnement des caméras a montré une tout autre réalité. À 9 h 6, l'agent des services correctionnels qui s'occupait de l'aile gauche vérifiait les portes des cellules, mais n'établissait aucun contact visuel avec les personnes incarcérées. De

plus, la dernière ronde effectuée selon les normes applicables avant la découverte du corps de M. Naud a été faite de 10 h 6 à 10 h 10. Les rondes subséquentes inscrites au rapport journalier ne correspondent ni en ce qui a trait aux heures ni en ce qui a trait aux agents qui les auraient effectuées. Plusieurs déplacements d'agents correctionnels ont eu lieu de 10 h 35 à 12 h 45, mais ceux-ci ne peuvent être raisonnablement qualifiés de rondes au sens des directives en place. Il s'est donc écoulé environ deux heures quarante et une minute (2 h 41 min) entre la dernière ronde et la découverte du corps de M. Naud.

Il semble que des réajustements liés aux tâches du personnel étaient en cours le 17 avril 2019 et que du retard avait été pris. De plus, une porte défectueuse donnant accès au secteur de détention a compliqué l'organisation du travail durant l'avant-midi. Malgré cette situation, les agents des services correctionnels tentaient de faire les rondes aux heures ou au plus aux quatre-vingt-dix (90) minutes, de façon irrégulière pour que les personnes incarcérées ne sachent pas précisément à quel moment elles seraient faites. La chef d'unité a témoigné ne pas avoir été avisée que les agents avaient eu de la difficulté à effectuer leurs rondes et elle avait également trouvé un agent des services correctionnels supplémentaire pour les assister.

Selon le témoignage d'un agent des services correctionnels, la réorganisation du travail et la porte défectueuse auraient engendré certaines difficultés rendant plus difficile le respect des rondes dans les temps demandés. Je note cependant qu'aucune explication satisfaisante n'a été donnée quant à l'inscription, dans le rapport journalier, de rondes qui n'ont jamais été réalisées.

III. M. Luc Leclerc

M. Leclerc avait de graves problèmes de santé depuis 2018, qui l'empêchait d'occuper son emploi habituel. Il était en effet atteint notamment de diabète, de dyslipidémie et éprouvait des difficultés respiratoires. Il a été hospitalisé en août 2018 et des examens ont alors révélé qu'il avait un cancer du côlon et possiblement une problématique aux poumons. M. Leclerc trouvait la situation très difficile, étant incapable de vaquer à ses activités habituelles avec sa famille et avait exprimé ne pas vouloir être un fardeau pour elle.

Le 27 septembre 2018, il a eu une consultation avec son chirurgien et une opération a été planifiée pour le mois de novembre. Cette chirurgie présentait des risques importants de complication pouvant entraîner son décès ou des séquelles permanentes.

M. Leclerc a été arrêté le 29 septembre 2018 pour une accusation très grave. Au cours de son interrogatoire, il a souligné être atteint d'un cancer et a également mentionné avoir une dette envers un prêteur sur gages et que pour régler cette dette, il avait accepté de commettre l'acte criminel dont il était accusé. Il n'a cependant pas indiqué avoir d'idées suicidaires ou dépressives.

Le lendemain en début d'après-midi, deux proches de M. Leclerc se sont rendus au poste de police. L'un d'entre eux a fait part aux policiers de son inquiétude relativement à l'état physique et psychologique de M. Leclerc. Ce proche parent a également ajouté que M. Naud avait déjà fait plusieurs tentatives de suicide par le passé et a demandé aux policiers de bien le surveiller. Ces informations n'ont cependant pas été consignées dans le registre « contrôle du détenu ». Par ailleurs, un peu plus tôt cette même journée, un policier chargé de la surveillance de M. Naud a indiqué dans ce registre qu'il refusait sa médication et qu'il désirait se laisser aller.

M. Leclerc a été transféré à l'Établissement de détention de Montréal le 1^{er} octobre en fin d'après-midi. L'agente qui a procédé à son admission a commencé à occuper son poste la semaine précédant le décès de M. Leclerc. Elle a suivi la formation initiale à l'École nationale de police du Québec en 2014, au cours de laquelle elle a pu bénéficier d'un module sur l'échelle d'évaluation du risque suicidaire, d'une durée d'environ une (1) journée. Elle était également membre de l'équipe d'intervention spécialisée (« EIS ») depuis 2016. Pour ce faire, elle avait suivi une autre formation, offerte par l'organisme Suicide Action Montréal, d'une durée de quatre (4) jours.

Cette agente a rencontré M. Leclerc et a rempli la grille d'évaluation du risque suicidaire avec lui en lui posant les neuf (9) questions incluses au formulaire « EERS ». M. Leclerc a répondu « non » à chacune des questions posées et l'agente a inscrit au bas du formulaire que M. Leclerc affirmait ne pas être suicidaire. Il lui a cependant mentionné qu'il était diabétique et qu'il avait des rendez-vous médicaux au cours des jours suivants. L'agente a alors communiqué avec l'infirmerie afin que M. Leclerc puisse avoir rapidement les services requis pour son état de santé, notamment l'insuline qui lui était nécessaire. À son avis, M. Leclerc n'était pas en détresse psychologique, étant plutôt serein et calme.

Un infirmier a ensuite récupéré son profil pharmacologique et rencontré M. Leclerc en soirée vers 20 h 50. Sa condition était alors considérée comme une urgence médicale, puisqu'il était essentiel qu'il reçoive son insuline. L'infirmier a pu constater qu'il prenait également un antidépresseur, mais cette situation n'était pas considérée comme une urgence à l'admission. Au terme de leur rencontre, l'infirmier n'était pas préoccupé par l'état psychologique de M. Leclerc, n'ayant détecté aucun signe de détresse. En effet, aucune note n'est au dossier de M. Leclerc relativement à sa condition psychologique, la note infirmière étant principalement axée sur la question du diabète et des traitements à venir pour le probable cancer.

L'agente qui a procédé à l'admission de M. Leclerc et à l'évaluation du risque suicidaire ne disposait pas des informations transmises verbalement aux policiers du Service de police de la Ville de Montréal par ses proches. De plus, elle n'avait aucun accès au registre « contrôle du détenu » pour la période de détention de M. Leclerc au poste de police. Ce registre contenait plusieurs informations pertinentes quant à l'évaluation du risque suicidaire.

Dans ce document, des notes soulignent à 9 h 11 le 30 septembre 2018 que M. Leclerc avait refusé ses médicaments et qu'il voulait se laisser aller, mais il semble les avoir acceptés plus tard. Il aurait certainement été intéressant pour l'agente à l'admission d'avoir pu prendre connaissance de ce document, qui aurait probablement levé un drapeau rouge quant à l'état de M. Leclerc, tout comme les informations relatées par sa famille, qui n'ont pas été transmises à l'Établissement de détention de Montréal.

Aucun risque suicidaire significatif n'a été remarqué à l'admission et aucune mesure préventive n'a été prise à l'endroit de M. Leclerc à ce sujet. En ce qui concerne le besoin d'encadrement sécuritaire, un classement « élevé » lui a été attribué tenant compte de la gravité des accusations portées contre lui. M. Leclerc a été incarcéré temporairement dans le secteur G, le 1^{er} octobre 2018 en début de soirée.

Le 2 octobre 2018, M. Leclerc a refusé de manger son déjeuner et a également refusé de prendre sa médication. Il a ensuite comparu vers 10 h 38 au Palais de justice de Montréal, puis a été ramené à l'Établissement de détention de Montréal.

Un agent des services correctionnels ayant témoigné à l'audience a mentionné que vers 15 h 20, M. Leclerc a pressé son bouton panique. Il s'est rendu le voir quelques minutes plus tard. Ils ont alors échangé et M. Leclerc souhaitait savoir quand il pourrait aller marcher à l'extérieur et connaître le moment où il aurait ses effets personnels. Les informations lui ont été données sur les effets et il lui a été confirmé qu'il pourrait aller marcher après les personnes incarcérées qui étaient déjà à l'extérieur. Il semble que M. Leclerc ait été calme et posé à ce moment, de la mémoire de l'agent, son rapport d'intervenant ne faisant pas mention de son comportement.

Des rondes de surveillance ont été faites en après-midi à 13 h 10 et 14 h 15, selon le rapport journalier qui m'a été fourni. Un dénombrement du secteur a ensuite été fait vers 15 h 45 et l'agent des services correctionnels se rappelle avoir eu un contact visuel avec M. Leclerc par la fenêtre de sa cellule.

Vers 16 h 45, les agents des services correctionnels qui faisaient la distribution des repas du soir ont constaté en arrivant devant la cellule de M. Leclerc qu'une serviette bloquait la fenêtre. Ils sont alors entrés, puis ont trouvé M. Leclerc pendu.

Il n'y avait pas de caméras de surveillance dans le secteur où était M. Leclerc, de telle sorte qu'il n'a pas été possible de confirmer les heures ou la façon dont les rondes et les dénombrements se sont effectués.

IV. M. Yves Noël

M. Noël éprouvait plusieurs problèmes de santé mentale. Il souffrait notamment d'anxiété, d'un trouble de l'usage de l'alcool, d'un trouble de l'usage de substances d'abus et a consulté un médecin à plusieurs reprises pour des idées suicidaires. Il avait également déjà fait des tentatives de suicide et avait une vie parsemée de périodes d'itinérance. M. Noël a purgé plusieurs peines d'incarcération provinciale avant son dernier séjour à l'Établissement de détention de Montréal et il était connu de cet établissement pour y avoir séjourné à plusieurs occasions.

Des notes infirmières de l'Établissement de détention de Montréal indiquaient que M. Noël avait eu des propos suicidaires en janvier 2017 et que des mesures avaient dû être prises pour sa protection, dont le port de vêtements sécuritaires au début février 2017. Il faisait l'objet de mesures particulières de surveillance jusqu'à sa libération le 1^{er} mars 2017 et une référence pour une consultation avec un médecin à l'externe lui a alors été remise, après avoir vu le médecin pour la dernière fois le 28 février 2017. M. Noël niait alors avoir des idées suicidaires.

À la suite de sa libération, il a été hospitalisé du 30 mars 2017 au 29 mai 2017 en raison d'une dépression psychotique, ainsi que du 9 septembre 2017 au 23 octobre 2017 pour la même raison.

Dans les mois précédant son décès, M. Noël s'est présenté à l'urgence le 26 janvier 2018 pour des idées suicidaires avec un plan de passage à l'acte. Il a alors été placé en garde préventive, puis hospitalisé jusqu'au 16 février 2018. Il a toutefois été ramené à l'hôpital dès le 20 février 2018, étant fortement intoxiqué et difficilement éveillable, puis a eu son congé le lendemain. Cependant, il a de nouveau été conduit en ambulance à l'urgence le 22 février 2018 pour une situation semblable, puis a eu son congé plus tard en journée.

Lors d'une hospitalisation subséquente du 23 mai 2018 au 9 juin 2018 pour une psychose toxique, M. Noël a mentionné vouloir se pendre, trouvant que sa vie était trop difficile, mais sans élaborer davantage sur son plan.

M. Noël a par la suite été réincarcéré à l'Établissement de détention de Montréal et une évaluation du risque suicidaire a alors été effectuée. M. Noël a répondu non à chacune des (9) questions du formulaire EERS et s'est déclaré non suicidaire. Il a ensuite été envoyé dans un secteur de protection comportementale à sa demande.

Le 28 août 2018, il a été senti à une peine de 82 jours de prison. Puisque son statut a changé de prévenu à détenu, il a été réévalué par un autre agent des services correctionnels cette même journée. En ce qui concerne le besoin d'encadrement sécuritaire, un classement « minimal » lui a été attribué. Une nouvelle évaluation EERS a également été réalisée avec l'obtention des mêmes réponses.

L'agent ignorait que M. Noël avait déjà fait deux tentatives de suicide par pendaison, ce qui se retrouve dans une grille d'évaluation de la dangerosité d'un passage à l'acte (« GEDPAS »). M. Noël avait à ce moment mentionné avoir fait deux tentatives de suicide par pendaison avant son incarcération et avoir eu une hospitalisation, au cours de laquelle il aurait eu des propos suicidaires avec le médecin. Il avait par ailleurs mentionné que son état de santé et sa détention lui faisaient penser au suicide et qu'il était impulsif de nature. Il a été évalué comme étant à risque élevé et est resté en garde à vue jusqu'à sa rencontre avec le psychiatre, qui devait avoir lieu le 27 janvier 2017. L'agent des services correctionnels qui a évalué M. Noël le 28 août 2018 a mentionné que s'il avait eu connaissance de ces informations, il aurait transmis le tout à son chef d'unité.

Cet agent a par ailleurs consulté le système DACOR, qui indiquait qu'il n'y avait pas de risque suicidaire ni d'antécédents suicidaires. L'information n'était d'autre part pas indiquée en ce qui concerne les tentatives de suicide.

Rien de préoccupant au sujet de M. Noël n'a été noté ni par le personnel ni par les autres personnes incarcérées au centre de détention dans les journées précédant son décès. Cependant, il semblait inhabituellement joyeux au cours de la journée du 12 septembre 2018, ce qui contrastait avec son tempérament habituel plutôt renfermé et solitaire.

Les caméras de surveillance du secteur ont montré que M. Noël était dans sa cellule vers 13 h 58 le 12 septembre 2018, après s'être rendu à la buanderie pour aller chercher des serviettes. Un agent des services correctionnels est ensuite passé au cours de la ronde de surveillance vers 14 h 1 et rien de particulier n'a alors été noté.

Vers 15 h 9, une personne incarcérée est passée devant la cellule de M. Noël et a jeté un bref regard à l'intérieur. Cette personne n'a pas eu de réaction particulière, donc il est permis de penser que M. Noël n'avait pas encore commis son geste.

Vers 15 h 50, des personnes incarcérées ont alerté les agents des services correctionnels en poste qui ont retrouvé M. Noël pendu à un drap attaché à la fenêtre de sa cellule.

Le secteur de protection de l'Établissement de détention de Montréal était le 12 septembre 2018 en double régime, c'est-à-dire que pendant une certaine période, la moitié des personnes incarcérées de ce secteur étaient confinées à leurs cellules verrouillées pendant que l'autre moitié circulait dans les aires communes. Après l'écoulement de la période allouée, soit un total environ trois heures trente minutes par jour séparées en deux blocs, les

rôles étaient inversés et les personnes incarcérées circulant retournaient à leurs cellules, alors que celles qui y étaient en sortaient. Les personnes qui y étaient détenues passaient donc environ vingt heures trente minutes (20 h 30 min) en cellule pendant une journée de double régime. Lors de telles journées, il est plus difficile d'avoir des heures de rondes aléatoires selon une chef d'unité.

Le 12 septembre 2018, il semble que la ronde 15 h n'a été faite que du côté pair de l'unité, mais les agents des services correctionnels n'ont pas été en mesure de m'expliquer pourquoi. M. Noël était pour sa part du côté impair et était dans sa cellule à ce moment, sa période de sortie ayant été le matin et la suivante devant être en soirée. La chef d'unité qui était en poste ce jour a cependant expliqué à l'audience que des agents des services correctionnels devaient aller chercher des personnes incarcérées du côté impair vers 15 h 15 pour qu'elles reçoivent leur médication. Elle a ajouté que les agents ne s'étaient pas rendus jusqu'au bout du secteur, mais que la cellule de M. Noël avait été regardée.

Les images captées par les caméras de surveillance confirment qu'il n'y a pas eu de ronde entre 15 h et 15 h 50, soit l'heure d'arrivée des premiers agents des services correctionnels sur les lieux. La seule personne qui a regardé à l'intérieur de la cellule de M. Noël était une autre personne incarcérée escortée par deux (2) agents à 15 h 9.

D'autre part, il est inscrit au rapport journalier qu'une ronde a été faite vers 15 h 45. Or, il s'agit du moment où les personnes incarcérées ont interpellé les agents des services correctionnels pour les aviser de la situation impliquant M. Noël. Il en résulte qu'il n'y a pas eu de ronde à ce moment non plus, compte tenu du branle-bas de combat qui s'en est ensuivi. Les caméras montrent pour leur part une agitation des personnes incarcérées vers 15 h 47, suivie de l'arrivée des agents des services correctionnels vers 15 h 50.

Un témoin a expliqué que l'heure indiquée pour les rondes était approximative et que son hypothèse était qu'il pouvait exister un décalage de temps entre l'heure préinscrite de la ronde et l'exécution de celle-ci, décalage causé par la distribution des repas. Il n'en reste pas moins que les rondes inscrites pour le quart de travail de soir le 12 septembre 2018 étaient à heures fixes et non à intervalles irréguliers, ce qui est contraire aux directives en place à l'établissement.

Il ne semble pas y avoir eu de rondes entre le moment où M. Noël a été trouvé vers 15 h 50 et 18 h le même soir. Les agents des services correctionnels étaient toujours présents dans le secteur, mais il aurait été plus prudent d'effectuer des rondes conformes aux directives en place. Ces rondes étaient d'autant plus nécessaires si l'on considère que certaines personnes incarcérées ont pu voir M. Noël pendu, ce qui pouvait amener un certain niveau d'anxiété.

V. M. François Bédard

M. Bédard éprouvait des problèmes de dépendance à l'alcool depuis le début de son adolescence, en grande partie reliés à des abus qu'il avait subis durant son enfance et son adolescence. À l'âge adulte, il a développé un trouble de dépendance aux substances d'abus. Il a fait deux tentatives de suicide, soit à 27 et 31 ans.

M. Bédard a été admis à l'Établissement de détention de Sherbrooke le 10 mai 2019 en soirée et il devait comparaître devant un juge le 13 mai 2019. Il était accusé d'avoir commis

une agression à l'endroit d'une personne suspectée des abus durant son enfance et son adolescence.

Lors de son interrogatoire par les policiers, il a dit avoir déjà eu des idées suicidaires, mais ne pas en avoir au moment de l'interrogatoire, tout en affirmant qu'il se craignait lui-même. Le visionnement de cet interrogatoire m'a permis de constater que M. Bédard semblait très sensible et troublé de ce qu'il avait vécu plus jeune, dont les souvenirs avaient remonté en bloc et l'avaient incité à commettre l'acte dont il était accusé. Il a même demandé au policier qui l'interrogeait de lui donner des références de bons professionnels pour l'aider à faire la paix avec son passé.

À son arrivée au centre de détention, il a rencontré un agent des services correctionnels vers 19 h 30, qui a rempli avec lui une échelle d'évaluation du risque suicidaire, à laquelle M. Bédard a répondu « non » à toutes les questions. À l'audience, l'agent des services correctionnels a mentionné qu'il posait généralement un peu plus de questions que ce qui était prévu au formulaire, afin de bien évaluer l'état mental de la personne devant lui. Il a également indiqué qu'il s'attendait à ce qu'une personne qui arrive en détention soit nerveuse, mais que rien de particulier ne l'avait marqué concernant M. Bédard. Il a souligné prendre le temps d'expliquer à quoi la personne incarcérée devait s'attendre et tenter de dédramatiser la situation pour soulager le stress de l'incarcération, ce que je trouve remarquable.

Cet agent avait aussi à ce moment en sa possession le formulaire « Demande d'assistance au directeur pour la détention d'une personne », lequel est transmis à un établissement de détention par les policiers si une personne est détenue avant sa comparution. Essentiellement, le document fait état des motifs d'arrestation ainsi que de l'état de santé de la personne prévenue, dont le risque suicidaire qu'elle présente.

Il a également indiqué qu'ils ne discutaient pas des détails du motif de l'incarcération, afin d'éviter, à titre d'exemple, qu'une personne fasse des aveux.

D'autre part, aucune information n'était disponible au système DACOR concernant M. Bédard, comme il s'agissait de sa première période de détention.

M. Bédard a ensuite été envoyé dans son secteur de détention, où il a fait connaissance avec son voisin de cellule. Ce dernier a rapporté que la conversation avait été très brève et que rien de particulier ne s'était produit au cours de la soirée.

Le lendemain, M. Bédard lui a rapidement expliqué la raison de sa détention, puis est sorti dans la cour extérieure pour marcher. Selon son partenaire de cellule, il était assez anxieux, avait l'air profondément malheureux et est principalement resté seul, mais n'a pas tenu de propos suicidaires. Le colocataire est allé dormir entre 22 h et 22 h 30 et M. Bédard était déjà au lit à ce moment. Il n'a rien entendu par la suite jusqu'à ce que les agents des services correctionnels entrent dans la cellule vers 6 h 30 le 12 mai 2019.

Les rondes de surveillance semblent avoir été faites conformément à celles qui étaient indiquées dans le livre de bord des agents des services correctionnels, soit à des heures précises et non à intervalles irréguliers, à plus ou moins quinze (15) minutes d'écart, ce que permet de confirmer le visionnement des caméras de sécurité. Un agent qui était présent la nuit du 12 mai 2019 a souligné que lors des rondes, ils dirigeaient le faisceau lumineux d'une lampe de poche vers les personnes incarcérées afin de vérifier si tout semblait normal. Dans le cas contraire ou si un élément leur semblait inhabituel, ils allaient réveiller les personnes

incarcérées. Le visionnement des caméras de sécurité a également permis de constater l'application de cette pratique durant la nuit du 12 mai 2019.

La dernière ronde de la nuit du 12 mai 2019 a ainsi été faite vers 5 h et M. Bédard était toujours en vie à ce moment. C'est lors de la ronde de 6 h 30 qu'un des agents des services correctionnels a découvert le corps de M. Bédard pendu par une rallonge électrique attachée au barreau supérieur d'un lit à deux étages.

La rallonge électrique qui a servi au geste de M. Bédard était permise, particulièrement au cours des périodes plus chaudes, pendant lesquelles les personnes incarcérées utilisaient des ventilateurs.

ÉLÉMENTS COMMUNS

Dans les cinq décès examinés au cours des journées d'audience, des drapeaux rouges étaient présents pour chacune des situations. Plusieurs signes alarmants ont été ignorés, ou encore oubliés ou simplement omis. À mon avis, plusieurs éléments auraient dû attirer l'attention du personnel des établissements de détention pour mettre en place des mesures appropriées.

I. Ressources d'aide disponibles

Un témoin ayant été présent lors de l'audience pour M. De Montigny a affirmé qu'il n'y avait pas de ressources extérieures disponibles à l'Établissement de détention de Québec, mis à part l'appel aux familles par les personnes incarcérées. Selon son témoignage, l'aumônier du centre de détention était une ressource d'aide appréciable lorsqu'il était disponible. Sa disponibilité était cependant souvent restreinte tenant compte du fait qu'il était le seul aumônier présent à l'établissement de détention.

En ce qui concerne les ressources disponibles à l'interne, l'équipe d'intervention spécialisée (« EIS ») peut être disponible en cas de besoin. Cependant, à l'époque des décès qui ont été examinés dans le cadre de la présente enquête publique, les personnes incarcérées n'étaient pas nécessairement avisées de l'existence de cette équipe, tel qu'en a témoigné un agent des services correctionnels au cours des audiences.

Des professionnels en relation d'aide, soit des travailleurs sociaux et des conseillers en milieu carcéral, sont également en poste dans les établissements de détention. Cependant, il semble que ces ressources ne soient pas disponibles la fin de semaine en raison de leur horaire de travail.

Plusieurs témoins ont également suggéré que la présence d'un psychologue et d'un psychiatre au sein de l'établissement pourrait être avantageuse pour accompagner les personnes incarcérées dans leurs difficultés, tout comme l'accès à une ressource externe en prévention du suicide. Un témoin, qui a déjà été incarcéré dans un centre de détention provincial, a souligné que les numéros de services d'aide à l'externe étaient peu accessibles, comme ils étaient inscrits sur des autocollants près des téléphones disponibles aux personnes incarcérées et que ces autocollants étaient très endommagés. Un autre témoin a simplement mentionné qu'à l'Établissement de détention de Montréal, des affiches étaient apposées près des téléphones avec le numéro d'une ligne d'aide ainsi que les informations

pour contacter le Protecteur du citoyen, mais qu'il n'y avait aucune de ces informations à l'Établissement de détention de Sherbrooke. Cependant, un chef d'unité de ce dernier endroit a indiqué que le numéro de SOS Suicide était peint au-dessus des téléphones.

À l'Établissement de détention de Montréal, le numéro de téléphone de Suicide Action Montréal est placé à divers endroits, dont près des téléphones. La Directrice des services professionnels de l'Établissement de détention de Montréal a également souligné qu'une brochure sur la prévention du suicide était remise depuis 2018 à tous les nouveaux arrivants.

L'agent des services correctionnels qui a fait l'admission de M. Bédard à l'Établissement de détention de Sherbrooke a mentionné que les personnes incarcérées étaient avisées de la disponibilité des agents si elles devaient ressentir une détresse psychologique. Questionné à ce sujet, un témoin, qui a déjà été incarcéré à cet endroit, a pour sa part mentionné que la procédure d'admission était plutôt expéditive et qu'il ne se rappelait pas d'avoir été informé des ressources disponibles en cas de détresse.

En octobre 2017, un médecin était présent à l'Établissement de détention de Québec une fois par semaine. Il devait voir lors de sa visite les personnes incarcérées dont le dossier lui était soumis par le personnel infirmier. Il avait pour ce faire accès aux dossiers médicaux conservés à l'établissement ainsi qu'au profil pharmacologique, mais pas aux dossiers des autres établissements de santé.

Aucun poste de psychologue n'existe encore en date de mars 2021 dans aucun des établissements à l'étude, soit l'Établissement de détention de Québec, l'Établissement de détention de Montréal et l'Établissement de détention de Sherbrooke.

Le médecin ayant témoigné au sujet de M. De Montigny a mentionné qu'il était souhaitable qu'il y ait des personnes formées, telles que des psychologues, qui pourraient créer une alliance avec les personnes incarcérées au fil du temps.

Un projet pilote a toutefois été mis en place à l'Établissement de détention de Québec en mai 2018, prévoyant l'embauche d'une psychiatre à raison de deux journées et demie par mois. Ce projet a toutefois été interrompu et l'Établissement de détention n'offre plus ce service. Selon certains témoins, la présence d'un psychiatre en établissement serait bénéfique à la santé mentale des personnes incarcérées autant en ce qui a trait à l'évaluation qu'au traitement.

Un aumônier est présent dans chaque établissement et demeure un support important aux personnes incarcérées, qui peuvent établir avec lui un lien de confiance. Sa présence est donc certainement très utile, mais les conversations qu'il tient avec les personnes incarcérées sont strictement confidentielles et ne peuvent donc être communiquées au personnel pour mettre des mesures de protection en place.

J'aimerais finalement souligner que l'aumônier est la personne qui annonce les décès aux familles lorsqu'ils surviennent dans des centres de détention. Lorsqu'une telle situation se produit, l'aumônier téléphone aux proches pour les informer. Cette procédure me semble inappropriée et dénuée d'empathie, particulièrement lorsque le décès résulte d'un suicide. En effet, l'aumônier, en sus de n'avoir aucun lien avec les familles, procède de façon téléphonique, ce qui est froid et certainement peu supportant pour les proches.

En comparaison, pour les personnes qui ne sont pas incarcérées et lorsque le décès survient en milieu hospitalier par exemple, un médecin annonce généralement le décès en

personne. Lorsqu'il se produit à domicile, des policiers se déplacent afin de rencontrer les proches à leur résidence pour l'annonce du décès et offrir un soutien. Ils ont même parfois recours à d'autres corps policiers lorsque les personnes à aviser sont domiciliées sur un autre territoire.

Je suis d'avis qu'il serait bienvenu de réviser la pratique relative aux annonces de décès, de façon à ce que les familles puissent recevoir un certain soutien en personne dans ces moments difficiles.

II. Évaluation du risque suicidaire à l'admission et par la suite

L'agent des services correctionnels qui est en poste lors de l'admission d'une personne incarcérée doit procéder à l'évaluation du risque suicidaire à l'aide d'une grille intitulée « échelle d'évaluation du risque suicidaire » (ci-après « EERS »), utilisée depuis 2008. La grille comporte neuf (9) questions, qui sont posées aux personnes qui arrivent au centre de détention. Il est donc essentiel, pour avoir une bonne image de la situation, que les personnes admises soient collaborantes et honnêtes dans leurs réponses, le risque suicidaire étant à ce moment strictement basé sur cette auto-déclaration. Il peut donc y avoir des divergences entre la réalité et ce qui est déclaré.

Un excellent exemple de cette situation est celui de M. De Montigny, pour laquelle deux grilles EERS comportaient des éléments différents sur les tentatives de suicide antérieures, et ce, à environ cinq (5) mois d'écart. Il m'apparaît essentiel que les informations provenant d'admissions antérieures soient disponibles aux agents des services correctionnels lorsqu'ils accueillent une personne incarcérée.

Environ soixante (60) à quatre-vingt (80) mille grilles EERS sont remplies annuellement dans les établissements de détention provinciaux.

L'Établissement de détention de Montréal a fait parvenir au personnel une note de service le 29 août 2019, rappelant que toutes les nouvelles personnes étant incarcérées à l'établissement, celles qui étaient de retour ainsi que les personnes incarcérées passant du statut de prévenu à celui de détenu devaient faire l'objet d'un dépistage EERS. Une autre note datée du 10 septembre 2019 indiquait que si une personne incarcérée répondait au moins un « oui » à l'une des neuf questions, le chef d'unité devait être avisé, ce qui ne semblait pas être le cas auparavant. En effet, l'un des agents des services correctionnels ayant témoigné à l'audience a affirmé qu'il transmettait l'information lorsqu'il y avait une réponse positive à trois questions ou plus, ou encore si les réponses et le langage non verbal de la personne incarcérée discordaient. Quant à l'Établissement de détention de Sherbrooke, le chef d'unité doit également être avisé lorsqu'une personne incarcérée répond « oui » à au moins une des questions.

Un autre rappel a été fait par la direction de cet établissement le 8 janvier 2020, à l'effet de compléter toutes les sections de la grille EERS et de valider tous les indices de vulnérabilité à la grille.

La grille EERS est remplie à l'arrivée au centre de détention de toute personne incarcérée. Ces personnes sont parfois détenues en attente de leur comparution devant un juge, qui peut avoir lieu quelques jours plus tard. La procédure actuellement en place au niveau de l'évaluation du risque suicidaire ne prévoit pas de nouvelle évaluation à la suite d'un

passage à la cour. Comme l'état de santé psychologique d'une personne peut être influencé par ce qui se passe à la cour, la procédure actuelle m'apparaît incomplète.

Il a aussi été avancé que l'évaluation du risque suicidaire faite à l'arrivée pourrait l'être à un moment distinct du classement, ce qui permettrait aux agents des services correctionnels d'avoir plus de temps pour procéder à l'évaluation selon la grille EERS.

Lorsqu'une personne incarcérée arrive d'un pénitencier fédéral, aucune information n'est disponible pour l'agent des services correctionnels qui procède à son admission, alors que les transferts provenant d'un établissement provincial sont faits avec le dossier papier de la personne. Il en résulte que ces transferts du fédéral peuvent parfois s'avérer plus problématiques, comme le personnel n'a aucun antécédent à sa disposition pour procéder à l'évaluation du risque suicidaire, outre les informations volontairement données par la personne incarcérée. Il pourrait dès lors être très utile d'avoir de la documentation faisant état des antécédents médicaux de la personne, comme dans le cas de M. Naud, qui s'était automutilié le 2 mars 2019.

Il en va de même lorsqu'une personne provient directement d'un poste de police. À titre d'exemple, le document « contrôle du détenu », rempli par les policiers pour M. Leclerc, n'a pas été transmis à l'établissement de détention. Les informations qui y étaient contenues, notamment la volonté de M. Leclerc de ne pas prendre sa médication et de « se laisser aller », étaient particulièrement préoccupantes. Je note également que les inquiétudes exprimées par des proches sur son état de santé mentale et ses tentatives de suicide antérieures n'ont pas été consignées. Il est permis de se demander si, dans la mesure où l'agent des services correctionnels ayant procédé à l'admission avait eu vent de ces éléments, le classement de M. Leclerc aurait été différent ou si des mesures de protection supplémentaires auraient été mises en place autour de lui.

Plusieurs informations pertinentes à l'évaluation du risque suicidaire se retrouvent dans les dossiers médicaux de l'établissement de détention, des hôpitaux et des cliniques. Ces informations sont strictement confidentielles et ne peuvent être partagées sauf si la vie d'une personne est menacée de façon imminente. Si une personne incarcérée a déjà consulté les services de santé en relation avec des pensées suicidaires ou des tentatives de suicide, les agents des services correctionnels n'y ont pas accès.

Les établissements de détention provinciaux bénéficient d'un système de renseignements à l'interne, nommé DACOR. Ce système contient des informations au sujet des personnes incarcérées, notamment leurs statuts, leurs sentences et leurs profils de détention, mais comporte également un onglet sur les antécédents médicaux des personnes. Il va de soi que seuls les dossiers des personnes qui y ont déjà séjourné sont documentés. Ainsi, le système DACOR n'est d'aucune utilité dans l'évaluation du risque suicidaire concernant une personne qui purge une première peine d'incarcération, mais qui a déjà fait l'objet d'évaluation médicale en santé mentale, comme dans le cas de M. Leclerc. Par ailleurs, il appert que le personnel infirmier n'a pas accès à ce système, ce qui pourrait certainement être pertinent.

Une note de service a été envoyée par l'Établissement de détention de Montréal à son personnel le 18 juin 2018 pour faire un rappel indiquant que la mise à jour des informations au système DACOR doit être faite après avoir rempli la grille d'évaluation du risque suicidaire afin que le système soit toujours à jour.

L'information accessible dans le système DACOR concernant les antécédents médicaux est très limitée et se résume à la présence de problèmes psychiatriques chez la personne incarcérée. En ce qui concerne l'évaluation du risque suicidaire, trois (3) cases sont prévues au registre qui indique par « oui » ou « non » si la personne incarcérée a déjà fait une tentative de suicide, si elle a des antécédents suicidaires et si elle doit être considérée à risque suicidaire. On n'y retrouve aucune information plus spécifique. De ce que j'ai compris, le système est plutôt archaïque, mais il est tout de même consulté pour parvenir à classer une personne dans un secteur qui lui convient. Cependant, si une grille d'évaluation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire (« GEDPAS ») a été remplie lors d'une détention antérieure, l'agent des services correctionnels ne peut la consulter, ni même savoir si une telle grille existe au dossier de la personne. L'agent des services correctionnels qui a évalué M. Naud se trouvait précisément dans cette situation le 15 avril 2019. Il n'avait pas accès à la GEDPAS complétée en mars 2019 à l'établissement de détention d'Amos et faisant état d'un acte d'automutilation survenu peu de temps auparavant. L'agent a affirmé de son propre aveu que ce document lui aurait été très utile.

D'autre part, M. Naud avait également déjà fait une tentative de suicide à l'Établissement de détention de Montréal en 2012 et l'agent des services correctionnels à l'admission n'avait pas non plus cette information à sa disposition, comme elle n'était pas documentée dans le système DACOR. Selon son témoignage, s'il avait pu en prendre connaissance, il aurait d'abord dirigé M. Naud vers l'infirmerie avant qu'il soit amené à son secteur de détention.

L'implantation progressive d'un autre système de renseignements a débuté en 2019 dans les établissements de détention, soit le porte-document électronique correctionnel (« PDEC »). Ce système permet maintenant la numérisation de documents et est accessible à tous les intervenants qui œuvrent auprès des personnes incarcérées. Ces intervenants bénéficient d'une autoformation en ligne, d'une équipe de support pour répondre à leurs questions ainsi que d'un répondant local. Cependant, à travers tous les témoignages que j'ai pu entendre, le système PDEC est encore méconnu parmi les employés des centres de détention et ne semble pas vraiment être utilisé par les agents des services correctionnels à l'admission.

III. Les rondes de surveillance

La direction des opérations de l'établissement de détention de Montréal a adopté en 1994 un document intitulé « Dénombrements, rondes et surveillance dynamique ». Ce document a été révisé la dernière fois le 15 mars 2018. Il prévoit que le rôle des agents des services correctionnels est notamment de s'assurer que les personnes incarcérées sont vivantes et en santé, en leur demandant par exemple de se lever, de se présenter à la porte de la cellule ou en posant toute autre action qui leur permettrait de remplir cette obligation. Lorsqu'ils effectuent une ronde de surveillance, ils doivent achever et signer lisiblement le rapport journalier.

Plusieurs témoins entendus ont en effet mentionné qu'ils devaient regarder lors des rondes de surveillance à l'intérieur de chaque cellule pour voir si les personnes incarcérées étaient en vie et si tout allait bien. Il s'agissait essentiellement selon eux d'avoir un contact visuel et d'observer un signe quelconque prouvant que la personne était en vie.

Une note de service datée du 1^{er} novembre 2017 a été acheminée au personnel œuvrant à l'infirmerie de l'Établissement de détention de Québec, précisant entre autres que les agents des services correctionnels doivent s'assurer de voir le visage des personnes incarcérées et les « surveiller de façon proactive », notamment en provoquant une réaction, comme leur

faire lever un bras, afin d'être certains qu'elles vont bien. Les personnes incarcérées doivent également être fouillées, ainsi que leurs cellules, avant d'être isolées pour la nuit afin qu'elles ne gardent pas avec elles d'effets personnels.

En ce qui concerne la surveillance par caméras, un poste a été créé le 20 octobre 2017 à l'Établissement de détention de Québec dans le secteur de l'infirmier. L'agent des services correctionnels occupant ce poste doit regarder les caméras durant tout son quart de travail. S'il doit s'absenter pour quelque raison que ce soit, il est immédiatement remplacé. Les agents des services correctionnels doivent également remplir des formulaires décrivant notamment la position des personnes incarcérées. Si l'une d'elles ne bouge pas pendant 30 à 60 minutes, un membre du personnel doit aller vérifier si la personne est en sécurité.

Pour ce même établissement de détention, un nouvel outil a aussi été mis à la disposition des agents des services correctionnels, soit un formulaire de surveillance accrue des personnes incarcérées à risque suicidaire. Des consignes ont également été données aux agents ainsi qu'aux personnes incarcérées pour qu'une collaboration s'installe, notamment les lumières qui sont allumées et éteintes rapidement pour attirer l'attention des personnes incarcérées, qui doivent montrer un signe de vie.

Selon les établissements et les secteurs, la durée entre les rondes peut varier. Les rondes sont à heures variables à certains endroits, alors qu'elles sont fixes à d'autres. Les agents des services correctionnels qui ont réalisé les rondes doivent apposer leurs initiales sur un registre, soit le rapport journalier. L'instruction locale « Dénombrements, rondes et surveillance dynamique » applicable à l'Établissement de détention de Montréal et mentionnée plus haut prévoit toutefois que les rondes doivent être effectuées à intervalles irréguliers.

Une note de service concernant les rondes de nuit a été acheminée le 30 janvier 2018 par l'Établissement de détention de Montréal aux agents des services correctionnels, leur rappelant que l'écart entre les rondes de surveillance doit être d'au plus quatre-vingt-dix (90) minutes et que les intervalles doivent être irréguliers. Une seconde note a été envoyée le 19 juillet 2019, rappelant les mêmes concepts.

Un autre document a été envoyé à tout le personnel le 21 août 2020, mentionnant que l'établissement vivait une recrudescence d'événements liés au suicide. En conséquence, il était demandé aux employés de porter une attention spéciale lors des rondes et des tournées et également d'accroître les communications avec la clientèle.

Des divers témoignages recueillis, il appert que les agents des services correctionnels n'apposent pas tous leurs initiales après les rondes. D'autre part, les heures sont parfois préindiquées sur le registre, comme pour la situation de M. Noël, de telle sorte que l'information peut ne pas être exacte si un imprévu amène le décalage des rondes. J'ai par ailleurs pu voir une superposition d'initiales sur l'un de ces registres, de telle sorte qu'il est impossible de savoir qui a fait la ronde de surveillance.

L'Établissement de détention de Montréal a depuis envoyé une note de service le 18 novembre 2019, rappelant aux agents des services correctionnels l'importance d'inscrire des initiales lisibles, permettant d'identifier qui a effectué la ronde de surveillance.

Les divers témoins entendus n'avaient pas tous la même interprétation en ce qui concerne les rondes de surveillance à l'Établissement de détention de Québec. Certains ont mentionné qu'à l'époque du décès de M. De Montigny, elles étaient effectuées aux trente

(30) minutes au secteur de l'infirmierie, alors que d'autres ont mentionné qu'elles étaient aux quarante-cinq (45) minutes. Quoiqu'il en soit, il appert que les rondes n'ont pas été complétées dans les temps demandés. D'autre part, il est évident que la présence d'un signe de vie n'a pas été observée, puisque M. De Montigny a été retrouvé plus de trois (3) heures après avoir posé son geste suicidaire. Je rappelle que trois rondes (3) ont été inscrites dans le registre d'activités des agents des services correctionnels après le geste suicidaire et avant la découverte de M. De Montigny.

Il m'appert que la surveillance exercée était défailante, malgré le fait que M. De Montigny était connu comme étant à risque suicidaire. Le délai entre son geste suicidaire et le moment où il a été trouvé était démesurément long compte tenu des directives déjà en place. De plus, la position dans laquelle M. De Montigny se trouvait durant ces trois (3) rondes et l'absence complète de mouvement aurait dû attirer l'attention de l'agent des services correctionnels. D'autre part, la crédibilité des informations reçues m'apparaît douteuse, considérant que les documents qui m'ont été remis quant aux rondes, les caméras de surveillance et le témoignage de l'agent des services correctionnels ne concordent pas.

En ce qui concerne M. Naud, la plupart des rondes inscrites au rapport journalier des agents des services correctionnels ne correspondent ni en ce qui a trait aux heures ni en ce qui a trait aux agents qui les auraient effectuées. Comme mentionné précédemment, plusieurs déplacements d'agents des services correctionnels dans les corridors ont été captés par les caméras de surveillance et les images indiquent une absence complète de contact visuel de la part de ces agents.

En ce qui concerne M. Noël, les rondes étaient faites à intervalles fixes et non à intervalles irréguliers, en sus d'avoir dépassé la période maximale prévue de quatre-vingt-dix (90) minutes suivant la dernière ronde.

Dans la situation de M. Bédard, les rondes de surveillance ont été effectuées dans les délais prescrits à la directive locale « Contrôle de la population », mais elles étaient faites à intervalles fixes à l'Établissement de détention de Sherbrooke. Depuis le décès de M. Bédard, la situation a été rectifiée par une note d'information datée du 11 février 2020 et elles sont maintenant réalisées à intervalles irréguliers, bien que le document modifié ne fasse état que du décalage de quinze (15) minutes. La situation ne me semble donc pas si différente.

De l'ensemble de ces éléments, il ressort qu'un rappel concernant les bonnes pratiques à suivre pour effectuer les rondes de surveillance au sein des établissements de détention s'impose. D'autre part, il serait souhaitable que ces pratiques soient uniformisées, notamment quant au caractère irrégulier des rondes. En effet, le fait que les rondes soient à heures fixes à certains endroits me préoccupe, comme les personnes incarcérées savent à l'avance le moment où les agents des services correctionnels passeront. Il s'agit d'un double risque à la sécurité à mon avis, soit pour la sécurité du personnel et pour celle des personnes incarcérées.

Finalement, il serait souhaitable qu'un retour des chefs d'unités soit fait auprès des agents des services correctionnels lorsqu'un événement significatif survient. Il est ressorti des témoignages que ce n'était pas le cas, donc même lors de constats de non-conformité pour les rondes de surveillance ou les dénombrements, aucune discussion ne semble prendre place avec les agents, qui ne peuvent donc ajuster leurs interventions en conséquence.

IV. Formation du personnel des services correctionnels

Les agents des services correctionnels ont une formation initiale de vingt (20) jours à l'École nationale de police du Québec (« ENPQ »), au cours de laquelle un bloc de six (6) heures est consacré à la prévention du suicide. Cette formation est en place depuis 2010 et les agents des services correctionnels qui ont été embauchés avant cette date n'ont donc pas reçu cette formation, ayant plutôt reçu une formation au sein de leur établissement d'attache.

Le séminaire de l'École nationale de police du Québec comporte un premier bloc de quatre (4) heures et couvre notamment la prévention de la santé mentale des intervenants, les assises légales, les assises administratives, la structure et les responsabilités en prévention du suicide, l'approche globale en cette matière, les facteurs de risque, le profil des personnes incarcérées décédées par suicide et une présentation de l'échelle d'évaluation du risque suicidaire ainsi que de la façon de remplir le formulaire. Le second bloc d'une durée de deux (2) heures survole le processus de crise suicidaire, les indices et les signes, le profil des personnes incarcérées décédées par suicide, l'équipe d'intervention spécialisée et la gestion du risque suicidaire, dont le dépistage avec la grille d'évaluation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire (« GEDPAS »), les mesures de sécurité à prendre, les interventions en cas de découverte d'une personne inanimée ou décédée, les outils de travail et finalement le programme d'aide au personnel.

À cette formation de six (6) heures s'ajoute un bloc de deux (2) heures de formation pratique, comprenant la simulation de la découverte d'une personne pendue.

Les agents des services correctionnels qui désirent s'intégrer à une équipe d'intervention spécialisée (« EIS ») doivent obligatoirement suivre une formation de quatre (4) jours. Ces agents doivent d'abord manifester leur intérêt au sein de leur établissement de détention avant de suivre la formation. L'outil principal qu'ils utilisent dans le cadre de leurs fonctions est une grille d'évaluation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire (« GEDPAS »), visant à leur permettre de bien comprendre une problématique et à évaluer adéquatement le risque suicidaire que présente une personne incarcérée. Le « GEDPAS » est généralement utilisé à la suite de propos suicidaires ou d'une tentative de suicide par une personne incarcérée. Celle-ci est alors rencontrée pour fins d'évaluation du risque suicidaire. Cette démarche vise, entre autres objectifs, à créer une certaine ambivalence relativement aux idées suicidaires et empêcher le passage à l'acte. L'agent évaluateur peut émettre des recommandations visant à assurer la sécurité de la personne incarcérée.

Quant aux chefs d'unité, ils reçoivent une formation d'environ quatre (4) heures sur l'évaluation du risque suicidaire. Ils ont notamment la responsabilité de revoir les rapports des agents de l'équipe d'intervention spécialisée et doivent prendre une décision relative aux personnes incarcérées sur la base de ceux-ci. Il est surprenant pour moi que les chefs d'unité ne reçoivent pas une formation plus poussée sur l'évaluation du risque suicidaire, considérant qu'ils portent le poids de la décision de confiner une personne incarcérée ou non. Leur formation devrait selon moi minimalement avoir la même durée et couvrir les mêmes notions que celles des membres de l'équipe EIS. Il a été souligné au cours de l'audience que ce n'était pas nécessaire, puisqu'ils n'avaient pas à intervenir directement auprès d'une personne incarcérée, mais je ne suis respectueusement pas du même avis.

En mars 2021, environ la moitié des chefs d'unité des établissements de détention provinciaux, soit un total de 140 ou 150, avaient été formés depuis la mise en place de la formation, soit vers 2018.

Il serait par ailleurs intéressant d'avoir des formations de rappels, permettant de revoir et de mettre à jour les connaissances du personnel en matière de prévention du suicide.

L'instruction provinciale sur la prévention du suicide, mise en vigueur en mai 2008, prévoit une mise à jour des compétences aux trois (3) ans, mais il semble que les établissements n'aient pas toujours la capacité financière de dispenser la formation de rappel, ce qui explique l'absence de suite à la formation initiale.

Par ailleurs, selon une représentante de l'Établissement de détention de Montréal, les agents des services correctionnels ont des formations obligatoires à suivre pendant qu'ils sont à l'emploi. J'ai demandé qu'on me transmette une liste de ces formations, mais après recherche, il semble qu'une liste formelle n'existe pas. Néanmoins, le ministère de la Sécurité publique m'a fourni une liste non exhaustive de certaines formations disponibles, liste qui ne comprenait aucune activité en prévention du suicide.

V. Comités et groupes de travail

Un programme provincial de prévention du suicide est aussi en place et piloté par un professionnel du ministère de la Sécurité publique, soit le responsable provincial de prévention du suicide. Ce dernier coordonne toutes les activités liées à la prévention, en étroite collaboration avec l'Association québécoise de prévention du suicide. Il a notamment pour mandat de réviser l'instruction provinciale, soit celle qui s'applique à tous les établissements, ainsi que d'organiser des formations pour les agents de l'équipe d'intervention spécialisée.

D'autre part, il a également un volet de responsabilité en lien avec le transfert des infirmeries de certains établissements de détention vers le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Un comité de prévention du suicide local est également en place dans les établissements de détention, duquel fait notamment partie la directrice des services professionnels. Ce comité tient des rencontres aux trois (3) mois et révisé les équipements en place, les procédures en vigueur et la formation des chefs d'unité et planifie aussi les journées de prévention du suicide.

Un comité provincial de prévention du suicide a aussi été mis en place et réunit tous les responsables locaux en prévention du suicide. Des rencontres ont lieu une fois par année et visent à partager les problèmes rencontrés en matière de prévention du suicide dans les divers établissements et à proposer des solutions à ceux-ci.

Le ministère de la Sécurité publique a également prévu, en 2021-2022, la sensibilisation d'intervenants externes au réseau carcéral, qui pourraient apporter du support aux membres des équipes d'intervention spécialisée une fois par semaine. Une décision du Secrétariat du Conseil du trésor pour l'octroi du budget était toujours attendue en mars 2021.

Mes constats

Il faut avoir en tête que lorsque des personnes sont incarcérées, donc détenues par l'État dans un milieu fermé contre leur gré, il doit nécessairement y avoir des mesures en place

autour d'elles pour assurer leur sécurité. Cette responsabilité incombe à l'État, considérant que les personnes détenues sont placées dans des conditions de vie peu faciles, et cela, de toute évidence contre leur volonté. D'autre part, plusieurs des personnes incarcérées ont des conditions de santé mentale préexistantes.

Ces mesures doivent être édictées par le ministère de la Sécurité publique de façon à assurer une certaine homogénéité. Les différents établissements de détention sont ensuite chargés de leur application et doivent s'assurer que ces mesures deviennent une forme de filet de sécurité apte à identifier les personnes à risque suicidaire et à leur venir en aide.

Je suis d'opinion que les personnes incarcérées deviennent du simple fait de leur détention des personnes vulnérables, dont il faut assurer la protection. Elles se retrouvent en effet privées de leur liberté et doivent porter le poids de la raison de leur privation de liberté, peu importe l'accusation criminelle à l'origine de leur incarcération. Les conditions de vie et de cohabitation en milieu de détention sont fort probablement très différentes de celles que les personnes incarcérées avaient dans leur vie de citoyen et ces dernières sont souvent confrontées à une réalité qui est toute autre que celle en place dans la société. Les personnes incarcérées doivent par ailleurs parfois cohabiter avec d'autres personnes qui peuvent avoir des difficultés comportementales ainsi que des problèmes de santé mentale. Elles perdent parfois le contact avec leurs proches, leur source de revenus, leurs activités de loisir et se retrouvent confinées dans des espaces étroits et dont la salubrité peut laisser à désirer, tout en devant les partager avec des inconnus.

Il ne peut qu'en résulter des changements au niveau psychologique, ne serait-ce que par l'adaptation au milieu qui est requise. Il devient donc encore plus important d'effectuer un suivi de la condition de santé mentale des personnes incarcérées tout au long de leur détention. Il est par ailleurs vraisemblable que les symptômes de détresse déjà éprouvés par les personnes incarcérées soient intensifiés par la détention, alors que de nouveaux symptômes peuvent être engendrés lors de l'admission.

Un expert en criminologie ayant témoigné à l'audience a souligné le difficile équilibre que devaient avoir les agents des services correctionnels entre la sécurité qu'ils doivent assurer et la relation d'aide qu'on leur demande d'établir avec les personnes incarcérées. En effet, le lien de confiance est possiblement plus difficile à établir avec des agents des services correctionnels, qui représentent du seul fait de leur fonction l'autorité qui les a privées de leur liberté. Ces agents sont également les représentants d'un pouvoir strict, qui dicte l'heure des repas, des sorties à l'extérieur, du coucher ainsi que les comportements qui sont acceptés et ceux qui mènent à la discipline. Il est probable que les personnes incarcérées soient en conséquence moins enclines à se confier à une telle autorité.

À titre d'exemple, un témoin qui était dans le même secteur que M. De Montigny a mentionné que les personnes incarcérées qui exprimaient ne pas bien aller, même sans avoir d'idées suicidaires, étaient placées assez régulièrement par les agents des services correctionnels dans une cellule capitonnée, privées de tout effet personnel et de contact. Cette mesure avait parfois comme conséquence de fragiliser le lien de confiance envers le personnel.

D'autre part, les agents de soins de santé, en poste dans les établissements de détention et devant prodiguer les soins aux personnes incarcérées, portent en général le même uniforme que les agents des services correctionnels, étant également employés par le ministère de la Sécurité publique. Il en résulte qu'il pourrait être ardu pour les personnes incarcérées de faire la distinction entre les deux types d'employés.

Ce même expert a proposé plusieurs pistes de solution afin de mieux prévenir les suicides en établissement de détention. Il a suggéré d'adopter les éléments clés du rapport de l'Organisation mondiale de la santé sur la prévention du suicide dans les établissements correctionnels, publié en 2007. Ce rapport recommandait notamment l'utilisation de professionnels à l'admission, lorsque les ressources le permettent, afin de mieux évaluer l'état physique et mental des personnes incarcérées. Le témoin expert suggérait également de procéder à des rondes plus fréquentes que celles présentement appliquées dans les établissements de détention, particulièrement la nuit.

La plupart des données statistiques de cet expert n'étaient pas contemporaines à l'audience, datant de nombreuses années auparavant, de telle sorte que leur valeur probante est limitée. Cependant, des pistes de solutions intéressantes peuvent tout de même en être dégagées.

Les rondes de surveillance, dans la mesure où elles sont faites selon les règles de l'art, peuvent contribuer activement à la prévention du suicide. Plusieurs notes de service ont été transmises par les établissements de détention à leur personnel à ce sujet, mais les notes de service ont une valeur au mieux relative, comme il ne peut être pris pour acquis que tous les membres du personnel leur donnent toute l'attention requise. Il faut donc insister par d'autres moyens, afin de bien cristalliser l'importance d'effectuer des rondes de surveillance satisfaisant les critères nécessaires pour prévenir un acte suicidaire et protéger la vie humaine.

Le formulaire « Demande d'assistance au directeur pour la détention d'une personne » peut contenir plusieurs informations utiles à la prévention du geste suicidaire. Ce document est transmis à un établissement de détention par les policiers lorsqu'une personne est détenue avant sa comparution. Selon un représentant du ministère de la Sécurité publique, ce document est parfois incomplet et peu utilisé par les agents des services correctionnels affectés à l'admission à l'établissement de détention. Il serait souhaitable que les différents corps policiers et les établissements de détention communiquent plus efficacement de façon à ce que l'information concernant le risque suicidaire soit correctement relayée et traitée. La même approche doit également s'appliquer lorsque les policiers qui détiennent la personne après son arrestation la transfèrent directement au palais de justice pour sa comparution.

J'ai également noté de nombreuses lacunes au niveau du partage d'information sur le risque suicidaire entre les établissements de détention à la suite du transfert d'une personne incarcérée. Ce manque de communication a été observé pour plusieurs établissements de détention provinciaux de même que pour un pénitencier et a conduit à une sous-évaluation du risque suicidaire.

De l'opinion d'une représentante d'un établissement carcéral, les agents des services correctionnels ne consultent pas tous le porte-document électronique correctionnel (« PDEC »), particulièrement l'onglet qui comporte les renseignements relatifs à l'état de santé de la personne incarcérée. Ce système est méconnu et les mesures mises en place par les autorités carcérales pour le faire connaître du personnel ne suffisent vraisemblablement pas. Les notes de service qui ont été envoyées n'atteignant pas l'objectif fixé, il faut passer à une autre étape. Un témoin a mentionné que des rencontres d'équipes pourraient être mises en place et je ne peux qu'encourager cette initiative, ce système permettant aux agents des services correctionnels d'avoir un peu plus d'informations sur les personnes incarcérées.

Il importe de souligner que les membres EIS qui font l'évaluation des personnes incarcérées ne sont pas toujours les mêmes, ce qui peut selon moi rendre la création d'un lien plus difficile, les intervenants se succédant. Il pourrait être intéressant qu'un membre EIS qui débute une démarche soit celui qui accompagne la personne incarcérée pour l'ensemble de la période pendant laquelle les services sont requis. Cette piste de solution a été envisagée en octobre 2017, mais n'avait toujours pas été mise en place dans les établissements de détention au moment de l'audience.

Par ailleurs, les membres de l'équipe EIS sont des agents des services correctionnels affectés à un poste spécifique lors de leur quart de travail. Lorsqu'une intervention particulière leur est demandée à titre de membre EIS, ils doivent trouver le temps de rencontrer la personne incarcérée sans nuire aux activités de leur secteur et sans surcharger leurs collègues de travail. Sachant que ces rencontres peuvent durer un certain temps, une pression peut être appliquée sur les membres de l'équipe EIS et affecter la qualité de leur intervention.

Il a également été suggéré par un témoin que des agents de santé, indépendants de la structure de contrôle des établissements de détention, puissent circuler librement dans les établissements et ainsi établir des relations de confiance avec les personnes incarcérées. Pour ce faire, il faudrait nécessairement mettre en place une entente de services entre le ministère de la Sécurité publique et le ministère de la Santé et des Services sociaux afin que des agents de santé indépendants soient en poste au sein des établissements carcéraux. Il s'agit d'une avenue intéressante, qui présente cependant certaines difficultés au niveau de la responsabilité légale qui revient ultimement au ministère de la Sécurité publique.

Comme la complexité de conclure une telle entente est presque inévitable, il pourrait alternativement y avoir des agents de santé, employés du ministère de la Sécurité publique, qui auraient ce rôle, mais qui seraient habillés en civil plutôt que de porter l'uniforme.

Tel qu'il a été suggéré par plusieurs témoins à l'audience, la présence d'un psychologue en poste dans les établissements pourrait être une ressource utile pour détecter, prévenir et traiter la détresse psychologique des personnes incarcérées. Il a été avancé par un représentant du ministère de la Sécurité publique que ce ne serait pas une avenue viable, notamment en raison des difficultés de recrutement qui existent dans le réseau de la santé et des services sociaux. J'estime tout de même qu'il serait pertinent d'explorer cette possibilité. Malgré les difficultés qui existent présentement dans le réseau de la santé au niveau de l'offre de services en psychologie, une priorité doit être accordée aux personnes incarcérées, tenant compte du niveau de détresse élevée que l'on retrouve chez plusieurs d'entre elles et de l'absence de support thérapeutique spécialisé en établissement. De plus, un témoin employé à l'Établissement de détention de Montréal a mentionné que deux postes de psychologues existaient auparavant et ont été abolis en 2016.

La preuve qui a été présentée a établi que le risque suicidaire semble plus élevé chez les personnes prévenues que chez les personnes détenues, particulièrement lors des premiers jours suivant l'incarcération. Afin de réduire ce risque, certains témoins ont suggéré de prévoir une activité d'accueil rapidement après l'admission, soit dans les jours suivant celle-ci, et intégrant un professionnel en relation d'aide. Je ne peux qu'appuyer cette proposition, qui m'apparaît pouvoir offrir un suivi serré rapidement après l'admission et ainsi offrir une certaine forme d'observation aux agents des services correctionnels.

Il a également été mentionné par plusieurs témoins à l'audience que la présence d'un professionnel de la santé pourrait être pertinente à l'admission ou peu de temps après celle-

ci. En effet, du simple fait de leur formation et de leur expérience, ces employés pourraient être à l'affût de signes précurseurs de détresse qui pourraient échapper à des agents des services correctionnels. À titre d'exemple, l'analyse de la médication prescrite par un infirmier pourrait, dans certains cas, évoquer un profil dépressif susceptible de faire partie de l'évaluation du risque suicidaire. De plus, cette évaluation serait facilitée par le fait qu'un professionnel de la santé ne représente pas l'autorité de la même façon qu'un agent des services correctionnels. Comme l'a souligné un représentant du ministère de la Sécurité publique, il n'est peut-être pas nécessaire que ce professionnel soit un psychologue. D'autres professionnels formés en prévention du suicide pourraient adéquatement remplir ce rôle.

Le passage à l'admission est en quelque sorte une photo de la situation d'une personne incarcérée à son arrivée. La présence d'un infirmier à l'admission, par exemple, est une suggestion fort intéressante, mais cette première rencontre devrait être suivie d'une seconde se tenant dans les jours suivants, une fois que la réalité de l'incarcération sera installée. La présence d'un professionnel de la santé serait également pertinente à ce niveau.

L'admission est ainsi un moment charnière d'une période d'incarcération, mais il serait tout aussi important d'avoir davantage de ressources disponibles aux personnes incarcérées par la suite, les ressources actuelles me semblant clairement insuffisantes. À titre d'exemple, un psychiatre est disponible à l'Établissement de détention de Montréal une journée par semaine, pour environ 1250 personnes incarcérées, ce qui est bien peu. Ce même établissement a déjà eu des postes de psychologues au cours des années 1990, lesquels ont été abolis, tout comme à l'Établissement de détention de Sherbrooke, qui n'a plus de psychologues depuis 2009. Il serait très pertinent d'examiner la possibilité de les réintégrer à la structure de postes.

D'autre part, comme il a été précédemment mentionné, les professionnels qui sont déjà à l'emploi dans des établissements de détention ne sont pas présents dans ces établissements la fin de semaine, leur horaire de travail étant plutôt du lundi au vendredi. En conséquence, je suggère de vérifier la possibilité d'aménager les horaires de travail de sorte qu'un professionnel puisse être présent même la fin de semaine, la détresse psychologique ne se manifestant pas que du lundi au vendredi.

Les agents des services correctionnels n'ont pas pour mandat principal d'agir à titre d'intervenants en relation d'aide, mais bien d'assurer la sécurité des personnes et des lieux. Néanmoins, ils sont nécessairement appelés à accomplir ce rôle en œuvrant auprès d'une clientèle vulnérable placée dans des conditions difficiles. La formation de six (6) heures en prévention du suicide m'apparaît courte, considérant que bien peu d'outils sont donnés au personnel afin qu'il puisse déceler des indices de détresse psychologique et que la plupart des agents n'ont pas de formation antérieure en prévention du suicide. Les agents de l'équipe d'intervention spécialisée ont une formation plus étendue, mais les agents des services correctionnels qui n'en font pas partie ont une formation beaucoup plus superficielle, particulièrement ceux qui n'ont pas bénéficié de la formation à l'École nationale de police du Québec.

La simulation faite à l'École nationale de police du Québec est intéressante pour développer, chez les nouveaux agents des services correctionnels, les réflexes adéquats lors d'une intervention en moment de crise et pour prodiguer adéquatement les soins à une personne qui serait trouvée inanimée. Il serait tout aussi intéressant de prévoir une simulation pour intervenir en cas de signes de détresse chez une personne incarcérée avant qu'elle ne pose un geste suicidaire. Ainsi, une simulation pratique des signes et symptômes que peut

présenter une personne suicidaire pourrait être fort utile aux agents des services correctionnels. Le décès de M. Noël en est un exemple. En effet, un changement d'humeur passant d'une humeur renfermée à sociable dans une courte période aurait pu alerter les agents des services correctionnels chargés de sa surveillance.

Je vois donc une utilité certaine à former obligatoirement tous les agents des services correctionnels en prévention du suicide, peu importe qu'ils soient membres de l'équipe d'intervention spécialisée (« EIS ») ou non. Cette formation obligatoire permettrait de pallier le manque de connaissance en prévention du suicide des agents des services correctionnels qui n'ont pas reçu la formation de base à l'École nationale de police du Québec, étant entrés en fonction avant sa mise en place.

Par ailleurs, la pertinence d'une formation de rappel annuelle m'apparaît essentielle, dans le but de maintenir les compétences à jour.

Les systèmes d'information en place dans les établissements de détention, notamment le système DACOR, contiennent peu d'informations concernant les antécédents de santé mentale des personnes incarcérées ou comprennent parfois des informations erronées. Il en résulte que le personnel doit se fier à la parole des personnes incarcérées afin de procéder à leur évaluation, ce qui peut induire les agents des services correctionnels en erreur et conduire à une évaluation qui n'est pas représentative de la réalité. Selon les témoignages entendus, le système DACOR sera éventuellement remplacé d'ici trois à cinq ans.

Dans le nouveau système qui devrait être mis en place, soit le système Horizon, les informations seront saisies directement dans le logiciel par les intervenants et pourront ensuite être consultées par tout le personnel au cours d'une incarcération. En attendant son déploiement, le porte-document électronique correctionnel (PDEC) est disponible.

Il a été suggéré par un témoin expert à l'audience de demander systématiquement l'accès aux dossiers médicaux des personnes admises dans un établissement de détention, et ce, dès leur arrivée. En effet, la constitution d'un dossier médical au sein même des établissements pourrait aider le personnel dans sa tâche de prévention du suicide.

Cette suggestion présente des limites à au moins deux niveaux. D'abord, afin d'obtenir le dossier médical d'établissements externes aux centres de détention, il doit nécessairement y avoir consentement de la personne incarcérée. Dans le cas où cette dernière refuse, il n'y aura pas de transmission d'informations et l'établissement de détention restera au même point. Ensuite, il peut s'écouler un certain délai avant que les dossiers, s'il y a consentement de la personne concernée, soient acheminés aux établissements de détention. Il semble, selon les situations vues au cours de l'audience, que plusieurs suicides en établissement carcéral surviennent dans un délai contemporain à l'admission. Même s'il y avait consentement de la personne incarcérée, le dossier médical ne serait vraisemblablement pas arrivé à temps. Il importe donc de se tourner vers d'autres méthodes.

Les établissements de détention ont débuté en 2016 le transfert de la prestation des services de santé vers le ministère de la Santé et des Services sociaux et quatorze (14) infirmeries sur seize (16) ont ainsi été transférées. Le personnel en place dans ces infirmeries est donc maintenant celui du ministère de la Santé et des Services sociaux. Il reste, parmi les établissements de détention du Québec, ceux de Montréal et de Québec qui sont encore sous la responsabilité du ministère de la Sécurité publique et les représentants de ce dernier n'ont pas été en mesure de me préciser quand le transfert de responsabilité devait avoir lieu, les locaux n'étant pas adéquats pour le personnel et l'équipement.

La responsabilité d'assurer les soins de santé dans quatorze (14) des seize (16) infirmeries des établissements de détention incombe maintenant aux centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) ou aux centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). Les intervenants appelés à dispenser des soins de santé dans tous les établissements devraient avoir accès minimalement aux informations disponibles sur les personnes incarcérées au sein du CISSS ou du CIUSSS auxquels ils sont rattachés.

Considérant l'ensemble des éléments analysés au cours de l'audience, je trouve pertinent de formuler plusieurs recommandations au ministère de la Sécurité publique pour une meilleure protection de la vie humaine.

CONCLUSION

M. Yan De Montigny est décédé par auto-strangulation à l'aide d'une lanière de drap.

M. Tony Naud, M. Luc Leclerc, M. Yves Noël et M. François Bédard sont décédés d'asphyxie par pendaison.

Il s'agit tous de suicides.

RECOMMANDATIONS

Je recommande au ministère de la Sécurité publique :

- De créer un poste à l'admission dans chaque établissement de détention, qui sera consacré uniquement à l'évaluation du risque suicidaire et qui sera séparé de la fonction de classement de la personne incarcérée ;
- D'attribuer un poste à l'admission à un professionnel de la santé, préférablement un infirmier, afin d'évaluer le risque suicidaire que peut présenter une personne incarcérée à son arrivée ;
- De refaire une évaluation du risque suicidaire après la comparution d'une personne incarcérée, compte tenu des changements qui peuvent survenir après une telle étape ;
- D'inclure au moins un psychologue à la structure de postes des établissements de détention provinciaux ;
- De réfléchir à l'opportunité d'avoir des agents de santé circulant librement dans les secteurs de détention et d'analyser la pertinence de les laisser se vêtir en civil pour inspirer un lien de confiance aux personnes incarcérées ;

- De prendre entente avec le ministère de la Santé et des Services sociaux afin d'assurer, dans les plus courts délais, le transfert de responsabilité des infirmeries des établissements de détention de Montréal et de Québec ;
- De réévaluer la structure de postes pour déterminer s'il est possible de libérer des membres de l'équipe d'intervention spécialisée afin qu'ils puissent se concentrer sur leurs fonctions en ce domaine ;
- De réévaluer la structure de postes des membres de l'équipe d'intervention spécialisée pour qu'ils puissent assurer une continuité de services auprès des personnes incarcérées, le tout afin d'établir un lien de confiance avec les personnes incarcérées permettant une meilleure évaluation du risque suicidaire ;
- De compléter l'élaboration de l'activité d'accueil devant prendre place rapidement après l'admission pour les personnes incarcérées et d'assurer sa mise en place dans un délai raisonnable ;
- D'augmenter le nombre d'activités offertes aux personnes incarcérées, plus particulièrement pour les personnes placées en détention préventive ou purgeant des peines de moins de six mois ;
- De scinder l'activité d'évaluation du risque suicidaire à l'admission et celle du classement, de façon à permettre plus de temps pour l'évaluation du risque suicidaire que présente une personne incarcérée ;
- D'effectuer des rappels réguliers auprès des agents des services correctionnels, particulièrement ceux qui sont assignés à l'admission, sur l'importance de bien informer les personnes incarcérées de la présence de l'équipe EIS et de la possibilité d'y avoir recours sans délai ;
- De réaménager les horaires de travail des professionnels en poste dans les établissements de détention pour assurer qu'il y ait la présence de l'un d'eux même au cours des fins de semaine ;
- D'effectuer des rappels réguliers auprès des agents des services correctionnels sur l'importance des bonnes pratiques en ce qui concerne les rondes de surveillance, notamment le délai entre chacune de ces rondes, l'importance du contact visuel ainsi que la pertinence des intervalles irréguliers. Ces rappels devraient être faits en personne et non pas par des notes de service ;
- De faire un rappel en présentiel sur l'obligation d'inscrire des initiales lisibles aux rapports journaliers des agents des services correctionnels, permettant ainsi de les identifier ;
- De contacter les partenaires impliqués dans la détention d'une personne, soit les pénitenciers fédéraux ainsi que les principaux corps policiers, afin de mettre en place un système de communication efficace, permettant d'avoir toute l'information pertinente pour les personnes incarcérées qui sont transférées dans un établissement de détention ;
- De s'assurer que tous les établissements de détention provinciaux transmettent immédiatement toute l'information relative au risque suicidaire lors du transfert d'une personne incarcérée vers un autre établissement de détention provincial ou un pénitencier ;

- De mettre en place dans les établissements de détention une ligne de communication avec les proches des personnes incarcérées, afin de leur permettre de transférer facilement de l'information sur la condition psychologique de cette personne ;
- De permettre l'accès au système DACOR au personnel infirmier, qui est appelé à agir sur les soins de santé dont une personne incarcérée peut avoir besoin ;
- De s'assurer que l'information reçue par le personnel soit mise à jour le plus rapidement possible dans le système DACOR, particulièrement les informations relatives au risque suicidaire ;
- De promouvoir l'utilisation du porte-document électronique correctionnel (PDEC), afin qu'il soit connu de tous les membres du personnel et de s'assurer qu'il soit utilisé à l'admission ;
- De s'assurer qu'un dossier informatisé unique et continu soit constitué dans les plus courts délais par les services correctionnels sur chaque personne qui leur est confiée ;
- De former tous les agents des services correctionnels en prévention du suicide, qu'ils soient membres de l'équipe d'intervention spécialisée ou non ;
- D'accroître la formation des chefs d'unités en prévention du suicide, lesquels sont responsables de prendre des décisions en lien avec la sécurité des personnes incarcérées après leur évaluation par un membre de l'équipe d'intervention spécialisée ;
- De mettre en place des formations de rappel en prévention du suicide sur une base annuelle ;
- De réviser la pratique relative aux annonces de décès, de façon à ce que les familles reçoivent ces nouvelles difficiles en personne, afin qu'elles puissent recevoir du soutien si elles le nécessitent.

Montréal, le 6 décembre 2021.



Me Karine Spénard, coroner

ANNEXE I - LA PROCÉDURE

Le 25 septembre 2020, la coroner en chef du Québec, M^e Pascale Descary, ordonnait la tenue d'une enquête publique thématique sur les suicides en centre de détention, au cours de laquelle plusieurs décès ont été examinés, soit le décès de M. Yan De Montigny, survenu à Québec le 1^{er} octobre 2017, le décès de M. Tony Naud, survenu à Montréal le 18 avril 2019, le décès de M. Luc Leclerc, survenu à Montréal le 2 octobre 2018, le décès de M. Yves Noël, survenu à Montréal le 12 septembre 2018 et le décès de M. François Bédard, survenu le 12 mai 2019 à Sherbrooke.

Les audiences publiques ont duré neuf jours et se sont entièrement déroulées de façon virtuelle les 23, 24 et 25 novembre 2020 ainsi que les 8, 9, 10, 11, 12 et 15 mars 2021.

Trente-trois (33) témoins ont été entendus durant ces journées d'audiences et cent soixante-trois (163) pièces ont été déposées en preuve sous les cotes mentionnées à l'Annexe II.

J'ai été assistée, tout au long de ces journées d'audition, par un procureur aux enquêtes publiques du Bureau du coroner, M^e Éric Lépine.

Dès le début de l'enquête, j'ai reconnu comme personnes intéressées celles qui m'en avaient fait la demande. Il s'agit de :

- 1) Le ministère de la Sécurité publique, représenté par M^e France Deschênes et M^e Denise Robillard ;
- 2) L'organisme Alter Justice pour les 23, 24 et 25 novembre 2020, représenté par Monsieur Daniel Poulin-Gallant.

Au cours de l'enquête, j'ai émis une ordonnance de non-publication pour les pièces indiquées dans la liste des pièces par un astérisque, mentionnées à l'Annexe II.

Lors des deux dernières journées d'audience, soit les 12 et 15 mars 2021, le ministère de la Sécurité publique a fait des représentations. Par la suite, l'organisme Alter Justice a soumis les siennes par écrit et le ministère de la Sécurité publique a eu l'occasion d'y répondre.

ANNEXE II - LISTES DES PIÈCES

M. Yan de Montigny

C-1	Ordonnance d'enquête
C-2	Constat de décès
C-3*	Examen externe
C-4*	Rapport d'analyses toxicologiques
C-5*	Dossier pharmacologique (Établissement de détention de Québec)
C-6*	Dossier infirmier (Établissement de détention de Québec)
C-7*	Dossier médical (Établissement de détention de Québec)
C-8A*	Évaluation psychiatrique (20 octobre 2014)
C-8B*	Évaluation psychiatrique (12 août 2017)
C-8C*	Mandamus pour évaluation psychiatrique (19 septembre 2017)
C-8D*	Évaluation psychiatrique (21 septembre 2017)
C-9*	Dossier d'évaluation du risque suicidaire (Établissement de détention de Québec)
C-10A*	Formulaire de surveillance des cellules capitonnées (11 août 2017 au 11 septembre 2017)
C-10B*	Formulaire d'activités des agents des services correctionnels (12 août 2017 au 30 septembre 2017)
C-10C*	Formulaire d'activités des agents des services correctionnels pour la journée du 1 ^{er} octobre 2017
C-11*	Photos (cellule et poste de surveillance)
C-12*	Vidéo de la cellule (1 ^{er} octobre 2017 de 8 h à 11 h 55)
C-13A*	Consigne du 1 ^{er} novembre 2017 pour la surveillance accrue de personnes incarcérées
C13B*	Rapport du 28 novembre 2017 de Mme Sandy Lapointe (Directrice des services professionnels)
C-13C*	Nouveau formulaire de surveillance accrue de personnes incarcérées à risque suicidaire
C-13D*	Formulaire de consignation des observations des personnes à risque suicidaire sous surveillance accrue
C-14*	Rapport d'enquête administrative (Direction de la vérification interne, des enquêtes et de l'inspection)
C-15A*	Rapport d'enquête du coroner (dossier 2016-00611)
C-15B*	Rapport d'enquête administrative pour le dossier 2016-00611 (Direction de la vérification interne, des enquêtes et de l'inspection)

C-16*	Liste des cellules occupées et demandes de rencontres par Mme Simoneau
C-17A*	Rapport d'intervenant (Jean-François Jobin)
C-17B*	Rapport complémentaire de M. Jean-François Jobin
C-18*	Rapport d'intervenant (Kassy Mathieu)
C-19*	Rapport de supervision de Mme C. Simoneau
C-20A*	Rapport d'événement de Mme Isabelle Gosselin
C-20B*	Rapport de supervision du 29 août 2017
C-20C*	Rapport de supervision du 30 août 2017
C-20D*	Rapport de supervision du 4 septembre 2017
C-20E*	Rapport de supervision du 19 septembre 2018
C-21*	Rapport d'intervenant (Nestor Bizimana)
C-22*	Rapport d'intervenant (Valérie Leblanc)
C-23*	Journal de bord
C-24*	Notes de service de l'Établissement de détention de Québec
C-25*	Instruction provinciale sur la prévention du suicide

M. Tony Naud

C-1	Ordonnance d'enquête
C-2*	Constat de décès
C-3*	Rapport d'intervention préhospitalière
C-4*	Dossier médical de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
C-5*	Photos du Service d'identité judiciaire
C-6*	Vidéos de l'aile D-7 et résumé du visionnement
C-7*	Échelle d'évaluation du risque suicidaire
C-8*	Outil d'évaluation du besoin d'encadrement sécuritaire
C-9*	Déclaration de M. François Gravel
C-10*	Rapport d'intervenant (Richard Gagné)
C-11*	Rapport d'intervenant (Annie Lamothe)
C-12*	Rapport d'intervenant (Igor Maxian)
C-13*	Rapport d'intervenant (Harvey Reategui Soto)
C-14*	Rapport d'intervenant (Gladimy Cius)
C-15*	Rapport d'intervenant (Christian Barrette)

C-16*	Rapport d'intervenant (Anouk Filion)
C-17*	Rapport d'intervenant (David Robitaille)
C-18*	Rapport d'intervenant (Kelly Longtin)
C-19*	Rapport d'intervenant (R. Cyr Chapados)
C-20*	Rapport d'intervenant (Tommy Caouette)
C-21*	Rapport d'enquête administrative (Direction de la vérification interne, des enquêtes et de l'inspection)
C-21B*	Plan d'action
C-22*	Rapport d'évaluation (ERB)
C-23*	Classement DACOR (15 avril 2019)
C-24*	Rapports journaliers des agents des services correctionnels (17 avril 2019)
C-24B*	Rapports journaliers des agents des services correctionnels (17 avril 2019) – couleur
C-24C	Horaire des agents des services correctionnels (17 avril 2019)
C-25*	GEDPAS (13 mars 2019)
C-26*	Instruction locale 3D5 sur le dénombrement, les rondes et la surveillance dynamique
C-27*	Statistiques – Montréal 2011-2021
C-28*	Notes diverses – Établissement de détention de Montréal
C-29	Document d'information PSCE 1002 (formation des agents des services correctionnels)
C-30	Plan du séminaire sur la prévention du suicide
C-31	Modèle GEDPAS non complété – couleur

M. Luc Leclerc

C-1	Ordonnance d'enquête
C-2*	Constat de décès
C-3*	Examen externe
C-4*	Rapport d'analyses toxicologiques
C-5*	Dossier pharmacologique (Établissement de détention de Montréal)
C-6*	Dossier infirmier (Établissement de détention de Québec)
C-7*	Rapport d'intervenant (Jonas Kapet)
C-8*	Rapport d'intervenant (Véronique Coderre)
C-9*	Rapport d'intervenant (Nancy Lirette)
C-10*	Rapport d'intervenant (Abentey Djogou)

C-11*	Rapport d'intervenant (Adler Nkouka)
C-12*	Rapport d'intervenant (Alexandra Gagnier)
C-13*	Rapport d'intervenant (Benyounes Ettaya)
C-14*	Rapport d'intervenant (Jean Marius Fontaine)
C-15*	Rapport d'intervenant (Omar Boukabous)
C-16*	Rapport d'intervenant (Viator Rwankineza)
C-17*	Photos de la cellule
C-18*	Déclaration de Mme Brenda Payne
C-19*	Rapport d'enquête administrative (Direction de la vérification interne, des enquêtes et de l'inspection)
C-19B*	Plan d'action
C-20*	Échelle d'évaluation du risque suicidaire et classement DACOR
C-20B*	Outil d'évaluation du besoin d'encadrement sécuritaire
C-21*	Dossier SPVM (contrôle du détenu)
C-22*	Rapports journaliers des agents des services correctionnels (2 octobre 2018)
C-23*	Notes diverses – Établissement de détention de Montréal
C-24*	Rapport de M. Jean-Claude Bernheim, criminologue
C-25	Document d'information PSCE 1002 (formation des agents des services correctionnels)
C-26	Plan du séminaire sur la prévention du suicide
C-27	Modèle GEDPAS non complété – couleur

M. Yves Noël

C-1	Ordonnance d'enquête
C-2*	Constat de décès
C-3*	Examen externe
C-4*	Rapport d'analyses toxicologiques
C-5*	Dossier infirmier (Établissement de détention de Québec)
C-6*	Dossier médical (Établissement de détention de Québec)
C-7*	Consultations médicales en externe et mémos de M. Noël
C-8*	Dossier pharmacologique (Établissement de détention de Québec)
C-9*	Dossier médical (CHUM)
C-10*	Dossier médical (IUSMM)

C-11*	Dossier médical (CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal)
C-12*	GEDPAS (26 janvier 2017)
C-13*	Outil d'évaluation du besoin d'encadrement sécuritaire (9 juillet 2018)
C-14*	Outil d'évaluation du besoin d'encadrement sécuritaire (28 août 2018)
C-15*	Échelle d'évaluation du risque suicidaire et classement DACOR
C-16*	Rapport d'intervenant (Daniela Manole)
C-17*	Rapport d'intervenant (Chloé Taillon-Carrier)
C-18*	Rapport d'intervenant (Ariane Miron)
C-19*	Rapport d'intervenant (Sylvie-Éva Roy)
C-20*	Rapport d'intervenant (Geneviève Grant)
C-21*	Rapport d'intervenant (J. Denault-Tremblay)
C-22*	Rapport d'intervenant (Riad Temini)
C-23*	Photos du Service d'identité judiciaire
C-24*	Vidéos de l'aile D-07
C-25*	Correspondance du directeur de l'Établissement de détention de Montréal
C-26*	Rapport d'enquête administrative (Direction de la vérification interne, des enquêtes et de l'inspection)
C-26B*	Plan d'action
C-27*	Rapports journaliers des agents des services correctionnels (12 septembre 2018)
C-27B*	Complet – Rapports journaliers des agents des services correctionnels (12 septembre 2018)
C-28*	Instruction locale 3D5 sur le dénombrement, les rondes et la surveillance dynamique
C-29*	Notes diverses – Établissement de détention de Montréal
C-30*	Rapport de M. Jean-Claude Bernheim, criminologue
C-31	Document d'information PSCE 1002 (formation des agents des services correctionnels)
C-32	Plan du séminaire sur la prévention du suicide
C-33	Modèle GEDPAS non complété – couleur

M. François Bédard

C-1	Ordonnance d'enquête
C-2*	Constat de décès
C-3*	Rapport d'autopsie
C-4*	Rapport d'analyses toxicologiques

C-5*	Échelle d'évaluation du risque suicidaire et classement DACOR
C-6*	Rapport d'intervenant (Karl Lavoie)
C-7*	Rapport d'intervenant (Martin Boisvert)
C-8*	Déclaration de M. Martin Boisvert à l'enquêteur de la Sûreté du Québec
C-9*	Rapport d'intervenant (Dany Goulet)
C-10*	Rapport d'intervenant (Loïc Brière-Paquette)
C-11*	Rapport d'intervenant (Marie-Ève Chouinard)
C-12*	Rapport de direction d'Annie Pellerin
C-13*	Formulaire de dénombrement
C-14*	Déclaration de M. Francis Vlayen à l'enquêteur de la Sûreté du Québec
C-15*	Déclaration de Mme Louise Bédard à l'enquêteur de la Sûreté du Québec
C-16*	Photos du Service d'identité judiciaire
C-17*	Rapport d'enquête administrative (Direction de la vérification interne, des enquêtes et de l'inspection)
C-17B*	Plan d'action
C-17C*	Rondes à intervalles irréguliers – 18 février 2020
C-17D*	Modification_rondes et dénombrements – 18 février 2020
C-18*	Demande d'assistance à un directeur pour la détention d'une personne
C-19*	Instruction 2 1 06 sur la prévention du suicide
C-20*	Rapport de M. Jean-Claude Bernheim, criminologue
C-21*	Plan du séminaire sur la prévention du suicide
C-22*	Modèle GEDPAS non complété – couleur

* Les pièces marquées d'un astérisque sont interdites de publication ou de diffusion en vertu de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès ou encore d'une ordonnance rendue par la coroner.