

Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

à l'intention des familles,
des proches et des organismes
POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de



2023-08751

Le présent document constitue
une version dénominalisée du
rapport (sans le nom du défunt).
Celui-ci peut être obtenu dans
sa version originale, incluant le
nom du défunt, sur demande
adressée au Bureau du coroner.

Me Karine Spénard

| | |
|---|----------------------------------|
| BUREAU DU CORONER | |
| 2023-11-21 Date de l'avis | 2023-08751 N° de dossier |
| IDENTITÉ | |
| ██████████ Prénom à la naissance | ██████████ Nom à la naissance |
| 42 ans Âge | Féminin Sexe |
| Laval Municipalité de résidence | Québec Province |
| | Canada Pays |
| DÉCÈS | |
| 2023-11-21 Date du décès | Laval Municipalité du décès |
| Établissement de détention Leclerc Lieu du décès | |

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

Mme ██████████ a été identifiée à l'aide d'une pièce d'identité par les policiers sur les lieux de son décès.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Un rapport de la Sûreté du Québec du poste Autoroutier de Montréal indique que le 21 novembre 2023 vers 13 h 15, un agent des services correctionnels de l'Établissement de détention Leclerc trouve Mme ██████████ pendue dans sa cellule à l'aide d'un drap noué au barreau supérieur d'un lit à deux étages.

Elle est décrochée et des manœuvres de réanimation sont débutées, mais elle ne reprend malheureusement pas conscience.

Son décès est officiellement constaté par un médecin à 14 h 55 sur les lieux.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Un examen externe a été fait le 23 novembre 2023 à la morgue de Montréal. Il a mis en évidence la présence de multiples sites ou cicatrices d'injection sur les bras et les jambes de Mme ██████████ ainsi que d'un sillon de pendaison compatible avec le drap qu'elle a utilisé. 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 à Montréal. L'alcoolémie était négative. La présence d'une concentration non toxique de diazépam, substance prescrite à Mme ██████████ a été détectée. La présence de protonitazène a également été décelée, lequel est un opioïde de synthèse utilisé uniquement comme drogue d'abus au Canada.

ANALYSE

Mme [REDACTED] souffrait notamment d'un trouble de l'usage de l'alcool et de substances d'abus et séjournait dans un centre de réadaptation en dépendances avant son arrestation. Elle était d'autre part sur un protocole de sevrage au fentanyl lorsqu'elle est arrivée à l'Établissement de détention Leclerc.

Elle a été arrêtée le 10 novembre 2023 à la suite de mandats d'arrestation émis contre elle dans plusieurs dossiers et a été admise à l'Établissement de détention Leclerc le 11 novembre 2023. Mme [REDACTED] a ensuite comparu par vision conférence les 13, 14 et 15 novembre 2023 et une nouvelle comparution devait avoir lieu le 22 novembre 2023 pour son enquête sur remise en liberté.

À son admission, un agent des services correctionnels a rempli avec Mme [REDACTED] l'échelle d'évaluation du risque suicidaire, qui permet de dépister le risque suicidaire à partir de neuf questions. Mme [REDACTED] n'avait pas de risque identifié à ce moment, sauf des symptômes de sevrage au fentanyl. Elle se disait par ailleurs non suicidaire.

Elle a été vue le 16 novembre 2023 par une infirmière pour un suivi et n'allait pas très bien. Mme [REDACTED] pleurait et se plaignait de diarrhée, de nausées et ne suivait pas son protocole de sevrage, disant qu'il ne fonctionnait pas. Elle ne prenait pas non plus les antibiotiques qui lui étaient prescrits pour le traitement de plaies qu'elle avait sur le corps et l'infirmière lui a fait de l'enseignement pour l'inciter à collaborer au suivi. Mme [REDACTED] a ensuite revu l'infirmière de façon quotidienne jusqu'au 20 novembre 2023 et n'a pas formulé d'autres plaintes.

Elle était en confinement depuis le 19 novembre 2023 en raison d'un manquement disciplinaire et sa sanction devait prendre fin le 21 novembre 2023 à 23 h 45. Pendant cette période, Mme [REDACTED] était seule dans sa cellule au cours de la journée et pouvait en sortir une heure par jour, mais la porte n'était pas toujours verrouillée. La personne qui partageait la cellule pouvait être présente pour la nuit seulement.

Le corridor devant la cellule de Mme [REDACTED] avait des caméras de surveillance, qui ont permis de confirmer qu'elle n'était pas sortie de sa cellule au cours de la journée du 21 novembre 2023.

Elle a reçu son déjeuner vers 7 h 20, puis les images ont montré que les agents des services correctionnels faisaient une ronde de surveillance vers 8 h 22. D'autres personnes incarcérées ont donné de la nourriture à Mme [REDACTED] vers 9 h 3 et 9 h 22, puis le repas du midi a été remis à Mme [REDACTED] vers 10 h 41 par des agents des services correctionnels. Personne ne s'est ensuite arrêté devant sa cellule jusqu'au moment où elle a été trouvée inanimée. La porte de sa cellule était alors verrouillée.

Lors de la tournée de 13 h 15, un agent des services correctionnels a d'abord jeté un œil rapide par le judas de la cellule de Mme [REDACTED] soit à 13 h 15 : 37, puis a poursuivi sa route jusqu'au bout de la rangée de cellules. Il a toutefois ouvert la porte en entier au retour et c'est à ce moment que l'alerte a été lancée, soit à 13 h 16 : 54.

Cette manière de faire soulève à mon avis des préoccupations. En effet, les agents des services correctionnels doivent avoir un contact visuel avec les personnes incarcérées et doivent s'assurer qu'elles sont en vie, c'est-à-dire qu'elles bougent ou respirent, par

exemple. Le premier coup d'œil vers 13 h 15 aurait probablement pu permettre de voir d'emblée que Mme [REDACTED] était pendue.

Par ailleurs, les agents ont redirigé les dames incarcérées vers leurs cellules avant d'entrer dans celle de Mme [REDACTED]. Même si cette intervention a été brève, les secondes auraient peut-être pu être mises à profit pour prodiguer des secours à Mme [REDACTED].

D'autre part, il me semble que l'écart entre la visite des agents des services correctionnels vers 10 h 41 et le moment où ils ont trouvé Mme [REDACTED] est particulièrement long, étant de deux heures et trente-quatre minutes (2 h 34). Les directives en place à l'établissement prévoient que le délai maximal entre les rondes de surveillance doit être d'une heure.

Une agente des services correctionnels a expliqué que personne ne se présentait à midi afin que les chariots de repas soient rapportés et qu'une ronde soit effectuée, alors qu'en principe une personne supplémentaire, un agent multi-tâche, doit être présente à midi. La situation de manque de personnel perdurait depuis plusieurs mois en date du 21 novembre 2023 selon l'agente et depuis plusieurs années selon une autre agente des services correctionnels.

Une carte de jeu roulée sur elle-même a été trouvée par les policiers dans la cellule de Mme [REDACTED] laquelle avait des résidus de poudre blanche. Une personne qui a partagé la cellule avant que la mesure de confinement soit mise en place a toutefois mentionné qu'il s'agissait d'acétaminophène réduit en poudre qu'elles avaient reniflé afin d'avoir l'impression de consommer.

Mme [REDACTED] a échangé avec une autre personne incarcérée au cours des deux jours précédant le début de sa sanction de confinement et lui a confié qu'elle sentait qu'elle était là pour les autres, mais que ces derniers n'étaient pas là pour elle.

L'Établissement de détention Leclerc n'a pas confié de mandat d'enquête interne à la Direction de la vérification interne, des enquêtes et de l'inspection sur l'événement ayant coûté la vie à Mme [REDACTED].

J'ai déjà recommandé au ministère de la Sécurité publique après une enquête publique en 2021 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. Cette réévaluation aurait pu être judicieuse dans le cas de Mme [REDACTED] qui a comparu trois fois entre son admission et son décès et devait comparaître une quatrième fois le lendemain, tout en subissant un sevrage aux substances d'abus.

J'avais également recommandé 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.

J'ai reçu une réponse du ministère de la Sécurité publique en juillet 2022, m'informant que ces problématiques étaient déjà connues du ministère et que des correctifs étaient déjà appliqués ou en voie de l'être. Par ailleurs, ils étaient prévues à une instruction sur la prévention du suicide.

Ceci étant dit, force m'est de constater que la présence de cette instruction n'a pas porté fruit dans la situation spécifique de Mme [REDACTED] comme il n'y a pas eu de nouvelle évaluation

du risque suicidaire après ses comparutions et que les rondes de surveillance ne sont pas faites conformément aux directives en place.

J'estime donc opportun de rappeler ces recommandations de 2021 au ministère de la Sécurité publique, comme j'identifie les mêmes enjeux présents pour Mme [REDACTED] et j'ai informé une représentante de mon intention de formuler des recommandations.

CONCLUSION

Mme [REDACTED] [REDACTED] est décédée d'asphyxie par pendaison.

Il s'agit d'un suicide.

RECOMMANDATIONS

Je recommande au **ministère de la Sécurité publique** de :

- [R-1] Refaire une évaluation du risque suicidaire après la comparution d'une personne incarcérée, compte tenu des changements qui peuvent survenir après une telle étape ;
- [R-2] 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.

Je soussignée, coroner, reconnais que la date indiquée, et les lieux, les causes, les circonstances décrits ci-dessus ont été établis au meilleur de ma connaissance, et ce, à la suite de mon investigation, en foi de quoi j'ai signé, à Montréal, ce 30 août 2024.



Me Karine Spénard, coroner