

# Rapport d'enquête

Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de

**Mario-Nelson Boucher**

2017-00249

M<sup>e</sup> Andrée Kronström

## Table des matières

INTRODUCTION .....	3
IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE.....	3
CIRCONSTANCES DU DÉCÈS.....	3
EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES.....	7
ANALYSE .....	8
SOLUTIONS.....	11
CONCLUSION .....	13
RECOMMANDATIONS .....	14

## INTRODUCTION

Le 17 mai 2017, M<sup>e</sup> Catherine Rudel-Tessier, alors coroner en chef du Québec, rendait une ordonnance d'enquête<sup>1</sup> relativement au décès de M. Mario-Nelson Boucher et me désignait pour présider cette dernière. À ce moment, j'ai reçu le mandat de clarifier les causes et les circonstances de ce décès, d'en informer le public et de formuler, le cas échéant, des recommandations pour une meilleure protection de la vie humaine.

M. Boucher a été incarcéré à plusieurs reprises, tant au provincial qu'au fédéral. Il est demeuré 23 ans en détention<sup>2</sup>. En novembre 2015, il a été libéré au deux tiers d'une sentence de six mois purgée à l'Établissement de détention de Montréal (Bordeaux). Il s'est alors dirigé vers le Centre NAHA (Nouvelle Approche Humanitaire d'Apprentissage), soit un centre communautaire pour hommes en difficulté. M. Boucher avait des problèmes de santé mentale et de dépendance. Entre novembre 2015 et juin 2016, il a effectué quelques séjours en milieu hospitalier et il est également retourné en détention du 13 au 18 mai 2016. On a tenté d'assurer à M. Boucher un suivi pour ses problèmes, mais les démarches se sont avérées infructueuses. Il s'est suicidé par pendaison au Centre NAHA le 1<sup>er</sup> juin 2016.

## IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

M. Mario-Nelson Boucher, 44 ans, a été identifié visuellement par une employée au Centre NAHA le 2 juin 2016.

## CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

### La détention de M. Boucher jusqu'à son hébergement au Centre NAHA

En mai 2015, M. Boucher loue une chambre depuis deux mois. Le 31 mai 2015, après avoir reçu un avis d'expulsion, il se désorganise et il fait une crise, ce qui entraîne une intervention policière. Il est arrêté pour « méfait et menace ». Il plaide coupable, puis est libéré sous réserve de respecter certaines conditions dont garder la paix et suivre une thérapie d'un mois dans un centre pour toxicomanes. Le 3 juin 2015, il entreprend donc une cure<sup>3</sup> dans un centre spécialisé d'où il s'enfuit le 18 juin 2015. Le lendemain, il est arrêté essentiellement pour bris de condition et possession de cannabis. Le 23 juillet 2015, il est amené à l'Établissement de détention de Montréal pour purger sa sentence d'une durée de six mois.

En août 2015, il est évalué<sup>4</sup> par un agent de probation de l'Établissement de détention de Montréal. Dans le rapport, il est mentionné :

M. Boucher a un profil de risques et des besoins très élevés. Les sphères de vie prioritaires sont de l'ordre de l'emploi, des fréquentations et des loisirs, de la consommation de stupéfiants ainsi que du contrôle de soi. M. Boucher désire se prévaloir d'une libération conditionnelle afin d'intégrer une maison de transition et de trouver un emploi ainsi qu'un appartement. Bien que le projet soit louable

---

<sup>1</sup> Document déposé en preuve sous la cote C-1.

<sup>2</sup> Profil carcéral fédéral déposé en preuve sous la cote C-18 et le profil carcéral provincial déposé en preuve sous la cote C-19.

<sup>3</sup> Dossiers constitués par la maison de thérapie et déposés sous la cote C-37 et C-38.

<sup>4</sup> Dossier administratif de l'établissement de détention de Montréal déposé sous la cote C-20 et dans lequel est inclus le rapport d'évaluation.

et qu'un encadrement serait nécessaire lors d'un retour dans la collectivité nous sommes d'avis que le risque qu'il présente n'est pas assumable<sup>5</sup>.

En septembre 2015, il fait officiellement une demande pour terminer sa peine dans une maison de transition et il est alors rencontré par les responsables de trois maisons de transition. Le 4 septembre 2015, une décision<sup>6</sup> unanime est rendue; la demande de M. Boucher est refusée, car le risque de récidive est trop grand.

L'établissement de détention détient un dossier médical<sup>7</sup> sur M. Boucher ainsi que le CLSC d'Ahuntsic<sup>8</sup>. Il faut savoir que, dans le cadre de certains programmes, dont celui visant les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), une entente a été conclue entre l'Établissement de détention de Montréal et le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal afin que des ressources, essentiellement des infirmières et des travailleurs sociaux, soient prêtées pour assurer un suivi de soins spécifiques aux détenus à risque d'ITSS. Les notes les plus parlantes se trouvent au dossier du CLSC d'Ahuntsic. Lors de la prise de contact, le 3 septembre 2015, M<sup>me</sup> Julie Blais, travailleuse sociale, inscrit aux motifs de la consultation que M. Boucher « a des difficultés de dosage de son Ritalin », qu'il est référé pour « un dépistage » et qu'il a l'habitude de consommer « ROH (alcool) et pot ». Sous le titre santé mentale, elle écrit « diagnostic non investigué médication Ritalin » et, sous le titre risque suicidaire, « anxieux et impulsif ». L'orientation clinique consiste à « revoir au besoin si ITSS ou pour diminuer l'anxiété ». Pendant sa détention, M. Boucher participe au programme YMCA Aide à l'emploi - La Boussole. Par contre, il ne participe pas au programme de prévention aux dépendances, car, exceptionnellement, ce dernier n'est pas offert.

À l'approche de la libération de M. Boucher, M<sup>me</sup> Blais, consciente de ses besoins d'encadrement, fait des démarches personnelles pour faciliter la transition. Connaissant des organismes communautaires, elle cible Diogène pour accompagner M. Boucher lors de sa sortie et le Centre NAHA en vue d'un hébergement. Le 19 novembre 2015, M. Boucher passe une entrevue téléphonique avec M<sup>me</sup> Blais et un intervenant du Centre NAHA<sup>9</sup>. La fiche d'admission<sup>10</sup> couvre plusieurs aspects, dont la santé mentale de la personne qui veut séjourner au centre. On apprend que M. Boucher a déjà consulté un psychiatre pour un trouble de déficit de l'attention, qu'il a participé à un programme des narcotiques anonymes et qu'il est en attente d'un médecin de famille rattaché au CLSC de Pointe-aux-Trembles. Les problématiques observées sont les suivantes : « toxicomanie, médication, difficultés en santé mentale, isolement, criminalité ».

### **Le séjour au Centre NAHA**

Le 20 novembre 2015, M. Boucher, accompagné d'un intervenant de l'organisme Diogène<sup>11</sup>, arrive au Centre NAHA. Le centre communautaire NAHA a pour mission de venir en aide à des hommes en difficulté en leur offrant essentiellement une chambre et des repas (cuisine communautaire). Le bâtiment principal abrite des bureaux administratifs où y travaillent essentiellement le directeur général, une intervenante et une personne à l'accueil, qui est également adjointe administrative et des aires communes. Aux étages supérieurs, on trouve

---

<sup>5</sup> Page 9 du document déposé sous la cote C-20.

<sup>6</sup> Document déposé en preuve sous la cote C-39.

<sup>7</sup> Document déposé sous la cote C-9.

<sup>8</sup> Document déposé en preuve sous la cote C-10.

<sup>9</sup> Pages 62 à 64 du document déposé en preuve sous la cote C-23.

<sup>10</sup> Document déposé en preuve sous la cote C-42.

<sup>11</sup> Fiche transitoire de Diogène déposée en preuve sous la cote C-34.

20 chambres dont 19 sont utilisables, mais qui sont accessibles par une porte distincte, c'est-à-dire que les bureaux et les aires communes ne communiquent pas par l'intérieur avec les chambres<sup>12</sup>. Une autre bâtisse juxtaposée abrite le bazar, lieu d'échange de biens et de nourriture, qui constitue un outil de réinsertion, car les pensionnaires peuvent y travailler et c'est une source de revenus pour le centre.

C'est M<sup>me</sup> Johanna Duprey qui accueille M. Boucher et qui est son intervenante principale. M. Boucher signe un formulaire qui prévoit la durée de l'hébergement, soit du 20 novembre au 20 décembre 2015. Il prend connaissance du règlement qui défend aux résidents, sous peine d'expulsion, de consommer<sup>13</sup>. Selon les notes évolutives du Centre NAHA, le 26 novembre 2015, M. Boucher est perturbé, car il ne trouve plus les clés de sa chambre. Le 27 novembre 2015, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont communique avec le Centre NAHA. M. Boucher est hospitalisé après avoir été trouvé comateux et blessé sur la voie publique. Il a fracassé une vitrine d'un dépanneur et les policiers sont intervenus. Le résumé d'hospitalisation du 27 au 30 novembre 2015 précise que M. Boucher : « était délirant et qu'il s'était intoxiqué volontairement aux amphétamines »<sup>14</sup>. On peut également lire que M. Boucher souffre d'un trouble de la personnalité antisociale et qu'il a obtenu son congé, car il ne constitue pas un danger pour lui-même et qu'il est apte à consentir. Le médecin suggère toutefois un suivi en psychiatrie et lui renouvelle sa médication pour quelques semaines. M. Boucher revient en transport adapté au Centre NAHA qui consigne à son dossier qu'il serait approprié de mettre M. Boucher « en lien avec le CLSC au plus vite »<sup>15</sup>. Le 21 décembre 2015, M. Boucher quitte le Centre NAHA pour la période des fêtes. Il se rend à l'urgence de l'Hôpital Saint-Luc<sup>16</sup>, où il y est hospitalisé du 31 décembre 2015 au 9 janvier 2016 pour une infection de ses plaies. Rapidement, l'équipe médicale dénote un enjeu de santé mentale. On cible alors une référence au Guichet d'accès en santé mentale pour adultes (GASMA) du CLSC Jeanne-Mance<sup>17</sup>. M. Boucher souhaitant ne pas retourner vivre au Centre NAHA, on le réfère donc à la Maison du Père<sup>18</sup>, dont la principale mission est de venir en aide aux personnes itinérantes. Il y reste quelques jours et reçoit les soins requis pour ses blessures. M. Boucher ne répondant pas aux relances du CLSC Jeanne-Mance pour le suivi psychiatrique, on ferme le dossier.

Le 25 janvier 2016, des résidents du Centre NAHA perçoivent des va-et-vient dans la chambre de M. Boucher. Après plus d'un mois, il est de retour au centre, mais il semble confus. Suspectant qu'il ne prenne pas adéquatement ses médicaments, on contacte le pharmacien afin que ceux-ci soient dorénavant distribués sous forme de pilulier plastifié.

Le 16 février 2016, M. Boucher devient agressif et hallucine. M<sup>me</sup> Johanna Duprey, intervenante principale, et M<sup>me</sup> Marie-Claude Nault, stagiaire, tentent de désamorcer la crise, mais craignent pour leur sécurité et celle de M. Boucher. Un appel est fait aux services ambulanciers, mais il est également relayé au service de police. Les policiers<sup>19</sup> se rendent à la chambre de M. Boucher qui est très méfiant envers eux et montre des signes d'agressivité. On réussit toutefois à le convaincre d'aller à l'Hôpital Notre-Dame<sup>20</sup> en prétextant vouloir soigner d'anciennes blessures. À son arrivée à 16 h 17 au centre hospitalier, le patient doit être couché sur une civière, mis sous contention et recevoir

---

<sup>12</sup> Photos déposées en preuve sous la cote C-46.

<sup>13</sup> Page 69 du document déposé en preuve sous la cote C-23.

<sup>14</sup> Document déposé en preuve sous la cote C-8.

<sup>15</sup> Page 35 du document déposé en preuve sous la cote C-23.

<sup>16</sup> Document déposé en preuve sous la cote C-11.

<sup>17</sup> Document déposé en preuve sous la cote C-12.

<sup>18</sup> Document déposé en preuve sous la cote C-13.

<sup>19</sup> Document déposé en preuve sous la cote C-28.

<sup>20</sup> Document déposé en preuve sous la cote C-14.

essentiellement des calmants. Comme il ne veut pas rester à l'hôpital, il obtient son congé à 22 h 57.

Les mois de mars et avril semblent se dérouler sans anicroche. Il y aurait une accalmie de son comportement. M. Boucher s'inscrit à un programme de jour dispensé par le Mouvement pour l'intégration et la rétention en emploi, le Centre MIRE.

Le 12 mai 2016, il paranoïe et renverse tout dans sa chambre. Il veut faire un vol à main armée pour retourner en prison. M<sup>me</sup> Duprey appelle M. Jean Brosseau, travailleur social de l'équipe de proximité itinérance dépendance du CLSC de Hochelaga-Maisonneuve, qui est en lien avec le Centre NAHA pour offrir certains services<sup>21</sup>. C'est la première fois que M. Brosseau interagit avec ce résident. Il note<sup>22</sup> que M. Boucher prétend être déçu de ne pas avoir de suivi médical et de devoir passer par les services de l'urgence afin de renouveler ses médicaments. Il se dit violent et avoir fait trois tentatives de suicide. Devant l'urgence de la situation, le directeur général du centre NAHA, M. Pigeon, appelle le 9-1-1. Dénotant un désordre mental, il y a intervention conjointe d'Urgence psychosociale-justice et du Service de police de la Ville de Montréal<sup>23</sup>. L'évaluation des intervenants<sup>24</sup>, qui font partie de l'équipe d'Urgence psychosociale-justice, permet d'identifier que l'agressivité est l'enjeu majeur, mais que M. Boucher n'a pas d'idée suicidaire et il ne constitue pas une menace pour lui-même ou autrui (ceci ne permet pas de mettre en branle les dispositions de la Loi P-38, c'est-à-dire la Loi qui permet d'hospitaliser quelqu'un sans son consentement pour parer à un danger imminent). Dans ce contexte, l'hospitalisation ne doit pas être envisagée. M. Boucher a besoin d'encadrement, car il éprouve des difficultés à s'adapter à la vie en dehors des murs du pénitencier. Comme il est « mandat » à Granby pour un non-respect de conditions, on procède à son arrestation et on judiciaire le processus.

Le 13 mai, il va d'abord à l'Établissement de détention de Rivière-des-Prairies, puis, le 16 mai, il est transféré à l'Établissement de détention de Sherbrooke. Il est acquitté le 18 mai 2016 et revient au Centre NAHA la même journée. À son arrivée, il n'y a que l'adjointe administrative, M<sup>me</sup> Véronique De Carufel, qui ignore si elle doit réintégrer M. Boucher ou non. Elle appelle donc M. Brosseau pour obtenir du support. Ensemble, ils rédigent une entente de réintégration<sup>25</sup>, laquelle comporte des conditions que doit respecter M. Boucher. Essentiellement, le résident doit se conformer aux règles du centre, accepter que celui-ci gère ses médicaments et s'engager à « consulter » sur recommandation du personnel ou si son état se détériore. M. Boucher quitte le Centre NAHA pour quelques jours, puis revient le 24 mai 2016.

### **Le 1<sup>er</sup> et 2 juin 2016**

Le 1<sup>er</sup> juin, vers 14 h 20, M. Boucher quitte sa chambre et y revient un peu plus tard. M<sup>me</sup> De Carufel l'aperçoit sur son vélo et elle dénote qu'il ne semble pas « aller bien », sans pouvoir en préciser davantage. Vers 16 h, M<sup>me</sup> Duprey va à la chambre de M. Boucher, mais elle est incapable de pousser la porte. Elle conclut donc qu'il ne veut pas être dérangé. En début d'après-midi, le 2 juin 2016, un technicien d'un câblodistributeur se présente à la chambre de M. Boucher pour effectuer un service. Le technicien et M<sup>me</sup> Duprey dégagent la porte. En entrant, ils trouvent alors M. Boucher pendu. Rapidement, un appel est fait aux

---

<sup>21</sup> Selon la déclaration de M. Brosseau déposée en preuve sous la cote C-35, l'entente de collaboration entre le centre NAHA et l'équipe de proximité n'a pas été officiellement paraphée.

<sup>22</sup> Page 7 du document déposé en preuve sous la cote C-15.

<sup>23</sup> Documents déposés en preuve sous les cotes C-29 à C-31.

<sup>24</sup> Dossiers déposés sous les cotes C-30 et C-31.

<sup>25</sup> Document déposé en preuve sous la cote C-40.

services d'urgence. Les policiers, puis les ambulanciers arrivent sur place. À 13 h 41, les ambulanciers<sup>26</sup> constatent que le corps de M. Boucher est rigide, ce qui rend les manœuvres de réanimation impraticables. Un peu plus tard, un médecin d'Urgences-santé dresse un constat de décès. Avec ces observations, il est donc probable que le décès de M. Boucher soit survenu vers le 1<sup>er</sup> juin 2016.

## **EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES**

Un examen externe<sup>27</sup> a été fait le 3 juin 2016 à la morgue de Montréal. Il a mis en évidence la présence d'un sillon au cou qui correspond au lien de pendaison utilisé. Le médecin examinateur a également constaté que les lividités étaient fixes et que les rigidités étaient complètes. 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<sup>28</sup>. L'alcool était non décelable. La présence de bupropion, de mirtazapine et de carboxy delta 9-tétrahydrocannabinol a été détectée dans le sang. Dans l'urine, on a trouvé essentiellement de l'amphétamine, de la méthamphétamine, du MDMA et de l'éthylone.

À la lumière de ces résultats, j'ai voulu obtenir des précisions sur le moment où avaient été consommées ces substances. J'ai voulu également savoir si M. Boucher était sous l'effet de ces dernières lors de son décès. Un expert toxicologue, D<sup>r</sup> Martin Laliberté, a été consulté et il a rédigé une opinion<sup>29</sup> dont j'ai reproduit les passages importants :

La présence qualitative de bupropion et de mirtazapine dans le sang suggère que la victime prenait régulièrement ses antidépresseurs. Il n'est pas possible à partir du résultat qualitatif de déterminer l'heure de la prise de ces médicaments ou si ces médicaments ont pu jouer un rôle dans le décès. Les concentrations sanguines mesurées de THC et de COOH-THC sont compatibles avec un usage récréatif de cannabis régulier et contemporain au décès. Les concentrations urinaires mesurées de métamphétamine, d'amphétamine et de MDMA sont compatibles avec un usage récréatif de métamphétamine au cours des 24 à 48 heures précédant le décès. Bien qu'il soit difficile de déterminer le rôle de ces molécules dans le décès sur la base de ces résultats, les valeurs ne sont pas particulièrement suggestives d'un décès par intoxication. La présence qualitative d'éthylone dans le dépistage urinaire est d'intérêt. Il s'agit d'un dérivé synthétique de la cathinone (bath salts) qui est utilisé comme substituant dans les préparations illégales de méthamphétamine. Le profil toxicologique de l'éthylone est comparable à celui de la méthamphétamine. Sur la base des données disponibles, il semble que la victime était un utilisateur régulier de cannabis et de méthamphétamine. Il n'est pas possible de déterminer avec plus de précision le rôle exact joué par ces molécules dans le décès.

---

<sup>26</sup> Document déposé en preuve sous la cote C-2.

<sup>27</sup> Document déposé en preuve sous la cote C-3.

<sup>28</sup> Document déposé en preuve sous la cote C-4.

<sup>29</sup> Document déposé en preuve sous la cote C-5.

## **ANALYSE**

### **Les problèmes de M. Boucher en lien avec son décès**

M. Boucher a passé la plus grande partie de sa vie active en détention. Il a été incarcéré pendant 23 ans tant dans des prisons fédérales que provinciales. Il était enclin à des actes de violence. Au fil des années, on a pu déceler qu'il éprouvait un trouble de la personnalité antisociale et qu'il avait développé des dépendances à certaines substances. Puisqu'il sortait en novembre 2015 d'un autre séjour en détention de quatre mois, Il avait besoin d'un suivi médical afin de l'aider à contrôler ses impulsions et son assuétude. Il devait être logé, mais également obtenir les outils pour reprendre sa vie en main et travailler. Il avait donc besoin d'encadrement.

À la lecture du récit des faits marquant des années 2015 et 2016, je retiens qu'il voulait aller en maison de transition après avoir purgé le tiers de sa peine, mais que sa requête lui a été refusée. Il a repris sa liberté sans avoir accès à cette ressource et il a été dirigé vers un centre pour hommes en difficulté, le Centre NAHA. Il s'est alors fréquemment désorganisé et il a commis des actes violents, ce qui a nécessité des visites aux services des urgences et une incarcération, du 13 au 18 mai 2016. Il a évoqué en mai 2016 ne pas avoir de suivi médical et vouloir revenir en prison.

De plus, M. Boucher ne semblait pas prendre sa médication telle que prescrite selon les observations de l'intervenante principale du Centre NAHA, M<sup>me</sup> Duprey, et il consommait des drogues. D'ailleurs, les analyses toxicologiques post mortem ont révélé la présence des métabolites du cannabis ainsi que la présence d'amphétamine, de méthamphétamine, de MDMA et d'éthylone.

Même si M. Boucher n'a pas évoqué concomitamment à son décès de propos suicidaires, le geste posé le 1<sup>er</sup> juin 2016 est sans équivoque et il constitue la manifestation claire de son intention. D'ailleurs, il aurait déjà commis des tentatives de suicide par le passé. Je retiens que, deux semaines avant de passer à l'acte, il a été violent et impulsif. La vulnérabilité de M. Boucher a selon moi été exacerbée par ses difficultés à réintégrer la vie active après 23 années passées en détention. Son manque d'encadrement et l'absence de suivi médical n'ont pas permis de tisser un filet de sécurité permettant de limiter les chances du passage à l'acte.

### **Le Centre NAHA : une ressource non adaptée aux besoins de M. Boucher**

M. Pigeon est le directeur général du Centre NAHA depuis 2009. Il a participé activement aux travaux de l'enquête en tant que personne intéressée. Pour obtenir le véritable portrait du Centre NAHA en 2015 et 2016 et savoir si ce dernier était un milieu adapté aux besoins de M. Boucher, j'ai entendu également le président du conseil d'administration (CA), M. Kenneth George, et toutes les personnes qui œuvraient au centre en 2016, soit M<sup>me</sup> Johanna Duprey, intervenante, M<sup>me</sup> Marie-Claude Nault, stagiaire, M<sup>me</sup> Véronique De Carufel, adjointe administrative, et M<sup>me</sup> Sophie St-Gelais, directrice clinique.

Ni les membres du CA ni M. Pigeon ne connaissent le milieu des hommes itinérants et ayant des problématiques multiples (toxicomanie, santé mentale, judiciarisation). D'ailleurs, le président a mentionné, lors de son témoignage, avoir partagé ses craintes avec M. Pigeon en lui disant « ça peut être risqué, car tu ignores le milieu. Il serait préférable que tu fasses uniquement la gestion ». Le CA ne s'impliquait pas dans les activités quotidiennes qui relevaient du directeur général. Ce dernier devait cependant rendre des comptes et



répondre aux attentes signifiées<sup>30</sup>, qui portaient essentiellement sur la saine santé financière du centre. La mission d'origine visait davantage les itinérants et les toxicomanes. La mission a évolué et en 2016-2017 elle visait les hommes en difficulté ayant vécu des problèmes d'itinérance, de santé mentale, de dépendance, de séparations difficiles ou toute autre situation de précarité sociale.<sup>31</sup> En 2009, soit au début de son mandat, M. Pageon a remis sur pied l'organisation, puis il a engagé un premier intervenant en 2010. Il a demandé également à une amie, M<sup>me</sup> St-Gelais, travailleuse sociale, d'élaborer graduellement des outils cliniques dont des notes évolutives. Pendant le séjour de M. Boucher, M. Pageon n'était pas très présent au centre, n'y allant que sporadiquement. De son côté, M<sup>me</sup> St-Gelais était peu disponible, travaillant à temps plein dans un autre établissement.

En 2015 et en 2016, la clientèle du centre se composait de personnes éprouvant des problématiques de dépendance, de santé mentale (dont un diagnostic avait été posé) et de perte d'emploi. On accueillait à peu près tout le monde même des personnes comme M. Boucher qui sortaient de détention. On se fiait au jugement clinique du comité de sélection. Dans les faits, c'était souvent un seul intervenant qui faisait passer l'entrevue en personne ou au téléphone, comme pour M. Boucher. C'est le degré d'autonomie qui semble avoir été l'élément déterminant de l'acceptation de M. Boucher au Centre NAHA, celui-ci ayant affirmé « qu'il prenait assidument sa médication ».

M<sup>me</sup> Duprey, seule intervenante à partir de janvier 2016, a obtenu son diplôme d'éducatrice spécialisée en France. De 2011 à 2012, elle a fait un stage au Québec au Centre NAHA, puis elle y est engagée de 2013 à 2017. Elle n'est membre d'aucun ordre professionnel et ne possède aucune formation en toxicomanie ni en prévention du suicide. Elle détient certaines connaissances en toxicomanie, acquises en côtoyant un autre intervenant à l'emploi du centre en 2015. Ses tâches consistaient à sélectionner les résidents, à les accueillir et à les accompagner. En novembre 2015, elle avait quinze résidents sous sa charge et dix-sept en juin 2016. Je retiens de son témoignage qu'elle n'a pas décelé que M. Boucher consommait des stupéfiants. Elle méconnaissait le système de santé et elle ignorait comment mettre M. Boucher en lien avec le CLSC. À partir de janvier 2016, elle a diminué le suivi et était en perte de contrôle. En 2015-2016, il y avait peu de directives pour l'aider. C'est principalement à partir de 2018 que les directives et politiques<sup>32</sup> ont été écrites par la directrice clinique.

M. Boucher était un cas trop lourd pour le Centre NAHA. Il y a été accepté quand même, car on voulait lui éviter l'itinérance et on croyait qu'il prenait sa médication assidument. « C'était mieux le centre que rien, que la rue <sup>33</sup> ». Le Centre NAHA est un lieu d'accueil et non de thérapie. Le personnel était en nombre insuffisant et il ne possédait pas les acquis ni l'encadrement pour intervenir auprès de M. Boucher. L'entente informelle avec le CLSC Hochelaga-Maisonneuve permettait à M. Brosseau de l'équipe de proximité d'assurer une présence au Centre NAHA pour offrir un support clinique aux intervenants et aussi une aide directe aux usagers selon le cas. Même si en rétrospective, il a avoué qu'il aurait pu en faire davantage, je crois qu'une approche intégrée et coordonnée dès la sortie de détention aurait été plus prometteuse. Elle aurait peut-être permis de maximiser les chances de dispenser des soins de premières lignes pour les problématiques dont souffrait M. Boucher.

---

<sup>30</sup> Document déposé en preuve sous la cote C-47.

<sup>31</sup> Rapport annuel déposé en preuve sous la cote C-25.

<sup>32</sup> Documents déposés en liasse sous la cote C-45.

<sup>33</sup> Propos de M. Pageon lors de son témoignage.

## La dispensation des soins de santé en détention et le suivi à la sortie

On constate donc que les besoins de M. Boucher ne se limitaient pas à trouver un endroit où demeurer lors de sa sortie de détention. Les enjeux étaient davantage de tenter de lui assurer un suivi pour tenter de soigner ses problèmes de santé mentale et de dépendance et, ainsi, ultimement de diminuer une éventuelle possibilité du passage à l'acte suicidaire. Ces enjeux s'enracinaient cependant bien en amont, c'est-à-dire lors du court moment passé à l'Établissement de détention de Montréal. Si la dispensation de soins de première ligne n'a pas été faite en prison, il devenait extrêmement difficile de faire le pont avec le système de santé à la sortie de détention.

Je retiens que, lors de son séjour en détention, M. Boucher a reçu des soins de santé hybrides, c'est-à-dire par les agents de soins de santé (ASS) à l'emploi du ministère de la Sécurité publique (MSP) et par du personnel du CLSC d'Ahuntsic dans le cadre d'un programme sur les ITSS. C'est grâce à l'initiative personnelle d'une travailleuse sociale relevant de ce prêt de service que M. Boucher a été dirigé vers le Centre NAHA et qu'on a tenté de faciliter la réinsertion sociale et le retour dans la communauté de M. Boucher. Lors de sa libération, il n'a pas bénéficié d'un suivi de première ligne. Il passait à répétition par les urgences lorsqu'il était en crise. On soignait alors ses blessures, demandait une consultation en psychiatrie et on lui prescrivait à nouveau sa médication. Lors de son passage à l'Hôpital Saint-Luc en janvier 2016, on a tenté une approche intégrée et une référence a été faite dans un centre communautaire pour l'héberger le temps de sa convalescence. On a également fait un lien avec le CLSC Jeanne-Mance pour qu'il passe par le GASMA et obtienne des soins de première ligne en santé mentale. Cependant, le patient n'a pas donné suite aux démarches. Même s'il semblait rejeter l'aide proposée, il a évoqué en mai 2016 de ne pas avoir de suivi médical et vouloir revenir en prison.

Comment aurait-on pu répondre aux besoins de M. Boucher en 2015 et 2016 en détention et à sa sortie? J'ai entendu successivement M<sup>me</sup> Marlène Langlois, directrice générale adjointe à la direction générale aux programmes au conseil et à l'administration du MSP, dont le rôle est l'élaboration de politiques et d'orientations pour les services correctionnels du MSP, M<sup>me</sup> Marie-Josée Asselin, professionnelle du MSSS, et M<sup>me</sup> Elvira Gallant, coordonnatrice à la direction des services de première ligne et des services en milieu carcéral du CIUSSS du Nord-de-Île-de-Montréal, pour faire le point, mais également pour présenter des pistes de solutions.

La présentation respective du MSP<sup>34</sup>, du MSSS<sup>35</sup> et du CIUSSS du Nord-de-Île-de-Montréal<sup>36</sup> a permis de comprendre l'état de la situation de 1989 jusqu'en 2016, puis ce qui a été modifié à partir de 2015 concernant la dispensation des soins de santé en détention. En 1989, on a convenu que la responsabilité de la prestation de services de santé relevait du MSSS et que le MSP avait la responsabilité de la garde, du contrôle et de la réinsertion des personnes incarcérées. Le but était de permettre à la population carcérale d'obtenir des services équivalents à ceux disponibles à la population générale. Malgré l'entente, ce n'est qu'en 2015 que la décision a été prise de procéder au transfert progressif de la responsabilité des soins. En 2016 et 2017, dix établissements de détention ont ainsi pu bénéficier de soins de santé dispensés par un établissement de santé publique. Quatre, dont Amos, Roberval, Sept-Îles et Sorel-Tracy, ont quant à eux signé un contrat de services avec

---

<sup>34</sup> Document déposé en preuve sous la cote C-49.

<sup>35</sup> Document déposé en preuve sous la cote C-52.

<sup>36</sup> Document déposé en preuve sous la cote C-53.

le réseau de la santé. Pour les établissements de Montréal<sup>37</sup> et Québec, c'est par contre le statu quo, c'est-à-dire que la dispensation des soins relève du MSP sous réserve de certaines ententes ponctuelles comme c'était le cas en 2015 pour le programme des ITSS. On comprend donc qu'en 2015, les soins de santé étaient sous la responsabilité du MSP. Les soins de santé de première ligne offerts par le réseau de la santé n'étaient pas accessibles aux détenus. J'ai été surprise d'apprendre que les travaux n'avaient abouti qu'à partir de 2015, et cela, malgré la réflexion amorcée par la tenue d'une enquête publique en 2001 concernant le décès de M. Brian Bédard (dossier 105909) et qui soulevait également la problématique de la dispensation des soins de santé en milieu carcéral.

M. Boucher ayant été libéré au deux tiers de sa peine, après quatre mois de détention, l'établissement de détention avait eu peu de temps pour faciliter, grâce à l'accessibilité à certains programmes, dont ceux de l'aide à l'emploi, le retour à une vie normale après la détention. On ne semblait pas non plus voir beaucoup d'alternative quant à la trajectoire à la libération. Selon M<sup>me</sup> Langlois, les seules trajectoires possibles pour un détenu qui a purgé sa peine comme M. Boucher étaient d'aller vivre chez un proche ou à domicile ou bénéficier d'une autre ressource d'hébergement accessible à tous citoyens comme le Centre NAHA. On considère cependant que les personnes incarcérées et contrevenantes doivent avoir accès aux mêmes ressources que les autres citoyens, tant à l'intérieur des murs qu'à leur sortie, et fait référence essentiellement aux soins de santé.

## **SOLUTIONS**

L'analyse a donc clairement mis en lumière les lacunes qui ont empêché M. Boucher d'obtenir une offre de service en milieu carcéral comparable à celle offerte à l'ensemble de la population pour des problèmes similaires. Le défi demeure le même lors de la libération, soit d'assurer un continuum de services afin d'éviter à la sortie le phénomène des portes tournantes et tisser un filet de sécurité aux maillages serrés afin de diminuer le plus possible la désorganisation et le suicide.

### **Soins de première ligne intégrés en détention et à la sortie**

Les représentants du MSP, du MSSS et du CIUSSS du Nord-de-Île-de-Montréal ont exposé publiquement les pistes de solutions les plus prometteuses selon eux. Leurs opinions convergent en un travail concerté menant au parachèvement du transfert de responsabilité des soins de santé vers le MSSS et à la mise en place d'un service de liaison à la sortie de détention pour ainsi assurer la meilleure transition possible. Cependant, le transfert semble cibler prioritairement les soins offerts pour des problèmes de santé physique et non en santé mentale.

C'est le témoignage très senti du D<sup>r</sup> André Delorme, psychiatre et directeur général des services de santé mentale et de psychiatrie légale du ministère de la Santé et des Services sociaux en 2018, mais également le signataire du plan d'action en santé mentale 2015-2020<sup>38</sup> qui a permis d'identifier l'élément manquant au plein parachèvement du transfert de responsabilité des soins. Il a brossé l'état de la situation quant aux services de premières lignes dont le défi est d'offrir des GASMA partout et d'assurer un continuum de services. Par son témoignage, il a su rallier les représentants du MSSS, du MSP et du CIUSSS du Nord-de-Île-de-Montréal. D'entrée de jeu, il précise que la création d'un bottin de ressources pour faciliter l'orientation des détenus à leur sortie n'offre aucune garantie quant

---

<sup>37</sup> La capacité carcérale totale est de 5416 places et l'Établissement de détention de Montréal prend la plus grande part avec 1402 places.

<sup>38</sup> Document déposé en preuve sous la cote C-33.

à la qualité des services, car il faudrait que le personnel de ces organismes soit membre d'un ordre professionnel ou que les centres soient en lien avec les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) (mécanisme de certification). Il croit fermement que les soins de santé dispensés en détention doivent être sous la responsabilité du MSSS et des CISSS/CIUSSS. Il précise que les soins de première ligne visent la santé physique, mais également la santé mentale et la toxicomanie. En ce sens, il faut des guichets en santé mentale sur tout le territoire, y compris dans les établissements de détention. Il constate qu'il existe des disparités régionales qui occasionnent des bris de services. En ce qui concerne le déploiement des soins de santé en détention, il constate qu'on a débuté avec les soins de santé physique uniquement, car les budgets n'ont pas suivi. Le MSSS a demandé au Conseil du trésor une augmentation de son enveloppe budgétaire pour le déploiement des services complets, mais l'aide a été partiellement refusée. Les problèmes de santé mentale et de dépendance sont surreprésentés en détention, car 20 % de la population carcérale serait aux prises avec des problèmes de santé mentale et 33 % aurait des problèmes de toxicomanie. Ainsi, il faut débiter le suivi en détention et faire des liens lors d'une sortie afin d'assurer un continuum de services grâce à un mécanisme de liaison tant pour le suivi médical que social.

Finalement, j'ai entendu le directeur général de la Maison Saint-Laurent ainsi que le directeur général de l'Association des services de réhabilitation sociale du Québec. Ces derniers sont également très favorables à la dispensation des soins de santé dans les établissements de détention par le réseau de la santé. Pour eux, il est impératif que le MSSS de concert avec les CISSS dispensent la gamme complète des soins de première ligne, soit santé physique, santé mentale et toxicomanie. Un agent de probation pourrait quant à lui prendre à sa charge le volet social. Cet agent ou une équipe de liaison pourrait ainsi assurer le continuum des soins lors de la libération. Pour l'Association des services de réhabilitation sociale du Québec, il faudrait également repenser l'offre de service du réseau communautaire et revoir les conditions menant à une libération au deux tiers (règle du bon temps). D'une part, il faudrait davantage d'organismes communautaires et, d'autre part, il faudrait, comme au fédéral, assujettir les détenus à purger la totalité de leur peine et ainsi donner davantage de temps pour mettre en branle des programmes conduisant à la réhabilitation, soit permettre de ramener une personne ayant un passé carcéral dans son état premier.

Ces mesures sont, selon moi, moins prometteuses, car elles nécessiteraient l'injection de ressources financières importantes ainsi que des modifications législatives. Je crois aussi que les interventions conduisant à l'achèvement des travaux pour le transfert de la responsabilité des soins de santé au MSSS et la mise en place d'un service de liaison lorsqu'un détenu quitte la détention sont réalisables à court ou moyen terme, car elles font l'objet d'une forte volonté politique et sont en voie d'application.

Depuis le décès de M. Boucher, le Centre NAHA a multiplié les mesures afin d'optimiser la prise en charge des personnes qui fréquentent ce centre. Lors des auditions, plusieurs documents administratifs<sup>39</sup> ont été produits : code d'éthique, règlements, plan d'intervention, consignes aux résidents pour la consommation et la violence, etc. Même si M. Pigeon a mentionné que le Centre NAHA n'accueillerait plus de résidents criminalisés, il a du même souffle mentionné lors de ses représentations que « pour des raisons humanitaires, le centre pourrait à nouveau accueillir ce type de clientèle tout en obtenant une ordonnance de soins ». Je crois certes que le réseau communautaire constitue un acteur incontournable. Cependant, ces organismes ne peuvent pas suppléer au réseau carcéral ni de la santé. Les organismes communautaires doivent agir en complémentarité, tout en respectant leurs

---

<sup>39</sup> Document déposé en preuve sous la cote C-45.

limites. Ainsi, le CA du Centre NAHA devrait préciser la mission du centre et les conditions admissions afin « d'éviter d'accueillir des personnes possédant le profil de M. Boucher ». Ceci est primordial tant pour la sécurité de l'utilisateur que pour les intervenants.

## **CONCLUSION**

M. Boucher s'est suicidé par pendaison au Centre NAHA le 1<sup>er</sup> juin 2016.

Les auditions de juin et de décembre 2018 ont mis en lumière que M. Boucher a quitté le milieu carcéral au deux tiers de sa peine (expiration de sa peine) et qu'il avait des problèmes de santé mentale et de consommation. Il avait besoin d'un hébergement et d'encadrement. On l'a référé au Centre NAHA qui était un milieu de vie et non de thérapie. Ce centre n'était pas une ressource adaptée aux besoins de M. Boucher. Un suivi médical de première ligne aurait dû débiter lors de sa détention et se poursuivre lors de sa libération. Ceci aurait permis d'éviter à la sortie le phénomène des portes tournantes. On aurait ainsi pu tisser un filet de sécurité aux maillages serrés afin de diminuer les possibilités qu'il ne se désorganise et devienne suicidaire.

Je crois ainsi que les interventions conduisant à l'achèvement des travaux pour le transfert de responsabilités des soins de santé dispensés en détention vers le MSSS et la mise en place d'un service de liaison lorsqu'un détenu quitte la détention sont des plus prometteuses.

## RECOMMANDATIONS

Afin de donner les services requis aux problèmes de santé physique, mentale et de dépendance dont souffrent les détenus et d'assurer une transition optimale à leur sortie d'un établissement de détention :

Je recommande au MSP et au MSSS de concert avec les CISSS/CIUSSS, qui ont sur leur territoire des établissements de détention, de parachever l'intégration des soins de première ligne en santé mentale, physique et de dépendance.

Je recommande au MSP, au MSSS et au CISSS/CIUSS qui ont sur leur territoire des établissements de détention, de mettre en place des stratégies pour assurer un continuum de soins de santé physique, mentale et de dépendance ainsi qu'une offre d'hébergement pour les détenus

Je recommande aux établissements de détention de se doter d'une équipe de liaison pour faciliter l'intégration sociale et la prise en charge des soins de santé physique, mentale et de dépendance des détenus libérés à l'issue de leur sentence.

Afin d'éviter qu'une personne éprouvant les mêmes problématiques que M. Boucher ne se retrouve au Centre NAHA :

Je recommande au Centre NAHA de préciser sa mission et les conditions d'admission des résidents, le tout en conformité avec ses champs d'expertise.

---

Québec, le 9 octobre 2019



Me Andrée Kronström, coroner

## ANNEXE I

### LA PROCÉDURE

Le 17 mai 2017, M<sup>e</sup> Catherine Rudel-Tessier, alors coroner en chef du Québec, rendait une ordonnance d'enquête relativement au décès de M. Mario-Nelson Boucher.

Les audiences publiques ont duré six jours et se sont déroulées au palais de justice de Montréal les 18, 19 et 20 juin 2018 ainsi que les 10, 11 et 12 décembre 2018.

J'ai été assistée, tout au long de ces journées d'audition, par le procureur aux enquêtes publiques du Bureau du coroner, M<sup>e</sup> Dave Kimpton.

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

- M<sup>me</sup> Carole Boucher, la sœur de M. Boucher;
- Le Centre NAHA représenté par le directeur général, M. Sébastien-L. Pagon.

Dix-neuf témoins ont été entendus et cinquante-quatre pièces ont été déposées sous les cotes C-1 à C-55.

Au cours de l'enquête, j'ai émis une ordonnance de non-publication pour les pièces C-2, C-3, C-4, C-5, C-6, C-7, C-8, C-9, C-10, C-11, C-12, C-13, C-14, C-15, C-16, C-17, C-20, C-21, C-22, C-23, C-31 et C-38, soit celles indiquées dans la liste de pièces par un astérisque.

M<sup>e</sup> Charles-Olivier Thibault a assisté M<sup>me</sup> Julie Blais lors de son témoignage.

Lors de la dernière journée d'audience, soit le 12 décembre 2018, M<sup>me</sup> Carole Boucher et M. Sébastien-L. Pagon, directeur général du Centre NAHA, ont fait des représentations.

## ANNEXE II

### LISTE DES PIÈCES

C-1	Ordonnance d'enquête
C-2*	Rapport d'intervention préhospitalière
C-3*	Examen externe du corps
C-4*	Rapport de laboratoire (INSPQ)
C-5*	Opinion concernant les résultats de l'analyse toxicologique
C-6*	Renseignements concernant les services pharmaceutiques assurés (2015-12-01 au 2018-02-26)
C-7*	Renseignements concernant les services médicaux assurés (2015-01-01 au 2017-12-11)
C-8*	Dossier médical de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (mai et novembre 2015)
C-9*	Dossier médical Établissement de détention de Montréal (2015)
C-10*	Dossier médical CLSC d'Ahuntsic (automne 2015)
C-11*	Dossier médical CHUM (Hôpital Saint-Luc) (janvier 2016)
C-12*	Dossier médical CLSC Jeanne-Mance (janvier 2016)
C-13*	Dossier de la Maison du Père (janvier 2016)
C-14*	Dossier médical CHUM (Hôpital Notre-Dame) (février 2016)
C-15*	Dossier médical CLSC Olivier-Guimond – M. Brosseau (12 et 18 mai 2016)
C-16*	Dossier patient Pharmacie Morin (5955, rue Sherbrooke E.)
C-17*	Dossier patient Pharmacie Ly Thanh Tran (rue Lacordaire)
C-18	Historique détention fédérale
C-19	Historique détention provinciale (mai 2015 à mai 2016)
C-20*	Dossier administratif Établissement de détention de Montréal (2015)
C-21*	Dossier Établissement de détention de Rivière-des-Prairies (mai 2016)
C-22*	Dossier Établissement de détention de Sherbrooke (mai 2016)
C-23*	Dossier Centre NAHA
C-24	Rapport d'évènements - Sébastien-L. Pigeon (Centre NAHA)
C-25	Rapport annuel du Centre NAHA 2016-2017
C-26	Registre des entreprises du Centre NAHA
C-27	N° d'appel RAO 2016-02-16 à 14 h 58
C-28	Rapport d'incident SPVM (16 février 2016)
C-29	Rapport d'incident SPVM (12 mai 2016)
C-30	Rapport agent St-Arnaud (12 mai 2016)
C-31*	Dossier CLSC Jeanne-Mance (12 mai 2016)
C-32	N° d'appel RAO 2016-06-02 à 13 h 30
C-33	Plan d'action en santé mentale 2015-2020 - Faire ensemble et autrement
C-34	Fiche Diogène
C-35	Déclaration de M. Jean Brosseau, travailleur social
C-36	Précisions de M. Jean Brosseau (14 juin 2018)
C-37	Engagement Centre L'Envolée (5 juin 2015)
C-38*	Dossier Centre L'Envolée (5 juin 2015)
C-39	Rapport de sélection - Maisons de transition
C-40	Formulaire d'admission de M. Boucher au Centre NAHA le 18 mai 2016 (non signé)
C-41	Compte rendu chronologique de M <sup>me</sup> Véronique De Carufel



C-42	Fiche d'admission de M. Boucher au Centre NAHA
C-43	Déclaration de M <sup>me</sup> Julie Blais, travailleuse sociale
C-44	Journal de M <sup>me</sup> Marie-Claude Naud, éducatrice spécialisée
C-45	Documents administratifs du Centre NAHA en liasse
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiche 1-Préadmission (02-05-2018)</li> <li>• Fiche 2-Discussion de cas (03-05-2018)</li> <li>• Fiche 3-Évaluation du fonctionnement social</li> <li>• Plan d'intervention</li> <li>• Entente de séjour</li> <li>• Règlements généraux du Centre NAHA (07-12-2014)</li> <li>• Règlements de la résidence (modifié le 01-04-2016)</li> <li>• Règlements d'immeuble de la résidence Lacordaire (ébauche 20-02-2018)</li> <li>• Consignes aux résidents pour la consommation et la violence (31-01-2018)</li> <li>• Procédure pour le Code de conduite et de harcèlement</li> <li>• Proposition Code d'éthique Centre NAHA (19-05-2011)</li> <li>• Procédure pour les absences et les retards</li> </ul>
C-46	Photos et plans du Centre NAHA en liasse
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Photos Centre NAHA (1)</li> <li>• Photos Centre NAHA (2)</li> <li>• Photos Centre NAHA (3)</li> <li>• Photos Centre NAHA (4)</li> <li>• Photos Centre NAHA (5)</li> <li>• Photos Centre NAHA (6)</li> <li>• Photos Centre NAHA (7)</li> <li>• Photos Centre NAHA (8)</li> <li>• Plan Centre NAHA sous-sol et rez-de-chaussée</li> <li>• Plan Centre NAHA 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> étage</li> </ul>
C-47	Engagement # 1 de M. Kenneth George (les attentes signifiées au directeur général)
C-48	Présentation du PSOC (M <sup>me</sup> Manon Barnabé)-Prog. Soutien org. com.
C-49	Présentation du MSP (M <sup>me</sup> Marlène Langlois)
C-50	Rapport du MSP concernant la récidive et la prise des sortants de prison de 2007-2008 en fin de peine continue (synthèse 1)
C-51	Rapport du MSP concernant la récidive et la reprise des personnes libérées conditionnellement en 2007-2008 (synthèse 2)
C-52	Présentation du MSSS (M <sup>me</sup> Marie-Josée Asselin)
C-53	Présentation du CIUSSS NIM (M <sup>me</sup> Elvira Gallant)
C-54	Correspondance MSSS et CIUSSS NIM en liasse concernant le transfert des soins de santé en milieu carcéral
C-55	Correspondance du Centre NAHA datée du 28 novembre 2012 (orientation temporaire de la mission)