

Pour la vie!

BUREAU DU CORONER

RAPPORT DES ACTIVITÉS
DES CORONERS EN 2016

Le contenu de la présente publication a été rédigé par le
Bureau du coroner

Édifice le Delta 2, bureau 390
2875, boulevard Laurier
Québec (Québec) G1V 5B1

Téléphone : 1 888 CORONER (267-6637)
Télécopieur : 418 643-6174

Cette publication peut être consultée
dans le site Internet du Bureau du coroner
à l'adresse suivante: www.coroner.gouv.qc.ca

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2017

ISBN 978-2-550-77970-4 (version imprimée)
ISBN 978-2-550-77971-1 (version PDF)
ISSN 1913-245X (version imprimée)
ISSN 1913-2468 (version PDF)

© Gouvernement du Québec, 2017

Tous droits réservés pour tous pays.
La reproduction par quelque procédé que ce soit
et la traduction, même partielles, sont interdites
sans l'autorisation des Publications du Québec.

Monsieur Jacques Chagnon
Président de l'Assemblée nationale du Québec
Hôtel du Parlement
Québec

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport des activités des coroners pour l'année civile 2016.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, mes salutations distinguées.

Le ministre des Affaires municipales
et de l'Occupation du territoire,
ministre de la Sécurité publique
et ministre responsable de la région de Montréal,

ORIGINAL SIGNÉ
Martin Coiteux

Québec, avril 2017

Pour la vie!



Monsieur Martin Coiteux
Ministre des Affaires municipales
et de l'Occupation du territoire,
ministre de la Sécurité publique et
ministre responsable de la région de Montréal
Tour des Laurentides
2525, boulevard Laurier, 5e étage
Québec (Québec) G1V 2L2

Monsieur le Ministre,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport des activités des coroners pour l'année civile 2016,
conformément à l'article 29 de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès.

Le contenu de ce rapport reflète l'état des données au 31 décembre 2016.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, mes salutations distinguées.

La coroner en chef,

ORIGINAL SIGNÉ
Catherine Rudel-Tessier

Québec, mars 2017

Pour la vie!



TABLE DES MATIÈRES

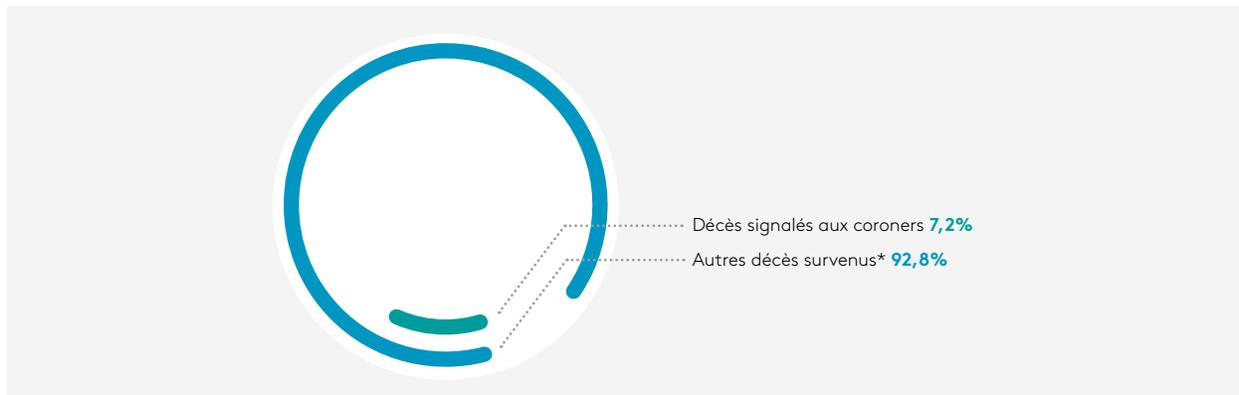
LES INVESTIGATIONS	1
LES DÉCÈS SIGNALÉS AUX CORONERS	1
LE DÉLAI ENTRE LE SIGNALEMENT D'UN DÉCÈS ET LE DÉPÔT DU RAPPORT DU CORONER	2
LES DÉLAIS MOYENS EN MOIS POUR LES INVESTIGATIONS TERMINÉES EN 2016, SELON LA CATÉGORIE D'INVESTIGATION	3
LES AUTOPSIES ET LES EXAMENS DE LABORATOIRE	4
QUELQUES RAPPORTS D'INVESTIGATION DÉPOSÉS EN 2016	4
LES ENQUÊTES	9
L'ÉVOLUTION DES ENQUÊTES ORDONNÉES AU COURS DE LA DERNIÈRE DÉCENNIE	9
LES ENQUÊTES EN COURS AU 31 DÉCEMBRE 2016	10
LES RAPPORTS D'ENQUÊTE DÉPOSÉS EN 2016	11
LES RECOMMANDATIONS ET LEUR TRAITEMENT	14
LE BILAN STATISTIQUE DES TRAUMATISMES MORTELS AU QUÉBEC	15

LES INVESTIGATIONS

LES DÉCÈS SIGNALÉS AUX CORONERS

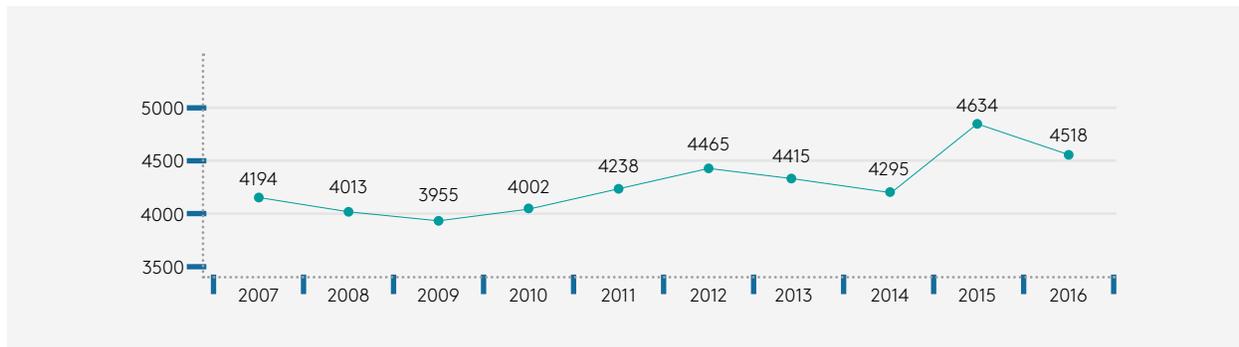
En 2016, 4 518 décès ont été signalés aux coroners du Québec. Comme l'indique le graphique suivant, les coroners sont intervenus dans environ 7,2 % de tous les décès survenus au Québec en 2016. La grande majorité des investigations est réalisée par des coroners à temps partiel (92,4 %).

POURCENTAGE DES DÉCÈS SIGNALÉS AUX CORONERS EN 2016 SUR L'ENSEMBLE DES DÉCÈS SURVENUS AU QUÉBEC



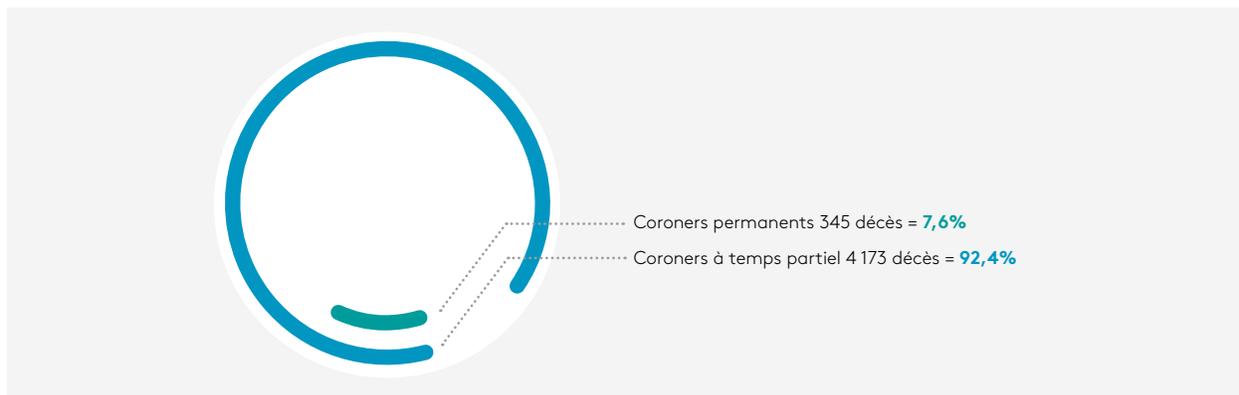
*Estimation à partir de la moyenne des décès survenus de 2013 à 2015.

ÉVOLUTION DES DÉCÈS SIGNALÉS AUX CORONERS DE 2007 À 2016*



*Un certain nombre d'avis sont transmis tardivement au coroner en chef. Les chiffres peuvent donc fluctuer.

RÉPARTITION DES DÉCÈS SIGNALÉS ENTRE LES CORONERS PERMANENTS ET LES CORONERS À TEMPS PARTIEL EN 2016



Lorsqu'un décès est signalé à un coroner, ce dernier prend connaissance du cas et informe le coroner en chef, dans les jours suivant l'avis de signalement, des raisons de son intervention.

Le tableau suivant présente les principales raisons qui ont justifié l'intervention des coroners en 2016. Les décès dans des circonstances obscures ou violentes, ou par suite de négligence, représentent la plus grande part (51,4 %) des interventions des coroners. Viennent ensuite les décès dont les causes médicales probables ne peuvent être établies (32,7 %). Une partie du travail des coroners consiste aussi à autoriser la sortie d'un corps du Québec (11,3 %) et, dans le cas de décès survenus dans des circonstances obscures ou violentes ou par suite de négligence, à autoriser l'entrée au Québec d'un corps en provenance d'une autre province ou d'un autre pays (0,9 %). Les autres raisons justifiant l'intervention des coroners sont généralement des décès qui surviennent dans des lieux bien précis comme les milieux de détention, les familles d'accueil et les garderies.

Répartition des décès signalés aux coroners selon la raison de l'intervention en 2016

RAISON DE L'INTERVENTION	NOMBRE	%
Circonstances obscures ou violentes, ou par suite de négligence	2 324	51,4
Causes médicales indéterminées	1 479	32,7
Autorisation de sortie d'un corps du Québec	511	11,3
Autorisation d'entrée d'un corps au Québec	40	0,9
Autres raisons ou raison inconnue	164	3,6
Total des décès signalés	4 518	

LE DÉLAI ENTRE LE SIGNALEMENT D'UN DÉCÈS ET LE DÉPÔT DU RAPPORT DU CORONER

En avril 2014, le Protecteur du citoyen déposait un rapport concernant les délais d'investigation des coroners. Il rapportait qu'en 2012, le délai moyen de réalisation des investigations était de 12,2 mois.

Les dossiers d'investigation en 2016

Comme le signalait le Protecteur du citoyen, les délais de production des rapports sont attribuables à plusieurs facteurs, notamment les délais de production des rapports finaux d'expertises des partenaires et les délais d'obtention des rapports policiers et des dossiers médicaux.

Pour donner suite au rapport du Protecteur du citoyen, le Bureau du coroner a mis en place, dès 2014, des mesures afin d'assurer la surveillance et l'encadrement des délais de production des rapports d'investigation. À l'instar du Protecteur du citoyen, le Bureau du coroner a retenu le délai moyen pondéré en fonction du nombre de dossiers d'investigation comme indicateur de suivi; les analyses excluent donc les entrées et les sorties de corps.

Ainsi, le Bureau du coroner a constaté que le délai moyen de production des rapports d'investigation se situait à environ 12,5 mois en 2013, à environ 13,3 mois en 2014, à environ 11,7 mois en 2015 et à environ 10,9 mois en 2016.

En 2016, 3 365 dossiers ont été terminés, soit une diminution de 20,8 % par rapport à 2015. L'augmentation du nombre de dossiers d'investigation actifs de 2015 à 2016 s'explique par une combinaison de facteurs :

- la livraison plus rapide des projets de rapports par les coroners se fait parfois au détriment de la qualité, de sorte que plusieurs échanges et demandes de changements sont nécessaires;
- le resserrement parallèle des critères de qualité que doivent respecter les rapports d'investigation;
- l'implantation du nouveau système informatique GECCO en mai 2016 a comporté son lot d'impondérables, sollicité des ressources normalement affectées à l'assurance qualité et augmenté globalement le temps de traitement des dossiers.

La situation devrait toutefois se résorber en 2017, compte tenu de l'élaboration d'une directive claire et synthétique sur les normes de qualité que doit respecter un rapport d'investigation et de l'embauche imminente d'un quatrième technicien en assurance qualité.

De plus, comme l'indique le tableau suivant, la pratique d'une autopsie contribue sensiblement à augmenter le délai de production du rapport d'investigation, le coroner devant alors attendre le rapport d'autopsie pour être en mesure de produire le sien.

LES DÉLAIS MOYENS EN MOIS POUR LES INVESTIGATIONS TERMINÉES EN 2016, SELON LA CATÉGORIE D'INVESTIGATION

CATÉGORIE D'INVESTIGATION	2016	2015	2014	2013	2012
	BUREAU DU CORONER	BUREAU DU CORONER	BUREAU DU CORONER	BUREAU DU CORONER	PROTECTEUR DU CITOYEN
Sans autopsie ni autre expertise	10,5 mois	10,4 mois	11,5 mois	10,4 mois	9,6 mois
Sans autopsie, avec autre expertise	10,0 mois	10,8 mois	11,6 mois	11,1 mois	10,5 mois
Avec autopsie, sans autre expertise	11,8 mois	15,3 mois	16,0 mois	13,0 mois	12,3 mois
Avec autopsie et autre expertise	11,8 mois	13,2 mois	15,4 mois	15,0 mois	15,1 mois

Enfin, pour les raisons précédemment évoquées, le nombre de dossiers d'investigation en cours est passé de 3 315 en 2015 à 4 241 en 2016. L'âge moyen des investigations en cours est quant à lui demeuré à 7,5 mois.

LES AUTOPSIES ET LES EXAMENS DE LABORATOIRE

Des autopsies ont été ordonnées pour 35,5 % des décès signalés aux coroners, pour un total de 1 605 autopsies. Elles sont pratiquées dans des hôpitaux ou au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale.

Des analyses toxicologiques sont aussi fréquemment demandées par les coroners pour éclaircir les causes probables et les circonstances d'un décès. Les données provisoires pour 2016 montrent que de telles analyses sont ordonnées par les coroners pour plus de la moitié des décès signalés. Elles sont réalisées soit au Centre de toxicologie du Québec, qui relève de l'Institut national de santé publique du Québec, soit au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale.

D'autres expertises sont ordonnées dans une faible minorité de cas (4,2 %). Il s'agit, par exemple, d'expertises en anthropologie judiciaire, d'analyses d'ADN ou d'analyses balistiques.

Le tableau suivant présente la répartition des expertises demandées par les coroners en 2016.

Décès ayant fait l'objet d'expertises ordonnées par le coroner

EXPERTISES	NOMBRE	%*
Autopsie	1 605	35,5
Toxicologie	2 535	56,1
Autres expertises	193	4,2

*Les pourcentages sont calculés sur les 4 518 décès signalés en 2016.

QUELQUES RAPPORTS D'INVESTIGATION DÉPOSÉS EN 2016

1. Criminaliser le cellulaire au volant?

Une dame de 75 ans est mortellement heurtée par un véhicule à Saint-Pascal.

Un accident est souvent le résultat de plusieurs facteurs parmi lesquels la coroner, D^{re} Renée Roussel, retient que le conducteur était distrait par son téléphone cellulaire, comme en témoigne le relevé de son fournisseur de service.

Malgré la multiplication des campagnes de sensibilisation sur les dangers de l'utilisation du téléphone cellulaire au volant et la législation qui l'interdit, de très nombreux conducteurs en font fi. À cela s'ajoutent une jurisprudence et des sanctions non dissuasives, qui poussent la coroner à demander si des solutions technologiques telles que le brouillage des ondes cellulaires à bord des véhicules seraient préférables aux mesures purement éducatives actuellement préconisées.

Bref, les décès continuent de s'accumuler et appellent des actions plus fermes, estime la coroner. Le cellulaire au volant étant un fléau, il devrait être considéré et traité comme tel, au même titre que l'alcool. Ces conclusions vont dans le sens de celles de son collègue, M^e Yvon Garneau, qui recommande depuis quelques années à la Société d'assurance automobile du Québec d'amender le Code de la sécurité routière afin que l'inscription des points d'inaptitude pour l'usage illégal d'un cellulaire au volant soit augmentée à neuf.

2. Les dangers sous-estimés des VTT pour jeunes

Un garçon de 5 ans décède d'une asphyxie mécanique par compression du tronc à la suite d'une chute avec son véhicule tout-terrain (VTT) à la Pourvoirie du lac Tessier, à Clova.

Des témoins apercevaient régulièrement l'enfant seul et sans supervision d'un adulte au volant du VTT. Or, au Québec, selon la Loi sur les véhicules hors route, tout conducteur doit être minimalement âgé de 16 ans et doit être titulaire d'un certificat attestant ses compétences entre 16 et 18 ans, rappelle le coroner, Dr Jean Pierre Blais.

Il cite par ailleurs la littérature, évoquant que l'inexpérience, une taille et une force physique insuffisantes, une immaturité motrice et cognitive et la tendance à adopter des comportements à haut risque sont tous des éléments qui contribuent aux risques de blessure chez les enfants et les adolescents qui conduisent un VTT.

De plus, le taux de risque pour un enfant ou un adolescent qui conduit un modèle de VTT adapté aux jeunes demeure près de deux fois plus élevé que celui d'un adulte qui conduit un véhicule lourd. Le risque de blessure chez un jeune qui utilise un véhicule plus petit est également cinq fois plus élevé que celui que court un adulte sur un véhicule de la même dimension.

Un avis de prudence (en anglais) apposé par le constructeur américain sur le VTT en cause indiquait qu'une personne de moins de 12 ans ne devrait jamais le conduire. Malgré cette consigne et la législation en vigueur, il semble évident que l'entourage de l'enfant, à l'instar de plusieurs adultes, a sous-estimé les dangers de la conduite d'un véhicule dit adapté aux jeunes. Ces petits VTT se vendent dans plusieurs commerces et leur usage est courant dans bien des régions où abondent lacs et forêts.

C'est à cette banalisation qu'il faut s'attaquer, affirme le coroner. Il recommande de ce fait au ministère des Transports, de la Mobilité durable et de l'Électrification des transports d'établir une réglementation facile à faire respecter afin de restreindre l'usage des VTT jouets à moteur destinés aux mineurs et de fixer l'âge minimal à partir duquel il est légal de conduire un tel véhicule.

Il recommande du même souffle la réalisation d'une campagne de sensibilisation aux dangers de conduire un VTT qui inciterait les jeunes de moins de 18 ans à adopter un comportement légal. La campagne viserait également à rappeler à tous, mineurs et adultes, que les habiletés physiques et cognitives nécessaires à une conduite sécuritaire des véhicules hors route ne peuvent être acquises que par des personnes âgées de plus de 16 ans. Cette campagne viserait bien sûr les parents en leur rappelant les dangers d'acheter un VTT jouet et de le laisser conduire par un enfant, et rappellerait aux propriétaires de VTT la responsabilité civile liée à la permission donnée à un mineur de conduire un tel véhicule.

Le Directeur des poursuites criminelles et pénales devrait pour sa part procéder à une étude annuelle de tous les cas de personnes mineures décédées en conduisant un VTT afin de déterminer la responsabilité des personnes ayant autorisé des mineurs à utiliser ce type de véhicule, et prendre alors les actions jugées nécessaires.

3. Un triage optimal pour une prise en charge rapide et adéquate à l'urgence

Un homme de 73 ans décède d'une rupture d'anévrisme de l'aorte abdominale à l'Hôpital Royal Victoria du Centre universitaire de santé McGill, à Montréal, après avoir été transféré du Centre hospitalier de St. Mary.

À la suite de ce décès, de nombreuses inquiétudes sont soulevées par diverses personnes et instances concernant la décision du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal de limiter les services offerts en chirurgie vasculaire à son installation du Centre hospitalier de St. Mary. Selon certains, relate le coroner, Dr^e Krystyna Pecko, cette décision et des retards dans sa diffusion auprès des équipes cliniques auraient causé un délai dans la prise en charge du patient et auraient par conséquent contribué à son décès qu'ils jugent prématuré.

Afin d'éclaircir les circonstances controversées de ce décès, la coroner a notamment consulté les dossiers médicaux du patient ainsi que de nombreux documents clinico-administratifs. Elle a aussi effectué des entrevues individuelles avec les médecins, infirmières et gestionnaires concernés, avec la haute direction du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal et avec des proches du patient.

De cette rigoureuse investigation découlent des recommandations, à savoir que le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal :

- s'assure du respect des normes de triage énoncées dans l'Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence;
- statue sur l'offre de services en chirurgie vasculaire à son installation du Centre hospitalier de St. Mary après s'être assuré que les conditions appropriées (énumérées à la section 6.3 du rapport de la coroner) sont présentes et après avoir consigné la nouvelle offre de services ainsi que les nouvelles règles de fonctionnement au sein d'une planification rigoureuse et d'ententes interétablissements explicites;
- s'assure d'avoir consulté tous les intervenants et tous les partenaires concernés par la réorganisation de ses services de chirurgie vasculaire au Centre hospitalier de St. Mary au cours de son processus de planification puis d'informer officiellement tous ses intervenants et partenaires de l'orientation retenue avant de procéder aux changements;
- s'assure que toutes les révisions ou les développements d'offres de services cliniques fassent l'objet des mesures ci-haut mentionnées.

4. Inhalation mortelle de « spray net » et de dépoussiéreur à clavier

Une femme de 32 ans et un jeune homme de 14 ans décèdent consécutivement à une exposition au difluoroéthane. La première dans un contexte ménager alors qu'elle tentait d'éliminer une tache sur un vêtement et le deuxième, après avoir inhalé la substance volontairement pour ses effets euphorisants.

Le difluoroéthane est contenu dans divers produits à usage domestique tels que le fixatif pour cheveux et le nettoyant pour clavier d'ordinateur. Bien qu'en apparence inoffensive, l'inhalation de ces produits de manière soutenue ou sans aération suffisante risque de conduire à une intoxication qui peut être mortelle.

Deux coroners, M^{es} Denyse Langelier et Luc Malouin, attirent donc l'attention sur les dangers potentiellement insoupçonnés d'une exposition inadéquate au difluoroéthane. M^e Malouin recommande au ministère de la Santé et des Services sociaux de prendre connaissance de l'analyse de la problématique concernant l'inhalation induite de substances volatiles, incluse dans son rapport et produite par un médecin travaillant en santé publique, et de prendre les mesures appropriées pour contrer cette problématique.

5. Envisager le traitement anticonvulsivant en milieu préhospitalier

Une femme de 44 ans décède à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, à Québec, d'une encéphalopathie anoxique secondaire à une crise d'épilepsie prolongée survenue à Sainte-Marie, en Chaudière-Appalaches. Environ une heure s'est écoulée entre le début de la crise et la prise en charge par l'équipe médicale de l'urgence de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, incluant un transport ambulancier de 38 minutes.

Il est connu dans la communauté médicale scientifique qu'un arrêt rapide des convulsions tonico-cloniques évite l'apparition de graves conséquences liées principalement à des complications aux organes vitaux, dont le cœur et le cerveau, souligne la coroner, D^{re} Lyne Chouinard. L'accès à un traitement médical plus rapide, que seuls les médecins sont autorisés à administrer, aurait probablement pu éviter ces graves complications et le décès de la femme, conclut-elle.

La coroner s'interroge de plus sur le choix des techniciens ambulanciers paramédics de se rendre directement à l'urgence de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus alors que le Centre hospitalier de l'Université Laval du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale était à mi-chemin de leur destination finale.

Conséquemment, elle recommande au Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière Appalaches de s'assurer que la politique de déplacement des usagers du réseau de la santé et des services sociaux de son territoire est respectée par les techniciens ambulanciers paramédics en ce qui a trait aux corridors de service visant à se rendre dans le centre receveur le plus près et le plus approprié selon la condition médicale nécessitant leur intervention.

Elle recommande aussi à la Direction des services préhospitaliers d'urgence du ministère de la Santé et des Services sociaux d'explorer la possibilité de développer un protocole de traitement des crises d'épilepsie tonico-cloniques généralisées prolongées avec une dose sécuritaire d'un médicament reconnu efficace selon un contexte clinique bien précis s'adressant à des patients ayant des antécédents connus d'épilepsie, et au comité des services préhospitaliers d'urgence du Collège des médecins du Québec d'évaluer la pertinence d'un traitement anticonvulsivant en milieu préhospitalier.

6. Une meilleure formation des pompiers pour une meilleure protection de la vie humaine à Puvirnituaq

Une adulte et un bébé décèdent dans un incendie résidentiel, à Puvirnituaq.

Outre l'intoxication à l'alcool qui a certainement altéré la capacité de la victime adulte de fuir le brasier, la coroner, M^e Andrée Kronström, pointe le perpétuel roulement de personnel et le manque de formation des pompiers du Service de sécurité incendie de Puvirnituaq.

À la suite de l'appel d'urgence signalant l'incendie, dix pompiers se sont rendus sur les lieux alors que les quatorze en disponibilité auraient dû être déployés pour un feu de cette ampleur. On ignore pourquoi quatre ne se sont pas présentés, note la coroner. Qui plus est, les pompiers ignoraient les règles de base de leur métier et maîtrisaient mal le fonctionnement de leur masque à oxygène et l'ajustement des boyaux, ce qui leur a fait perdre un temps précieux. L'absence du chef pompier démissionnaire, seul détenteur de la formation Pompier I, a provoqué une intervention désordonnée.

Le Service de sécurité incendie de Puvirnituaq détient trois camions-citernes et de l'équipement fonctionnel en nombre suffisant. Tout est donc en place pour disposer d'un service de sécurité incendie efficace, à condition que les pompiers qui le composent complètent leur formation. La plupart suivent la formation théorique dans le Nord mais sont peu enclins à se rendre à Blainville pour approfondir le volet pratique.

La coroner recommande donc à l'Administration régionale Kativik de prendre les mesures nécessaires afin que tous les pompiers du Service de sécurité incendie de Puvirnituaq terminent leur formation obligatoire prévue au Règlement sur les conditions pour exercer au sein d'un service de sécurité incendie municipal, notamment en parachevant la mise en place d'un centre de formation pratique dans le Nord.

Pour la vie!

Pour la vie!

Pour la vie!

LES ENQUÊTES

L'ÉVOLUTION DES ENQUÊTES ORDONNÉES AU COURS DE LA DERNIÈRE DÉCENNIE

ANNÉE	NOMBRE D'ENQUÊTES	NOMBRE DE DÉCÈS
2007	5	5
2008	7	7
2009	4	7
2010	2	4
2011	6	8
2012	3	16
2013	3	3
2014	5	36
2015	4	4
2016	4	9
Total	43	99

En 2016, le coroner en chef a ordonné quatre enquêtes publiques. Trois de ces enquêtes étaient en cours au 31 décembre 2016, de même que trois enquêtes ordonnées en 2015. Par ailleurs, trois enquêtes ordonnées en 2014 et 2015 ont été conclues en 2016.

LES ENQUÊTES EN COURS AU 31 DÉCEMBRE 2016

NOM/PRÉNOM NATURE ET DATE DU DÉCÈS	DATE DE L'ORDONNANCE	CORONER	LIEU DE L'ENQUÊTE
Pichette-Mercier, Jennyfer Noyade dans la rivière du Sud à Saint-Raphaël 2015-07-15	2016-07-25	M ^e Andrée Krönstrom	Palais de justice de Montmagny
Provost, Mélissa Noyade dans la rivière du Sud à Saint-Raphaël 2015-07-15	2016-07-25	M ^e Andrée Krönstrom	Palais de justice de Montmagny
Barbe, Vincent Collision entre un véhicule et une autopatrouille 2015-04-30	2016-07-08	M ^e Luc Malouin	À déterminer
Grégoire, Marie-Marthe Suicide dans la communauté autochtone de Uashat mak Mani-Utenam 2015-06-21	2016-01-28	M ^e Bernard Lefrançois	Palais de justice de Sept-Îles
Grégoire-Vollant, Charles Junior Suicide dans la communauté autochtone de Uashat mak Mani-Utenam 2015-02-10	2016-01-28	M ^e Bernard Lefrançois	Palais de justice de Sept-Îles
Guanish, Nadeige Suicide dans la communauté autochtone de Uashat mak Mani-Utenam 2015-10-31	2016-01-28	M ^e Bernard Lefrançois	Palais de justice de Sept-Îles
Rock Michel, Céline Suicide dans la communauté autochtone de Uashat mak Mani-Utenam 2015-08-13	2016-01-28	M ^e Bernard Lefrançois	Palais de justice de Sept-Îles
Sandy, Alicia Grace Suicide dans la communauté autochtone de Uashat mak Mani-Utenam 2015-06-21	2016-01-28	M ^e Bernard Lefrançois	Palais de justice de Sept-Îles
Duval, Réal Accident de la route 2014-06-13	2015-12-10	M ^e Luc Malouin	Palais de justice de Shawinigan
Samson, Stéphane Défenestration 2013-03-29	2015-12-10	M ^e Andrée Krönstrom	Palais de justice de Longueuil
Langlois, Angèle Rupture de l'artère vertébrale après des manipulations chez un naturopathe 2014-11-19	2015-09-23	M ^e Luc Malouin	Palais de justice de Sherbrooke

LES RAPPORTS D'ENQUÊTE DÉPOSÉS EN 2016

1. Échec du réseau de la santé à soutenir convenablement la clientèle vulnérable

Un homme de 41 ans présentant des problèmes de santé mentale et d'itinérance décède dans le contexte d'une intervention d'urgence menée par le Service de police de la Ville de Montréal.

L'enquête révèle qu'en dépit de sa tentative volontaire d'obtenir de l'aide médicale, l'homme a écopé d'une organisation des ressources mal adaptée à la réalité des besoins de la clientèle vivant des problèmes de nature psychiatrique. En effet, l'homme a été référé à un guichet unique aux heures d'ouverture limitées au lieu de recevoir l'aide immédiate que commandait son état. Qui plus est, les contraintes de divulgation de l'information médicale ont fait en sorte qu'aucun des intervenants ayant rencontré l'homme n'a pu obtenir de portrait médical complet du patient.

La Ville de Montréal reçoit plus de 30 000 appels par année au sujet de personnes souffrant de problèmes de santé mentale et 15 000 appels concernant des problèmes liés à des itinérants, démontrant toute l'ampleur du problème auquel sont confrontés les policiers, signale le coroner, M^e Luc Malouin. Près de 95 % des situations à l'origine de ces appels ne concernent pas le travail policier et sont le résultat direct de l'échec du réseau de la santé et des services sociaux à bien soutenir cette clientèle vulnérable. Par conséquent, les policiers se retrouvent dans des situations pour lesquelles ils ne sont pas adéquatement formés et outillés, où on leur demande d'agir comme des travailleurs sociaux alors que cette responsabilité revient au réseau de la santé et des services sociaux.

C'est pourquoi le coroner recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux de :

- solutionner la problématique de la transmission de renseignements médicaux entre les établissements de l'île de Montréal en ce qui concerne les personnes souffrant de maladie mentale ou itinérantes;
- favoriser la mise sur pied d'une clinique médicale urbaine pour traiter les personnes itinérantes et celles souffrant de maladie mentale et lui allouer les budgets et l'effectif médical nécessaires afin de donner tous les services de première ligne;
- prévoir un mécanisme pour que cette clinique obtienne automatiquement tous les renseignements médicaux pour cette clientèle cible de l'île de Montréal;
- allouer les budgets et les effectifs médicaux nécessaires à l'implantation du PRISM (Projet de réaffiliation en itinérance et santé mentale) dans tous les centres d'aide aux itinérants de l'île de Montréal;
- augmenter les effectifs provenant du milieu de la santé et qui travaillent au sein des équipes de soutien aux urgences psychosociales (ESUP) et accorder les budgets nécessaires afin d'augmenter le nombre d'ESUP.

Il recommande de plus au ministère de l'Éducation, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, au ministère de la Sécurité publique et à l'École nationale de police du Québec (ENPQ) de revoir la formation offerte par le cégep et l'ENPQ aux policiers, afin qu'ils reçoivent une bonne formation en matière de santé mentale et sur la façon d'intervenir auprès des personnes ayant des problèmes de santé mentale.

Au ministère de la Sécurité publique spécifiquement, il recommande d'établir des normes et des règles pour prévoir une formation continue obligatoire des policiers pour qu'ils soient toujours au meilleur de leurs capacités physique et intellectuelle, d'allouer à l'ENPQ les budgets et les ressources nécessaires afin de réaliser des recherches et des études sur toutes les catégories d'armes intermédiaires existantes et de diffuser les résultats de ces recherches auprès de tous les corps policiers du Québec.

Il recommande au Service de police de la Ville de Montréal d'augmenter le nombre de pistolets à impulsion électrique, spécialement au centre-ville, et de faire en sorte qu'au moins un policier par auto-patrouille en soit équipé; d'augmenter l'effectif des équipes mixtes de soutien aux urgences psychosociales sur tout le territoire et dans tous les quarts de travail ainsi que le nombre de policiers formés en réponse en intervention de crise (RIC) afin d'atteindre un ratio d'un policier formé en RIC par auto-patrouille; et de maintenir et améliorer les formations simulées en s'efforçant de reproduire un haut niveau de stress chez les policiers pour qu'ils acquièrent des habiletés à travailler lors de leurs interventions en situation de stress.

Il recommande en outre à la Ville de Montréal d'exercer un leadership sur son territoire en matière de lutte contre l'itinérance et de confier au Protecteur des itinérants le mandat de fédérer les efforts de tous les intervenants, autant du milieu communautaire que de celui de la santé.

2. Décès malgré la présence d'un lit d'arrêt

Un homme de 31 ans décède au volant de son véhicule lourd lors d'une manœuvre d'urgence après avoir utilisé la voie de secours (lit d'arrêt) pour tenter de s'immobiliser, à Petite-Rivière-Saint-François.

Pour tenter d'expliquer un enchaînement d'événements comme celui qui a mené au décès du jeune homme, il faut considérer un ensemble d'éléments, résume la coroner, M^e Andrée Kronström.

D'une part, le conducteur n'avait pas complété la formation recommandée quoique non obligatoire et ne disposait donc pas de connaissances suffisantes et détaillées favorisant une conduite préventive.

D'autre part, trois déficiences majeures ont été décelées sur le système de freinage du camion après l'accident, lesquelles ont d'autant plus compromis son efficacité que le conducteur n'a pas effectué d'arrêt complet à l'aire de vérification des freins et n'a pas pu vérifier si ses freins étaient en surchauffe. N'ayant pas complété de formation en conduite de camions, il est d'ailleurs peu probable qu'il connaissait la procédure et qu'il comprenait parfaitement le panneau de signalisation à cet égard, dont le message est par ailleurs trop long et pas assez précis pour bien aiguiller les chauffeurs, estime la coroner. Elle note que depuis l'ajout d'une caméra en 2014, les statistiques de fréquentation de l'aire de vérification des freins de Petite-Rivière-Saint-François démontrent que moins de 10 % des camions s'y arrêtent.

Afin que tous les camionneurs arrêtent leur véhicule et vérifient l'état du système de freinage aux aires de vérification des freins, la coroner recommande au ministère des Transports, de la Mobilité durable et de l'Électrification des transports, à la Société de l'assurance automobile du Québec, à la Sûreté du Québec et au Contrôle routier du Québec d'identifier ensemble les avenues les plus prometteuses pour que le message soit compris et respecté par les camionneurs.

Dans un même ordre d'idées, pour que tous les camionneurs puissent posséder les compétences leur permettant d'adopter une conduite préventive en milieu montagneux, la coroner recommande:

- à la Société de l'assurance automobile du Québec de rendre obligatoire la formation de base pour l'obtention d'un permis de classe 1;
- à la Société de l'assurance automobile du Québec, de concert avec les écoles professionnelles et les différentes associations dans le domaine du camionnage :
 - de déterminer le nombre d'heures de cette éventuelle formation;
 - de prévoir des mises à niveau grâce à de la formation continue obligatoire.
- à la Société de l'assurance automobile du Québec de sensibiliser les entreprises de camionnage concernant l'importance d'investir dans des programmes personnalisés de formation.

3. Suicide à l'hôpital

Une femme de 58 ans se suicide par pendaison dans une salle de bain à l'aide d'un morceau de drap alors qu'elle est hospitalisée au Centre hospitalier affilié universitaire régional de Trois-Rivières (CH de Trois-Rivières).

Souffrant de graves problèmes de santé mentale depuis environ trois ans, la femme cumule les traitements et les séjours en centre hospitalier sur une base volontaire. Elle tente également de mettre fin à ses jours. Au moment de son décès, elle est en attente d'un traitement d'électroconvulsivothérapie qui tarde en raison de l'absence d'équipement spécialisé au CH de Trois-Rivières.

Sur la base des faits qui lui sont exposés durant l'enquête, le coroner, M^e Luc Malouin, recommande au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec :

- d'analyser tous les outils et équipements à la disposition des patients des unités de psychiatrie et de faire en sorte qu'un patient ne puisse utiliser une pièce d'équipement de cette unité afin de mettre fin à ses jours;
- de contrôler régulièrement la sécurité de l'unité de psychiatrie et tout le matériel qui s'y trouve selon un calendrier prédéterminé afin d'éliminer les risques d'un incident malheureux à l'unité;
- d'exiger que tout le personnel de l'unité de psychiatrie, qu'il occupe un poste permanent ou à temps partiel ou qu'il effectue un remplacement, possède une formation minimale en psychiatrie et ait une connaissance des outils mis à sa disposition pour bien effectuer son travail.

Il recommande également au ministère de la Santé et des Services sociaux de prendre connaissance de son rapport, de le transmettre à tous les directeurs des services professionnels des établissements hospitaliers québécois et de leur demander de vérifier l'aménagement de leur département de psychiatrie et du matériel qui y est utilisé afin que celui-ci soit sécuritaire.

4. Décès accidentel

Une femme de 66 ans décède à la suite d'un accident de voiture à Montréal. Des contradictions entre le témoignage de la passagère du véhicule et les expertises mécaniques conduisent à la tenue d'une enquête publique.

Il ressort de cette enquête que les éléments factuels sont conciliables, juge le coroner, M^e Luc Malouin. Immobilisée à un arrêt obligatoire devenu vert, la victime a tranquillement suivi les véhicules devant le sien qui tournaient à gauche sur un feu prioritaire. N'ayant pas eu le temps de tourner aussi au moment où ce feu est devenu rouge, la dame a probablement inversé les pédales de l'accélérateur et du frein en voulant s'arrêter, passant alors sur le feu rouge et frappant un autobus.

Il s'agit d'un décès accidentel dû à une erreur humaine, conclut le coroner.

LES RECOMMANDATIONS ET LEUR TRAITEMENT

À l'occasion d'une investigation ou d'une enquête, le coroner peut, s'il le juge à propos, formuler toute recommandation visant une meilleure protection de la vie humaine.

Avant de formuler ses recommandations, le coroner examine, s'il y a lieu, les autres rapports de coroners sur des décès semblables survenus dans le passé, consulte des experts et étudie la littérature scientifique pertinente.

Selon l'article 98 de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès, le coroner en chef, lorsqu'il le juge approprié, fait parvenir aux personnes, aux associations, aux ministères ou aux organismes concernés les recommandations formulées par un coroner dans son rapport.

En 2016, les coroners ont déposé 168 rapports comportant des recommandations. Chaque recommandation peut être transmise à un ou à plusieurs intervenants, soit pour information, soit pour suivi. Ces recommandations sont de nature publique puisqu'elles font partie intégrante du rapport du coroner.

La liste des recommandations ne figure pas dans le présent rapport des activités des coroners, car elle est trop longue. Les recommandations formulées depuis 2001 peuvent cependant être consultées dans le site Internet du Bureau du coroner, au www.coroner.gouv.qc.ca.

Rapports de coroners avec recommandations en 2016

TYPE DE DÉCÈS	NOMBRE DE RAPPORTS	%
Traumatisme non intentionnel	101	60,1
Cause naturelle	40	23,8
Suicide	26	15,5
Décès traumatique d'intention indéterminée	1	0,6
Total	168	

LE BILAN STATISTIQUE DES TRAUMATISMES MORTELS AU QUÉBEC

Fichier du coroner en chef

Depuis 1986, le coroner en chef tient un fichier informatisé des causes et des circonstances des décès par traumatisme qui surviennent au Québec. Les pages suivantes présentent le portrait des décès par traumatisme pour 2013 et 2014, en le comparant à la moyenne des années 2008 à 2012.

Le regroupement des décès s'inspire des grandes divisions de la 10^e Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes.

Délais dans le dépôt des rapports

La plupart des rapports de coroners prennent plusieurs mois avant d'être transmis au coroner en chef. Dans les cas d'investigations en cours, le coroner en chef est toutefois en possession d'indications sur les causes et les circonstances probables du décès. Bien que ces données soient sujettes à changer, elles traduisent bien la réalité. Dans les faits, leur inclusion permet de produire des statistiques annuelles plus précises que leur exclusion. Voilà pourquoi ces données sont intégrées aux bilans statistiques lorsque c'est possible. C'est ce qui explique l'ajout d'une catégorie « En cours » dans les tableaux statistiques.

Cette façon de faire signifie aussi que les chiffres peuvent varier légèrement d'un bilan à l'autre, car la banque de données n'est jamais fermée. L'information contenue dans chaque nouveau rapport reçu est intégrée à la banque dès qu'elle est accessible, peu importe l'année du décès.

État des rapports de 2013, selon les données à jour au 27 janvier 2017

4 415 décès soumis au coroner

- 4 403 rapports déposés (99,7 %)
- 12 rapports à venir (0,3 %)

État des rapports de 2014, selon les données à jour au 27 janvier 2017

4 295 décès soumis au coroner

- 4 230 rapports déposés (98,5 %)
- 65 rapports à venir (1,5 %)

Les décès par traumatismes non intentionnels associés au transport terrestre

	MOYENNE 2008-2012	NOMBRE 2013	% VARIATION 2013/2008-2012	NOMBRE 2014
Occupant d'une automobile	294	219	-25,5	180
Piéton	78	70	-10,3	48
Motocycliste	52	50	-3,8	44
Occupant d'un VTT	28	28	0,0	28
Motoneigiste	24	25	4,2	20
Occupant d'une camionnette	25	21	-16,0	18
Cycliste	21	27	28,6	17
Occupant d'un véhicule agricole	7	1	-85,7	7
Occupant d'un camion lourd	8	14	75,0	4
Occupant d'un autobus	1	0	-100,0	2
Occupant d'un véhicule de construction	1	3	200,0	1
Occupant d'un véhicule à trois roues	1	1	0,0	1
Occupant d'un véhicule industriel	3	2	-33,3	0
Autre	1	2	100,0	3
En cours	1	3	-	4
Total	545	466	-14	377

Les décès par traumatismes non intentionnels associés au transport par eau

	MOYENNE 2008-2012	NOMBRE 2013	% VARIATION 2013/2008-2012	NOMBRE 2014
Événements entraînant la noyade et la submersion	19	19	0	18
Événements entraînant d'autres lésions traumatiques	5	5	0	2
Total	24	24	0	20

Les décès par traumatismes non intentionnels associés au transport aérien

	MOYENNE 2008-2012	NOMBRE 2013	% VARIATION 2013/2008-2012	NOMBRE 2014
Total	15	4	-73	3

Les décès par traumatismes non intentionnels associés à des causes externes autres que le transport

	MOYENNE 2008-2012	NOMBRE 2013	% VARIATION 2013/2008-2012	NOMBRE 2014
Chute	222	351	58,1	306
Intoxication	225	268	19,1	296
Suffocation, strangulation et obstruction des voies respiratoires	66	81	22,7	81
Exposition à la fumée, au feu ou aux flammes	37	102	175,7	75
Noyade*	56	44	-21,4	50
Complications de soins médicaux	22	23	4,5	25
Exposition aux forces de la nature	26	33	26,9	17
Heurt par ou contre un objet	15	19	26,7	16
Contact avec une machine ou un dispositif de levage	13	13	0,0	14
Exposition au courant électrique	7	5	-28,6	4
Décharge d'arme à feu	3	2	-33,3	3
Contact avec de l'eau chaude	2	3	50,0	3
Compression entre des objets	3	5	66,7	1
Explosion	3	3	0,0	1
Autre	20	17	-15,0	19
En cours	1	3	-	25
Total	721	972	34,8	936

*Décès associés au transport par eau exclus.

Les décès par traumatismes intentionnels auto-infligés

	MOYENNE 2008-2012	NOMBRE 2013	% VARIATION 2013/2008-2012	NOMBRE 2014
Pendaison et strangulation	591	605	2,4	594
Intoxication à des substances liquides ou solides	185	164	-11,4	185
Décharge d'arme à feu	132	122	-7,6	126
Intoxication à un gaz	51	43	-15,7	54
Noyade	41	39	-4,9	42
Précipitation dans le vide	46	52	13,0	38
Collision d'un véhicule à moteur	36	29	-19,4	31
Utilisation d'un objet tranchant	29	36	24,1	28
Exposition à la fumée, au feu ou aux flammes	8	14	75,0	9
Autre	5	9	80,0	14
En cours	1	1	-	13
Total	1124	1114	-0,9	1134

Les décès par traumatismes intentionnels infligés par autrui

	MOYENNE 2008-2012	NOMBRE 2013	% VARIATION 2013/2008-2012	NOMBRE 2014
Agression par arme à feu	28	26	-7,1	27
Agression par objet tranchant	27	19	-29,6	22
Agression par objet contondant	9	9	0,0	8
Bagarre, rixe (sans arme)	5	2	-60,0	5
Agression par strangulation	10	7	-30,0	3
Agression par la fumée, le feu ou les flammes	3	0	-100,0	0
Autre	10	2	-80,0	5
En cours	0	0	-	0
Total	92	65	-29,3	70

Les décès par traumatismes d'intention indéterminée*

	MOYENNE 2008-2012	NOMBRE 2013	% VARIATION 2013/2008-2012	NOMBRE 2014
Intoxication	45	46	2,2	30
Noyade	7	4	-42,9	7
Chute	3	5	66,7	3
Pendaison	3	6	100,0	2
Collision d'un véhicule à moteur	4	2	-50,0	0
Autre	9	6	-33,3	7
En cours	0	1	-	12
Total	70	70	0,0	61

*L'intention de plusieurs de ces traumatismes sera connue une fois le rapport d'investigation terminé.



Pour la vie!



Bureau
du coroner

Québec 