

Répertoire des recommandations des coroners 1999

- Des recommandations du Coroner : pourquoi?

Recommandations :

- Accidents de la circulation
Conducteurs | Passagers | Motocyclistes | Motoneiges | Véhicule tout-terrains | Cyclistes | Piétons
- Autres décès accidentels
Asphyxies | Chocs accidentels | Chutes | Hypothermie | Incendies | Intoxications | Noyades | Autres accidents
- Accidents du travail
Accidents avec machines | Accidents de véhicules motorisés | Chocs accidentels | Explosions | Asphyxies
- Suicides
- Homicides
- Décès de cause naturelle

Liens pertinents

- Demande de copie de rapport du coroner
- Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès

Note : L'organisme ou la personne qui veut connaître les réponses aux recommandations formulées peut en faire la demande au Bureau du coroner au (418) 643-1845 ou par courriel : clientele.coroner@msp.gouv.qc.ca

 2002-08-05 13:32

Recommandations des coroners

Selon l'article 3 de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès, les coroners peuvent formuler des recommandations pour améliorer la protection de la vie humaine. Voilà sans doute, l'une des grandes responsabilités dévolues au coroner : tout mettre en œuvre pour réduire le nombre de décès évitables.

Par conséquent, la formulation de ces recommandations est une des activités majeures du Bureau du coroner. En effet, en vertu de l'article 98, le Coroner en chef peut transmettre les recommandations, s'il le juge approprié, aux personnes ou associations et aux ministères ou organismes visés par celles-ci.

Ce répertoire présente les recommandations formulées et pour lesquelles le Coroner en chef désire connaître le suivi. Ainsi, les recommandations transmises à titre d'information ne font pas partie du présent document. Regroupées par catégories de décès, les recommandations sont énoncées à la suite d'une brève description de l'événement qu'elles touchent. Les organismes visés sont indiqués ainsi que les numéros du dossier et de l'avis; ceci permet à ceux qui le désirent de repérer facilement les recommandations pour un type d'événement mortel bien précis.

Les chiffres de 1 à 4 inscrits après certaines recommandations correspondent au type de réponse obtenue des intervenants visés, soit :

1. Recommandation appliquée intégralement;
2. Recommandation appliquée, mais avec adaptation de l'organisme;
3. Recommandation jugée non justifiée par l'intervenant;
4. Commentaire général.

 2002-08-02 17:10

Répertoire des recommandations des coroners 1999 **Accidents de la circulation : Véhicules motorisés - Conducteurs**

Organismes visés

- Société de l'assurance automobile du Québec
- Ministère des Transports du Québec
- Commission des Transports du Québec
- Association des propriétaires d'autobus du Québec
- Transports Canada

- Ministère des Transports du Québec

- Ministère des Transports du Québec

- Ministère des Transports du Québec
- Sûreté du Québec d'Alma

- CLSC de Charlevoix
- Smith Kline Beecham Pharma inc.

- Ville de Chicoutimi

- Centre hospitalier d'Argenteuil
- Centre hospitalier du Sacré-Coeur de Montréal
- Association des médecins d'urgence du Québec
- Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
- Association des hôpitaux du Québec
- Ordre des infirmiers et infirmières du Québec
- Collège des médecins du Québec
- Conférence des régies régionales

- Ministère des Transports du Québec

- Ministère des Transports du Québec

- Société de l'assurance automobile du Québec
- Association du camionnage du Québec
- Ministère des Transports du Québec
- Ministère de la Sécurité publique

- Ministère des Transports du Québec

- Collège des médecins du Québec
- Société de l'assurance automobile du Québec

- Ministère des Transports du Québec
- Ville de Jonquière
- Ministère des Transports du Québec

- Ministère des Transports du Québec
- Association du camionnage

- Ministère des Transports du Québec

- Ministère des Ressources naturelles du Québec

- Municipalité de Rouyn-Noranda

- Ministère des Transports du Québec

- Ministère des Transports du Québec



2002-07-10 15:30

Québec 

© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 1999 **Accidents de circulation : Véhicules motorisés - conducteurs**

Événement :

Enquête publique portant sur 44 décès survenus lors d'un accident d'autobus dans la Grande-Côte des Éboulements à Saint-Joseph-de-la-Rive.

Le 13 octobre 1997, l'autobus s'engageait sur la route 362 en direction de Saint-Joseph-de-la-Rive, pour prendre le traversier pour l'Île-aux-Coudres. Pour ce faire, l'autobus devait descendre le chemin de la Grande-Côte et terminer sa course sur les roches solidifiant un passage à niveau.

Recommandations :

Que le ministre des Transports:

- soit directement responsable de toute la législation touchant les véhicules lourds, notamment le règlement sur les heures de conduite et le règlement sur les normes de sécurité des véhicules routiers en lieu et place; (3)br>
- confie à la Sûreté du Québec le contrôle routier, avec les budgets actuels et les ressources nécessaires pour remplir adéquatement ce mandat; (3)br>
- alloue des budgets supplémentaires à la Commission des transports pour qu'elle puisse engager le personnel chargé d'appliquer rigoureusement et dans les délais raisonnables la nouvelle Loi sur l'encadrement du transport; (2)br>
- finance l'élaboration d'une norme sur le transport par autobus afin de permettre au Bureau de normalisation du Québec de produire cette norme, dans les plus brefs délais; (1)

Que le ministère des Transports :

- améliore la signalisation des pentes raides au Québec par l'ajout de panneaux indiquant pour chaque type de véhicule les différentes pentes d'une même côte (selon le modèle de la p. 53 du rapport); (1)
- améliore la signalisation dans les aires de vérification des freins pour donner aux conducteurs le plus d'informations possible, selon les modèles de la Colombie-Britannique (p. 54 du rapport); (2)
- Rende obligatoire dès maintenant l'usage d'un frein moteur pour les véhicules lourds circulant dans la Grande-Côte; (3)
- fasse l'inventaire de toutes les régions où se trouvent des côtes à risque et rende obligatoire dans ces régions l'usage d'un frein moteur pour les véhicules lourds y circulant; (1)
- se fasse le promoteur auprès des organismes nord-américains de transport d'un projet de réglementation visant à rendre obligatoire l'utilisation d'ordinateur de bord dans les véhicules lourds et ce, dans les meilleurs délais. (1)

Les recommandations suivantes, adressées tant au président de SAAQ qu'à la SAAQ, ne valent que dans la mesure où le ministre des Transports n'appliquerait pas les deux premières recommandations sur la réglementation et le contrôle routier.

Que le président de la Société de l'assurance automobile du Québec vérifie et corrige dans les plus brefs délais les problèmes de communication dans le secteur du contrôle routier.

Que la Société de l'assurance automobile du Québec :

- applique de façon stricte le règlement actuel sur les heures de conduite et de travail et informe l'industrie que les dégagements de responsabilité du conducteur ne seront plus tolérés lorsqu'il est impossible pour le conducteur de l'autobus d'être véritablement au repos; (2)br>
- rende obligatoire, lors des vérifications mécaniques annuelles ou bi-annuelles, l'utilisation d'un dynamomètre de freins pour vérifier l'état mécanique des freins; (3)br>
- modifie son règlement sur les normes de sécurité des véhicules routiers pour y inclure un registre de vérification mécanique que doit remplir le conducteur de même que la vérification d'indicateurs visuels de l'ajustement des tiges de poussées des cylindres des freins lors de la ronde de sécurité; (1)br>
- transmette aux contrôleurs routiers et aux vérificateurs en entreprises une liste à jour des avis de 48 heures non respectés; (1)br>
- annule ses directives internes concernant les autobus et que ceux-ci soient soumis aux mêmes vérifications que tout autre véhicule lourd; (3)br>
- abolisse les quotas de billets d'infraction imposés aux contrôleurs routiers et les remplace par un système de gestion des ressources qui tienne compte des tâches des contrôleurs qui s'apparentent au travail d'un agent de la paix; à titre d'exemple, une intervention pour excès de vitesse n'est pas traitée dans les statistiques comme une enquête à la suite de voies de faits. (2)

Que la Commission des transports du Québec :

- élabore un examen des connaissances théoriques et pratiques de la sécurité et des obligations légales pour tous les futurs requérants de permis de transport, l'examen devant être réussi par un dirigeant du requérant; (1)
- mette en place un mécanisme pour s'assurer qu'un dirigeant d'organisme ou la personne ayant les qualités requises demeure dans l'entreprise de transport; (3)
- présente rapidement au ministre des Transports une demande détaillée de ses besoins en effectif additionnel pour atteindre les buts fixés par la loi. (1)

Que l'Association des propriétaires d'autobus du Québec participe à l'élaboration de la norme et, ultérieurement, promouvoir auprès de ses membres la certification à cette norme.

Que la Table de concertation gouvernement/industrie :

- Invite à la table centrale des représentants des usagers de la route qui ne font pas partie de l'industrie du transport afin que toutes solutions proposées tiennent compte de tous les utilisateurs de la route.
- Se penche sur les problèmes économiques des transporteurs voulant respecter toute la réglementation et apporte des pistes de solutions pour trouver des incitatifs économiques pour les entreprises de transport qui ont comme objectif la conformité légale et réglementaire.

Que Transport Canada continue toutes ses études entreprises sur le port de la ceinture de sécurité dans les autobus et fasse rapport au public et à l'industrie dans les meilleurs délais.

Organismes visés :

Société de l'assurance automobile du Québec
Ministère des Transports
Commission des Transports du Québec

 2002-07-10 12:52



© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 1999 Accidents de circulation : Véhicules motorisés - conducteurs

Événement :

Décès de quatre jeunes filles dans un accident impliquant une automobile et une camionnette sur la route 138 ouest à l'est du barrage Ste-Marguerite à Sept-îles.

L'accident est survenu dans une courbe à la sortie du pont que surplombe la rivière Ste-Marguerite. C'est en négociant cette courbe que la conductrice de l'automobile (l'une des victimes) perdit le contrôle du véhicule, vraisemblablement dû à la glace et au vent. Le véhicule quitta sa voie pour se retrouver sur la voie inverse et fut frappé de plein fouet par une camionnette. Les trois autres victimes étaient passagères de l'automobile.

Recommandations :

Que le Ministère des Transports :

- Procède dans les meilleurs délais à une étude de sécurité relativement à la dite courbe afin d'analyser si des correctifs peuvent ou doivent être apportés sur ces lieux et procède aux travaux correctifs, si tel est le cas, dans les meilleurs délais. (1)

Organisme visé :

Ministère des transports

Avis / Dossier :	A-124676 101258	A-124677 101277
	A-124678 101278	A-124679 101279

 2002-07-23 15:55

Répertoire des recommandations des coroners 1999 **Accidents de circulation : Véhicules motorisés - conducteurs**

Événement :

Un accident de la route fait trois victimes à l'intersection des boulevards Gaboury et Jacques-Cartier Nord à Mont-Joli.

L'accident est survenu lorsque la conductrice du véhicule automobile était arrêtée sur le boulevard Gaboury et attendait pour tourner à gauche pour s'engager sur le boulevard Jacques-Cartier Nord. Le conducteur qui la suivait, semble-t-il ébloui par les phares d'une auto qu'il venait de croiser, a frappé la voiture des victimes sur le derrière du côté droit. Ce qui fit avancer l'auto dans la voie de circulation inverse où camion lourd la frappa du côté droit. Il a été établi que la chaussée était sur glace noire et que les véhicules impliqués étaient en bon état.

Le boulevard Gaboury, qui traverse Mont-Joli, a été construit il y a une trentaine d'année comme voie de contournement de la ville alors qu'au tout début, c'était le boulevard Jacques-Cartier qui servait de route principale. Ce boulevard a été construit à quatre voies et, avec le développement graduel de Mont-Joli, des quartiers se sont développés jusqu'à cette voie de contournement et plusieurs maisons et un centre commercial y ont été érigés tout son long. Ce boulevard fait en sorte que tout le trafic de transit provenant d'Amqui, de la Baie-des-Chaleurs et du Nouveau-Brunswick l'emprunte pour éviter de circuler dans le centre-ville, sur le boulevard Jacques-Cartier.

Avec l'augmentation de la circulation, il est devenu évident que le boulevard Gaboury ne remplit plus son rôle de voie de contournement. Une étude du ministère des Transports démontre clairement que deux intersections de Mont-Joli, soit l'intersection de la rue Perreault et du boulevard Gaboury et celle des boulevards Gaboury et Jacques-Cartier, sont considérées comme ayant un niveau de sécurité déficient. Les pistes de solutions actuelles du ministère des Transports en vue d'améliorer la circulation sur ce territoire sont sur la table. Ainsi, un ensemble d'aménagement devrait faire en sorte de confectionner des terres-pleins en vue de favoriser des voies de refuge pour tourner à gauche à ces différentes intersections et de créer un aménagement de type urbain.

Recommandations :

Que le Ministère des Transports :

Procède à la réalisation des travaux déjà proposés en date d'août 1999, pour la municipalité de Mont-Joli, sur la route 132, tout en apportant quelques modifications mineures au plan proposé et ce, à l'intersection du boulevard Jacques-Cartier et du boulevard Gaboury ; (1)

ajoute une voie de refuge pour tourner à gauche pour le motel le Sommeil d'Or, pour les gens en direction nord et pour les voies de refuge déjà prévues pour ceux qui tournent à gauche, sur le boulevard Jacques-Cartier et qui sont direction sud ; (1)

analyse la mise en place d'un terre-plein afin de protéger davantage ces automobilistes en attente de tourner à gauche ; (1)

Crée un environnement urbain avec une signalisation de marquage sur la route, associée à une signalisation de panneaux nécessaires autant pour la circulation locale que la circulation de transit ; (1)

s'assure que l'entretien de la route, lors de condition de chaussée glissante soit toujours des plus vigilantes, pour éviter les situations de chaussée glissante prolongée ; (1)

s'assure d'études de suivi en ce qui concerne le taux d'accidents et le type d'accidents, une fois les réaménagements faits pour amener les correctifs au fur et à mesure ; (1)

Continue ses efforts et ses travaux de planification en ce qui concerne la concrétisation de l'autoroute 20 tel que prévu d'ici les dix prochaines années et inverse l'ordre de priorisation, soit de commencer par le secteur de Mont-Joli et non par le secteur de Saint-Anaclet tel que planifié. (4)

Organisme visé :

Ministère des transports

**Avis /
Dossier :** **A-124061 99346 A-124062 99348 A-124063 99347**

 2002-07-23 15:56

Québec 

© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Accidents de la circulation : Véhicules motorisés - conducteurs

Événement :

Un accident de la route fait trois victimes à l'intersection du boulevard St-Alphonse et de la route 170 à St-Bruno, lorsque la conductrice du véhicule circulant sur la route 170 fait son arrêt obligatoire puis s'engage dans l'intersection pour être violemment heurtée par un camion-remorque.

La route 170 est la principale route qui relie le Saguenay au Lac St-Jean. Tous les véhicules doivent traverser la municipalité de St-Bruno pour aller rejoindre la route 169. Or, dans ce secteur, quatre intersections sont à haut risque pour des accidents : intersections de la route 170 avec le rang 6, la rue St-Alphonse et la route 169 ainsi que l'intersection de la route 169 et du rang Sinai.

Une évaluation des accidents survenus sur la route 170 entre le rang 6 et la route 169 pour la période du 30 août 1997 au 19 août 1998 permet de conclure qu'il y a eu 30 accidents qui ont fait 6 décès, 16 blessés et 18 accidents matériels. Par ailleurs, il est à noter que les statistiques de la sûreté du Québec ne permettent pas de distinguer les accidents des intersections entre la route 169, la route 170 et le rang Sinai, malgré qu'elles soient deux intersections distinctes.

Le coroner est d'avis que la solution recherchée conduisant à une meilleure protection de la vie humaine devrait être d'avoir un lien routier entre Larouche et la route 169, lequel serait une route à double voie séparée, contournant la municipalité de St-Bruno et rendant toutes les intersections sécuritaires.

Recommandations :

Que le ministère des Transports :

Fasse en sorte que la route 170 à double voie séparée soit continuée pour aller rejoindre l'autoroute 169. (1)

Évalue la possibilité que la route 170 contourne la municipalité de St-Bruno pour aller rejoindre la route 169. (4)

Que la Sûreté du Québec :

se dote d'un programme informatique pour avoir des données exactes sur tous les accidents se produisant sur son territoire. Ce qui permettrait d'avoir une information rapide et fiable afin d'évaluer les risques d'accidents. (1)

identifie différemment l'intersection de la route 169 et la route 170 ainsi que l'intersection de la route 170 et le rang
Sinai pour que les statistiques tiennent compte que se sont deux intersections différentes. (1)

Organismes visés :

Ministère des Transports
Sûreté du Québec d'Alma

Avis /	A-108687	A-108659	A-108690 97890
Dossiers :	97887	97889	

 2002-07-23 15:54

Québec 

© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 1999 : Accidents de la circulation : Véhicules motorisés - conducteurs

Événement :

Une femme de 23 ans décède des blessures subies lors d'un accident survenu sur boulevard de Comporté à La Malbaie, au moment où sa voiture se dirige dans la voie inverse et frappe violemment un camion.

Peu de temps avant l'accident, la jeune femme s'était présentée au CLSC Charlevoix afin d'y recevoir un vaccin contre l'hépatite A, en vue d'un voyage à l'étranger. Du Havrix 1440 intra-musculaire lui a été administré. La politique du CLSC est de demander aux usagers vaccinés d'attendre quinze minutes dans la salle d'attente avant de quitter, si tout va bien. Or, la victime n'aurait pas respecté ce délai. Selon plusieurs témoins, la jeune femme est devenue somnolente et semblait confuse.

Par ailleurs, la victime souffrait de diabète de type I et recevait des injections d'insuline. Le contrôle de son diabète était plutôt fluctuant, car elle ne suivait pas toujours les consignes concernant sa diète et avait des habitudes de vie irrégulières. Il n'a pas été possible de connaître la dose d'insuline que la victime s'était administré le matin, ni l'heure de l'injection.

La victime a eu un malaise qui lui aurait fait perdre conscience au volant. Cette perte de conscience semble en relation avec une hypoglycémie, mais on ne peut pas écarter que l'administration du vaccin Havrix 1440 soit en cause. Elle peut avoir présenté une réaction de type anaphylactique ou encore fait une réaction indésirable sévère. Les deux facteurs peuvent avoir été en synergie. Le fabricant du vaccin (Smith Kline Beecham Pharma inc.) recommande une observation de trente minutes après l'injection.

Recommandations :

Que le CLSC de Charlevoix :

S'assure de demander aux patients qui reçoivent des vaccins, de demeurer en observation au moins trente minutes après l'administration et modifie les affiches en conséquence. (1)

Exige que le personnel infirmier ou médical qui procède à la vaccination revoie le patient après ce délai, afin de s'informer de son état et examiner le site d'injection. (1)

Qu'une copie du rapport soit transmis à la Direction de l'immunisation de Santé Canada et au fabricant Smith Kline Beecham Pharma inc. (1)

Organismes visés :

CLSC de Charlevoix < Smith Kline Beecham Pharma inc.

 2002-07-23 15:58



©Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 1999 Accidents de la circulation : Véhicules motorisés - conducteurs

Événement :

Le conducteur d'un véhicule automobile est mortellement blessé lorsqu'une voiture, sortant d'un stationnement, a frappé l'arrière droit du véhicule de la victime, lequel s'est mis à tourner sur lui-même pour être finalement frappé par un camion pick up circulant en sens inverse.

Cet accident est survenu sur le boulevard Ste-Geneviève, à la hauteur de l'intersection de la rue St-Jérôme à Chicoutimi. Or, selon les informations obtenues lors de l'investigation, cet endroit présente des risques puisque trois autres accidents ont été rapportés depuis le début de 1998.

Recommandations :

Que la Ville de Chicoutimi évalue la possibilité ou la pertinence de placer un feu de circulation à l'intersection du boulevard Ste-Geneviève et de la rue St-Jérôme ou de prolonger le terre-plein qui sépare les voies divisées et qui débute non loin de l'endroit où a eu lieu l'accident.

Organisme visé :

Ville de Chicoutimi

Avis / Dossiers : A-120873 98645

 2002-07-23 15:57

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Accidents de la circulation : Véhicules motorisés - conducteurs

Événement :

Une jeune femme de 18 ans décède un mois après avoir été victime d'un accident de la route. Transportée à l'hôpital d'Argenteuil, elle a été tardivement transférée à l'hôpital du Sacré-Coeur de Montréal. Par la suite, il y a eu apparition du syndrome de détresse respiratoire de l'adulte et détérioration importante de son état.

Suite à son enquête, le coroner conclue que la victime n'a pas reçu les soins médicaux auxquels elle était en droit de s'attendre et que le laxisme dont elle a été victime a joué un rôle déterminant dans l'apparition du syndrome de détresse respiratoire de l'adulte qui devait lui être fatal. Le rapport a mis en évidence une problématique reliée à la qualité des soins offerts aux bénéficiaires ainsi qu'un problème de formation du personnel médical et infirmier.

Tous les témoins entendus, incluant les témoins experts, ont insisté sur l'importance pour tous les médecins œuvrant en salle d'urgence de pouvoir bénéficier de la formation d'A.T.L.S.. Même si cette formation apparaît essentielle pour tous ceux et celles qui souhaitent œuvrer en médecine d'urgence, il est ressorti de l'enquête qu'environ seulement 50% des médecins qui pratiquent au Québec ont eu l'opportunité de suivre cette formation.

Le coroner trouve inconcevable qu'une liste de garde, comme celle du centre hospitalier d'Argenteuil à l'urgence, soit ambiguë et puisse donner ouverture à plus d'une interprétation. Non seulement les noms et numéros de téléphone du médecin de garde doivent apparaître sur la liste mais aussi l'heure précise à laquelle débute et se termine la garde.

Pendant le transport à l'hôpital d'Argenteuil, les ambulanciers n'avaient pas prévenu le centre hospitalier d'Argenteuil de l'arrivée d'une patiente traumatisée qui venait d'être victime d'un accident d'automobile. Quoique cette situation ait été corrigée dans la région des Laurentides de sorte que le préavis est maintenant obligatoire, l'enquête n'a pas permis de déterminer si cette directive est en vigueur sur l'ensemble du territoire québécois.

Recommandations :

Que le Collège des médecins du Québec, l'Association des médecins d'urgence du Québec et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec :

mettent en œuvre tous les moyens nécessaires afin que tous les médecins en salle d'urgence au Québec aient accès à la formation A.T.L.S. dans les meilleurs délais, afin d'assurer que soit dispensée une médecine d'urgence de qualité dans les divers établissements hospitaliers du Québec qui sont habilités et autorisés à dispenser des soins d'urgence. (1)

mettent à la disposition de tous les médecins ayant suivi le cours initial, un système de mise à jour et de recertification de la formation A.T.L.S et même de formation continue, afin que ceux-ci puissent constamment actualiser leurs connaissances en médecine et ainsi, pouvoir fournir aux bénéficiaires des soins de qualité tel que le prévoit la Loi. (1)

Que l'Association des hôpitaux du Québec, en collaboration avec l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec :

mette sur pied et maintienne en vigueur en tout temps, des programmes de formation infirmier des salles d'urgence dans la philosophie de l'A.T.L.S. et du travail en équipe.

s'assurent que tous les membres de l'équipe auront reçu une orientation suffisante pour leur permettre d'exercer dans une salle d'urgence et qu'ils soient en tout temps informés du fonctionnement et des limites de tous les appareils et instruments qu'ils sont susceptibles d'utiliser notamment, du Kriticon.

Que l'Association des hôpitaux du Québec avise tous les centres hospitaliers des mentions que doivent comporter toute liste de garde en vigueur dans l'hôpital, et plus particulièrement dans les salles d'urgence. Cette liste doit indiquer clairement la date où le médecin est de garde ainsi que les heures pendant lesquelles il est d'office à la disposition du personnel médical et infirmier.

Que la Conférence des régies régionales s'assure qu'une directive soit émise et suivie partout au Québec rendant obligatoire le préavis hospitalier par les ambulanciers, dans tous les cas où un bénéficiaire qui présente un indice préhospitalier de plus de 4 ou dans les cas où il y a évidence d'impact à haute vitesse.

Organismes visés :

Centre hospitalier d'Argenteuil
Centre hospitalier du Sacré-Coeur de Montréal
Association des médecins d'urgence du Québec
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
Association des hôpitaux du Québec
Ordre des infirmiers et infirmières du Québec
Collège des médecins du Québec
Conférence des régies régionales

Avis / Dossiers : A-121255 93587

 2002-07-23 15:57

Québec 

© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 1999 Accidents de la circulation : Véhicules motorisés - conducteurs

Événement :

Un homme de 89 ans décède d'un traumatisme craniocérébral et d'une défaillance organique multisystémique, 21 jours après avoir été victime d'un accident de la route alors qu'il perdait le contrôle de sa voiture et percutait un bloc de béton en plein centre d'un terre-plein.

Cet accident est survenu en fin de courbe de la voie de service, à l'intersection du boulevard St-Bruno et de la montée des Promenades à St-Bruno-de-Montarville. Il appert qu'il survient fréquemment des accidents à cet endroit et qu'à de multiples reprises, les conducteurs ont perdu le contrôle et débordé dans le terre-plein à la fin de la courbe. Le ministère des Transports a donc décidé d'installer un bloc de ciment dans le terre-plein. Ce dernier n'est pas protégé par une glissière en fin de course. Il apparaît évident à l'examen visuel de cette scène que la présence d'un tel bloc de béton représente un danger important.

Recommandations :

Que le ministère des Transports :

Retire le bloc de béton situé sur le terre-plein, à l'intersection du boulevard St-Bruno et Montée des Promenades à St-Bruno-de-Montarville.

Installe une glissière métallique pour protéger cette courbe jusqu'à l'intersection.

Améliore la signalisation qui précède ladite courbe.

Organisme visé :

Ministère des Transports

Avis / Dossiers : A-123144 99431

 2002-07-23 15:56

Répertoire des recommandations des coroners 1999
Accidents de la circulation : Véhicules motorisés - conducteurs

Événement :

Une femme de 22 ans et ses 2 enfants âgés respectivement de 3 ans et 7 mois décèdent suite à un accident survenu sur la route 133 au Sud D'Iberville. Selon des témoins, il semble que la conductrice se soit endormie au volant. Son véhicule a changé de voie pour percuter un camion-remorque circulant en sens inverse.

La portion de la route 133 où est survenu l'accident est une route à trois voies dont le projet de prolongement de l'autoroute 35 traîne depuis plusieurs années.

Recommandations :

Que le Ministère des Transports priorise la construction de l'autoroute 35 jusqu'aux lignes américaines. (3)

Organisme visé :

Ministère des Transports

Avis /	A-121943	A-121944	
Dossier :	97359	97358	A-121945 97360

 2002-07-23 15:56

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Accidents de la circulation : Véhicules motorisés - conducteurs

Événement :

Un carambolage, impliquant un camion remorque-citerne et trois voitures, fait cinq victimes sur l'autoroute 40 à Lavaltrie.

L'accident est survenu à la fin d'un bouchon de circulation occasionné par l'incendie d'un camion sur l'autoroute. Au moment de l'accident, les voitures commençaient à avancer tranquillement. Ainsi, les feux de freinage arrières des derniers véhicules étant éteints, le conducteur du camion a probablement évalué la circulation comme si elle était normalement fluide.

Suite aux éléments recueillis lors de l'investigation et n'ayant aucune preuve physique permettant de croire que le conducteur du camion a tenté une manœuvre pour éviter l'accident, la cause de cette tragédie serait reliée au facteur humain. Plus précisément, le conducteur était sur le point de s'assoupir ou, du moins, avait le « fixe » au volant de son camion au moment de l'accident. Ce dernier avait pris un copieux repas avant l'accident. Or, cette digestion peut être associée à un état de somnolence.

Recommandations :

Que la Société de l'assurance automobile du Québec fasse une campagne de sensibilisation demandant aux usagers de la route qui sont à l'arrière d'un bouchon de circulation, particulièrement sur une autoroute, d'activer les feux de détresse afin d'attirer l'attention des conducteurs qui suivent pour éviter un carambolage.

Que le ministère des Transports modifie l'article 357 du Code de la sécurité routière qui mentionne "nul ne peut utiliser les feux de détresse d'un véhicule routier sauf pour des motifs de sécurité". La modification pourrait être à l'effet de créer une obligation au conducteur d'un véhicule routier d'actionner ses feux de détresse pour des motifs de sécurité.

Que l'industrie du camionnage sensibilise les camionneurs afin d'éviter la prise de repas copieux pour prévenir les états de somnolence. On devrait plutôt encourager la prise de plusieurs petits repas.

Que les corps policiers fasse appliquer le code de la sécurité routière de façon aussi rigoureuse pour tous les usagers de la route, camionneurs ou automobilistes.

Organismes visés :

Société de l'assurance automobile du Québec
Association du camionnage du Québec
Ministère des Transports
Ministère de la sécurité publique

**Avis /
Dossiers :** **A-125402 96912** **A-125403 96983**

A-125404 96911 **A-125405 96913**

A-125412 96982

 2002-07-23 15:55

Québec 

© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Accidents de la circulation : Véhicules motorisés - conducteurs

Événement :

Une conductrice est mortellement blessée lorsque le conducteur d'une voiture, circulant en sens inverse, quitte sa voie et entre en collision face-à-face avec le véhicule automobile de la victime. Cet accident est survenu sur la route 158 à Joliette.

Un ambulancier qui traitait le conducteur fautif sur les lieux de l'accident a noté une senteur d'alcool chez le blessé. Toutefois, il n'a pas avisé le policier de son observation. Un appel anonyme provenant du centre hospitalier a été fait aux policiers de Joliette, à l'effet que le conducteur avait une haleine qui sentait l'alcool. Le policier enquêteur a rencontré l'homme au centre hospitalier et notait également une senteur d'alcool. Ses droits lui ont été expliqués et le policier lui demandait sa collaboration pour une prise de sang. Le conducteur est entré en contact avec son avocat, lequel signalait au policier le refus de son client de passer les prises de sang demandées.

Le coroner fait état que le " management " de l'investigation d'un accident de la route est très difficile, très démotivant pour les intervenants. Le système policier, légal et politique ne semble pas comprendre que c'est une tâche difficile de tenter d'expliquer les circonstances d'un accident où il y a possibilité de facultés affaiblies. Si on tente d'éliminer la présence de substances d'abus (autre que l'alcool), c'est encore plus difficile et démotivant.

Pourtant, tout le processus légal semble faire en sorte qu'on puisse réprimer l'acte criminel de conduire avec des facultés affaiblies. Mais bien souvent, les informateurs sont en quelque sorte punis parce que pourchassés par les avocats de la défense. Les policiers sont démotivés par le traitement de ces dossiers difficiles par les juristes qui ne voient que les droits de l'homme.

La conduite avec facultés affaiblies est un problème social important. De nombreuses études en ont évalué les coûts psychologiques, humains et monétaires. Il est donc temps qu'on décloisonne l'intervention des groupes, ministères et organismes; chacun tentant de solutionner son problème vis-à-vis les abus, on nuit à l'intervention de l'autre. On ne peut que faire front commun pour lutter contre ceux qui se protègent de cet abus.

Recommandations :

Que le Ministre des Transports :

- Forme un groupe de travail qui verra à inventorier les irritants du gros bon sens dans la gestion des dossiers avec facultés affaiblies. (4)
- Analyse et synchronise les observations du comité auprès du Conseil des ministres afin que le décloisonnement de la répression des facultés affaiblies se fasse et que tout ce qui est gouvernemental, juridique s'oriente dans la même direction. (4)
- Nomme un ombudsman des victimes ou proches des victimes des accidents de la route avec victimes ou blessés sérieux. (4)

Organisme visé :

Ministère des Transports

Avis / Dossiers : A-126101 99231

 2002-07-23 15:55



© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 1999 Accidents de la circulation : Véhicules motorisés - conducteurs

Événement :

Un homme de 82 ans, au volant de son véhicule automobile, se met à dévier de sa voie, allant vers le véhicule qui se dirigeait en sens inverse. Il n'a tenté aucune manœuvre de freinage et se dirigeait directement vers l'autre véhicule qu'il rencontrait pour ensuite le percuter. Il décédait du polytraumatisme subi lors de cet accident.

L'investigation a démontré que c'était la troisième fois que la victime conduisait dans la mauvaise voie en se dirigeant vers un autre automobiliste. De plus, la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) avait été informée et ce, deux mois avant l'accident ayant causé le décès. La SAAQ a réagi en exigeant une évaluation médicale, laquelle est revenue incomplète et imprécise dans les circonstances, ne permettant pas d'avoir les moyens pour prendre une décision éclairée.

Ainsi, face aux résultats des examens médicaux, la SAAQ informait la victime, trois semaines avant son décès, que le rapport d'évaluation médicale ne lui permettait pas de juger de son habileté à conduire un véhicule automobile. On lui demandait de prendre rendez-vous à un centre de service afin de se soumettre à un examen pratique de conduite. La victime avait 90 jours pour s'y présenter. L'accident est survenu alors que monsieur avait encore son permis de conduire.

Recommandations :

Que le Collège des médecins du Québec sensibilise tous ses membres à remplir complètement et le plus précisément possible le rapport d'examen médical sur l'aptitude physique et mental à conduire un véhicule routier de façon sécuritaire. (3)

Que la Société de l'assurance automobile du Québec étudie ce dossier afin de revoir le traitement (incluant les délais) suite au signalement, compte tenu des antécédents particuliers de la victime. (1)

Organismes visés :

Collège des médecins du Québec
Société de l'assurance automobile du Québec

Avis / Dossiers : A-127475 98120

 2002-07-23 16:00

Répertoire des recommandations des coroners 1999
Accidents de la circulation : Véhicules motorisés - conducteurs

Événement :

Le conducteur d'un véhicule automobile, circulant sur la route 55 à la hauteur de L'Avenir, perd le contrôle de son auto, change de voie et frappe un camion lourd qui circulait à contre sens.

Depuis plus de 10 ans, le coroner de Drummondville fait des recommandations à l'effet que la route 55 soit à voies divisées sur toute sa longueur. De nombreuses démarches et recommandations ont été faites, mais sont toujours demeurées lettres mortes. À chaque fois, le ministère des Transports répondait que la densité de la circulation sur la route 55 n'est pas suffisamment grande pour justifier une route à voies divisées.

Or, le député de Drummond, à l'Assemblée nationale, a réussi à obtenir la construction d'une deuxième voie sur la route 55, entre l'autoroute 20 et la sortie de St-Nicéphore. Ce projet, actuellement en réalisation, lui a servi de cheval de bataille lors des dernières élections provinciales. Cependant, ce n'est pas le tronçon de la route 55 où se produit la majorité des accidents mortels, lesquels ont lieu entre St-Nicéphore et Windsor.

Recommandations :

Que le Ministère des Transports apporte les correctifs nécessaires afin que la route 55 soit à voies divisées sur toute sa longueur, de l'autoroute 20 à Sherbrooke.

Organisme visé :

Ministère des Transports

Avis / Dossier : A-127617 98879

 2002-07-23 16:00

Répertoire des recommandations des coroners 1999
Accidents de circulation : Véhicules motorisés - conducteurs

Événement :

La conductrice d'un véhicule automobile perd le contrôle de son véhicule dans une courbe, sur une chaussée enneigée et durcie par la circulation automobile, fait un tête à queue, se retrouve dans la voie inverse et est percutée par un autre véhicule. Cet accident est survenu sur le boulevard René-Lévesque à Jonquière.

La situation géographique de la courbe bordée par d'immenses champs, où les vents violents sont fréquents, amène souvent de la poudrierie et un dépôt de neige sur la chaussée, laquelle une fois durcie, la rend très glissante. La vitesse permise à cet endroit est de 80 km/h.

Recommandations :

Que la Ville de Jonquière :

- installe des panneaux d'information de type D-380 sur les changements climatiques à cet endroit et ce, dans les deux sens, avant d'entrer dans ladite courbe
- évalue la possibilité d'installer des clôtures à neige dans la courbe, du côté ouest du boulevard René-Lévesque, durant la période hivernale
- évalue la pertinence de diminuer la vitesse dans cette courbe, surtout durant la période hivernale.

Organisme visé :

Ville de Jonquière

Avis / Dossiers : A-127962 100052

 2002-07-23 16:00

Répertoire des recommandations des coroners 1999
Accidents de la circulation : Véhicules motorisés - conducteurs

Événement :

Un carambolage survenu dans un tunnel de l'autoroute 13 Nord, à Dorval, fait une victime.

Au site de l'accident, la route est droite et traverse une entrée en béton à ciel mi-ouvert (paralume) sur environ 200 mètres avant de pénétrer dans un tunnel de 900 mètres passant sous les pistes de l'aéroport.

Le tunnel se présente comme un profond trou noir que le regard ne pénètre pas. La neige qui tombe au travers des ouvertures du paralume crée une voile blanc qui accentue la difficulté pour l'œil de distinguer les objets et leurs mouvements à l'intérieur. Ainsi, à la vitesse maximale permise de 100km/h, l'automobiliste traverse la moitié du tunnel avant l'adaptation complète de l'œil.

Recommandations :

Que le Ministère des Transports identifie la solution la plus efficace, sous contrainte de coûts, pour remédier à l'effet de voile blanc et de trou noir faciliter l'adaptation de l'œil à l'entrée du tunnel. (1)

Organisme visé :

Ministère des Transport

Avis / Dossiers : A-126284 100484

 2002-07-23 15:55

Répertoire des recommandations des coroners 1999
Accidents de la circulation : Véhicules motorisés - conducteurs

Événement :

Un homme de 41 ans et sa fille de 12 ans décèdent dans un carambolage survenu sur la route 219 à Sherrington.

La victime, conduisant le dernier véhicule d'une série de quatre véhicules, dépasse parce que le premier de la série circulait à une vitesse inférieure au flot normal de la circulation. Il entre en collision avec un camion lourd circulant en sens inverse, lequel n'avait pas de phares avant allumés à cause de l'ancienneté du modèle et ce malgré la demi-obscurité.

Recommandations :

Que le Ministère des Transports modifie le Code de la Sécurité routière rendant obligatoire de conduire avec les phares allumés, même pour les vieux modèles. (1)

Que l'association du camionnage, dans l'attente d'une modification au Code de la sécurité routière ou en cas de non modification, recommande l'utilisation de mécanisme allumant les phares avant des camions lors du démarrage afin de s'assurer qu'en tout temps les camions soient visibles, indépendamment des conditions environnementales. (1)

Organisme visé :

Ministère des Transports
Association du camionnage

Avis / **A-121918**
Dossiers : **99344** **A-121961 99345**

 2002-07-23 15:56

Répertoire des recommandations des coroners 1999 Accidents de la circulation : Véhicules motorisés - conducteurs

Événement :

Un accident de la route fait une victime sur un chemin forestier entre Parent et le réservoir Gouin. Du fait que la route était cahoteuse, les conducteurs étaient obligés de circuler plus au centre dû à l'accumulation de roches sur les côtés, tout en tenant compte du fait d'impression d'étroitesse de la route en raison de la forêt toute proche. La présence d'un buton a eu pour effet que les conducteurs ne se sont aperçus qu'au dernier moment.

Plusieurs accidents surviennent régulièrement sur ces chemins forestiers. Des règlements inspirés du code de la Sécurité routière sont déjà en vigueur sur ces chemins depuis quelques années; ce qui a permis une surveillance policière accrue. Par ailleurs, rappelons seulement qu'un plus grand usage de ces chemins forestiers s'effectue depuis quelques années. Beaucoup plus de travailleurs forestiers avec plus d'exploitations forestières ont amené une accessibilité plus grande à la forêt, attirant également plus de villégiateurs, de pêcheurs et de chasseurs. Ces chemins forestiers représentent toutefois des dangers qui lui sont propres. Le coroner juge qu'il serait bon de se questionner sur l'impact d'une campagne de sensibilisation à cet égard.

Recommandations :

Que le Ministère des Ressources naturelles :

- Se penche sur les probabilités qu'une campagne de prévention médiatisée des accidents routiers sur chemins forestiers apportent des effets positifs tant qu'à la réduction d'accidents mortels sur ces routes. (4)
- Instaure, si ces conclusions sont positives, ces campagnes de prévention le plus rapidement possible. (4)
- Rende compte trimestriellement au Bureau du coroner de l'évolution de ces démarches. (4)

Organisme visé :

Ministère des Ressources naturelles

Avis / Dossiers : A-119098 102778

 2002-07-23 15:54

Répertoire des recommandations des coroners 1999 Accidents de la circulation : Véhicules motorisés - conducteurs

Événement :

Une dame de 67 ans, au volant de son véhicule automobile, circulait sur l'avenue Dallaire à Rouyn-Noranda. Elle voit un véhicule immobilisé devant elle, en attente d'un virage à gauche. Elle freine, se met à dérapier sur la chaussée glissante et se retrouve dans la voie inverse. C'est alors qu'un camion léger vient la percuter de plein fouet, la blessant mortellement.

Au site de l'accident, la chaussée était très glissante. Des traces d'épandage d'abrasif étaient visibles (composé de sable et de sel) mais celui-ci semblait peu efficace car il ne collait pas à terre étant donné le froid intense (- 15°C).

Cette artère routière de Rouyn-Noranda est suffisamment utilisée pour qu'on y porte attention. Il semblait inconcevable aux différents intervenants que la chaussée soit restée aussi glissante par cette journée ensoleillée d'hiver. Les abrasifs ne semblaient pas réagir et toute la scène exprimait qu'il n'y a eu aucune chance de freinage acceptable.

Recommandations :

Que la Municipalité de Rouyn-Noranda :

- Voie avec ses sous-contractants la possibilité d'améliorer ou de changer l'abrasif mis à cet endroit au cours de l'hiver. (4)
- Mette en place un comité, si la situation ne se corrige pas, pour tenter de résoudre ce problème de chaussée glissante qui pourrait encore enlever des vies. (4)

Organisme visé :

Municipalité de Rouyn-Noranda

Avis / Dossiers : A-120489 100459

 2002-07-23 15:57

Répertoire des recommandations des coroners 1999
Accidents de circulation : Véhicules motorisés - conducteurs

Événement :

Une conductrice de 75 ans est mortellement blessée lors d'un accident de la route survenu à l'intersection de la rue Royer et de la Route 204 à Sainte-Justine, Bellechasse.

À ladite intersection, la dame a fait un arrêt pour laisser passer deux véhicules. Elle est repartie, n'ayant pas vu l'autre véhicule. Le conducteur a freiné mais l'impact était inévitable. Au site de l'accident, il y a une légère pente en courbe qui empêche de bien voir les véhicules qui se dirigent vers l'est et il n'y a aucun feu de signalisation.

Recommandations :

Que la Ministère des Transports étudie la configuration de l'intersection de la rue Royer et de la Route 204 à Sainte-Justine, en regard de la légère pente en courbe afin d'y apporter les correctifs nécessaires, s'il y a lieu. (1)

Organisme visé :

Ministère des Transports

Avis / Dossiers : A-128919 102999

 2002-07-23 16:00

Répertoire des recommandations des coroners 1999 Accidents de circulation : Véhicules motorisés - conducteurs

Événement :

Une homme de 88 ans est mortellement blessé suite à un accident de la route survenu à l'intersection des routes Principale et 165 à Saint-Ferdinand d'Halifax.

L'homme conduisait son véhicule automobile sur la route Principale et lorsqu'il est arrivé à l'intersection de la route 165, il a fait son arrêt obligatoire. Toutefois, il a redémarré sans voir le véhicule qui se dirigeait vers lui. L'autre conducteur a freiné mais l'impact était inévitable.

L'investigation a démontré que pour les automobilistes qui font leur arrêt obligatoire à cette intersection, il y a un boisé qui obstrue la visibilité à leur gauche. Ce qui rend encore plus difficile au conducteur la possibilité de voir un véhicule circulant sur la route 165, est le fait que la route 165 est en courbe à cet endroit.

Recommandations :

Que le Ministère des Transports effectue une étude afin de déterminer si l'intersection des routes Principales et 165 à Saint-Ferdinand d'Halifax est sécuritaire et juge de la pertinence de modifier le site, s'il y a lieu. (1)

Organisme visé :

Ministère des Transports

Avis / Dossiers : A-130056 100716

 2002-07-23 15:59

Répertoire des recommandations des coroners 1999 **Accidents de circulation : Véhicules motorisés - Passagers**

Événement :

Un enfant de 2 ans est mortellement blessé après avoir été éjecté du véhicule automobile dans lequel elle prenait place, dans un siège d'enfant, sur la banquette arrière. Cet accident est survenu sur l'autoroute 40 Ouest à Sainte-Geneviève-de-Berthier.

Une étude détaillée du siège d'enfant, de marque Evenflow-7, a démontré qu'il avait les bras rabattants en position baissée et barrée mais l'enfant ne portait pas son harnais adéquatement. Le siège faisait face à l'avant tel que requis mais était incorrectement incliné dans la position requise. De plus, l'installation sur le banc arrière était inadéquate puisque la sangle de retenue et la pince de sécurité n'étaient pas utilisées. Les courroies de harnais étaient tournées sur elle-mêmes.

Des statistiques de la Société de l'assurance automobile du Québec révèlent que près de 700 enfants de moins de cinq ans sont victimes d'un accident de la route annuellement. Au moment de cette étude, en 1997, il n'y avait que 41% de ces enfants qui étaient bien protégés. Toutefois, la même étude démontre que 79% des parents utilisent un siège d'auto approprié à la taille et au poids de leur enfant, mais seulement 52% de ces parents l'avaient bien installé dans le véhicule. Le problème réside donc dans une sensibilisation et un monitoring continuel de ces sièges.

Recommandations :

Que le Bureau du coroner, la Société de l'assurance automobile du Québec, l'Association de l'Automobile du Canada (CAA) et Transports Canada organisent un blitz de publicité et des cliniques appropriées auprès des utilisateurs de sièges d'enfants. (1)

Que le ministère de la Sécurité publique, l'Association des directeurs de police et de pompiers du Québec ainsi que l'Institut de police du Québec s'assurent auprès des différents corps policiers de la province que ceux-ci connaissent bien l'article 397 du Code de la sécurité routière et qu'ils aient la formation nécessaire pour évaluer adéquatement ces sièges d'enfants. (1)

Que la Société de l'assurance automobile du Québec précise davantage l'article 397 (lors d'une prochaine revue de législation) en tenant compte des expériences récentes. (2)

Que la Conférence des régies régionales :

- sensibilise ses membres sur l'efficacité du siège d'auto. <
- établisse un plan d'ensemble de coordination des CLSC dans ce domaine. <

Que l'Association des CLSC et des CHSDL du Québec demande à ses membres de prioriser le problème, former le personnel et d'offrir les cliniques nécessaires.

Que l'Association des directeurs généraux des centres hospitaliers du Québec considère la mise en place de règlements internes qui feront qu'un parent ne pourra quitter le centre hospitalier avec un nouveau-né s'il n'a pas fait la preuve qu'il possède un siège d'enfant et sache l'utiliser. Les centres hospitaliers devraient aussi former leurs agents de sécurité afin qu'ils puissent conseiller les parents qui s'approchent du stationnement de l'hôpital.

Organismes visés :

Société de l'Assurance automobile du Québec
Association de l'automobile du Canada (CAA)
Transports Canada
Ministère de la Sécurité publique
Association des directeurs de police et de pompiers du Québec
Institut de police du Québec
Conférence des régies régionales
Association des CLSC et des CHSLD du Québec
Association des hôpitaux du Québec

Avis / Dossiers : A-126047 100495

 2002-07-23 16:05

Québec 

© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 1999
Accidents de circulation : Véhicules motorisés - Motocyclistes

Organismes visés :

- Municipalité de Notre-Dame-des-Neiges
- Ministère des Transports

- Municipalité de Rock Forest

- Circuit de courses Sanair
- Ministère des Affaires municipales
- Association motocycliste canadienne

- Ministère des Transports
- Club de motoneige "Les sentiers Blancs"
- Fédération des Clubs de motoneigistes du Québec

- Ministère des transports

- Ministère des Transports
- Fédération des clubs de motoneigistes du Québec

- Sûreté municipale d'Alma
- Ville d'Alma

 **2002-07-10 15:30**

Répertoire des recommandations des coroners 1999
Accidents de circulation : Véhicules motorisés - Motocyclistes

Événement :

Un motocycliste, circulant sur la route 132 à Notre-Dame-des-Neiges, près de Trois-Pistoles, emboutit l'arrière d'une voiture immobilisée, tombe sur la chaussée dans la voie inverse et est mortellement heurté par un camion qui y circulait.

Une étude de sécurité a été faite par le ministère des Transports afin de rendre ce secteur plus sécuritaire. Les résultats ont été présentés à la Municipalité en novembre 1998 pour analyse. Des avenues de solutions ont été suggérées, telles la mise en place d'un refuge de virages, fermeture de la voie lente, etc.

Recommandations :

Que le ministère des Transports, de concert avec la municipalité de Notre-Dame-des-Neiges, donne suite à ladite étude en appliquant les solutions préconisées dans le but de rendre ce secteur plus sécuritaire. (1)

Organismes visés :

Municipalité de Notre-Dame-des-Neiges
Ministère des Transports

Avis / Dossiers : A-127157 97640

 2002-07-23 16:06

Répertoire des recommandations des coroners 1999
Accidents de circulation : Véhicules motorisés - Motocyclistes

Événement :

Jeune motocycliste qui perd la vie après être entré en collision avec un camion- remorque.

Au moment de l'accident, le motocycliste circulait sur la voie de gauche du boulevard Bourque à Rock Forest en direction de Sherbrooke, quand il a frappé le camion-remorque qui réintérait la circulation par la gauche après avoir utilisé une bretelle de contournement.

Dans cet accident, la vitesse du motocycliste a été identifiée comme la cause principale de l'accident. Cependant, l'absence de signalisation prévenant les conducteurs de l'existence d'une traverse de camions représente aussi un danger.

Recommandations :

Que la municipalité de Rock Forest :

installe un feu clignotant au-dessus du boulevard Bourque Est à l'endroit de la traverse ; (3)

Installe une pancarte signalant la traverse de camions. (1)

Organisme visé :

Municipalité de Rock Forest

Avis / Dossiers : A-126223 98643

 2002-07-23 16:06

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Accidents de circulation : Véhicules motorisés - Motocyclistes

Événement :

Une femme de 21 ans, adepte de la course de motocyclette, est mortellement blessée au cours d'un entraînement lorsqu'elle dérape et frappe le muret de béton situé dans une courbe du circuit de course Sanair à St-Pie de Bagot.

On prétend que le muret sert à la sécurité en évitant que les véhicules qui le percute quittent la piste. Ceci est peut-être une bonne mesure de sécurité pour les courses d'automobile mais, dans le présent cas, il apparaît comme étant un obstacle dangereux, situé à un mauvais endroit.

Les normes des circuits de course routiers de la Fédération internationale de motocyclette indiquent que des bordures en béton peuvent être posées à l'intérieur des virages, mais pas à l'extérieur, sauf si la trajectoire de la ligne idéale est tangente au bord de la piste. Ceci revient à dire qu'un muret pourrait être toléré dans la mesure où il est parallèle à la piste. Dans le présent cas, il s'agit d'une courbe avec un mur droit situé à l'extrémité de la piste. Il ne répond donc pas aux critères.

Bien que la présente norme en soit une pour les circuits sur route, il apparaît qu'il serait approprié dans le contexte de piste hors route.

Recommandations :

Que les autorités du circuit de course Sanair de St-Pie de Bagot n'accepte plus de motocyclettes à l'entraînement sur sa piste ovale, à moins que le muret de béton soit enlevé. (2)

Que le ministère des Affaires municipales, de concert avec l'Association motocycliste canadienne, travaillent à l'élaboration de normes de sécurité pour les circuits de courses de motocyclistes aussi bien sur route que hors route. Ces normes pourraient permettre l'accréditation de certains circuits où il est jugé que la sécurité est respectée.

Organismes visés :

Circuit de courses Sanair
Ministère des Affaires municipales
Association motocycliste canadienne

Avis / Dossiers : A-120192 96892



© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Accidents de circulation : Véhicules motorisés - Motoneigistes

Événement :

Un motoneigiste de 36 ans perd la vie lorsqu'il heurte de plein fouet un véhicule tout-terrain (3 roues) qui circulait sur un sentier du Club de motoneige " Les sentiers Blancs " de Chandler.

La victime connaissait bien ce tronçon, ayant collaboré à la signalisation. Par ailleurs, la présence d'un véhicule tout-terrain sur le sentier de motoneige est le facteur causal de l'accident. Ces véhicules sont interdits sur ces sentiers, mais plusieurs conducteurs ne respectent pas les règlements.

La visibilité réduite sur ce tronçon de sentier n'a pas permis aux conducteurs de manœuvrer à temps. La tentative d'évitement de la victime a été contrecarrée par les arbres.

Recommandations :

Que le Ministère des Transports fasse savoir à tout propriétaire de VTT, par le biais d'avis accompagnant les certificats d'immatriculation ou les permis de conduire d'un VTT, qu'il est dangereux et criminel de circuler sur des sentiers de motoneiges. (1)

Que le Club de motoneige "Les Sentiers Blancs" de Chandler change le tronçon concerné du sentier 5, afin de le rendre moins sinueux ou moins abrupt. Si cela s'avérait impossible, il faudrait élargir le sentier pour, du moins, permettre des manœuvres plus efficaces en cas d'évitement. (1)

Que la Fédération des Clubs de motoneigistes du Québec identifie les segments de sentiers classifiables comme étant dangereux afin de modifier le parcours ou en modifier la dangerosité, par des changements physiques ou une signalisation supplémentaire.

Organismes visés :

Ministère des Transports
Club de motoneige "Les sentiers Blancs"
Fédération des Clubs de motoneigistes du Québec

Avis / Dossiers : A-119135 100725

 2002-07-23 16:06



© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Accidents de circulation : Véhicules motorisés - Motocyclistes

Événement :

La passagère arrière d'une motocyclette est mortellement blessée, suite à un accident de la route survenu sur la bretelle 20 Ouest qui donne accès à l'autoroute 30, à Boucherville.

Tout juste après l'accès pour l'autoroute 30 Ouest, un véhicule automobile, dont le conducteur avait vraisemblablement manqué l'accès pour ladite autoroute, reculait. C'est à ce moment que le conducteur de la motocyclette a heurté le coin arrière gauche de l'automobile. Sous la force de l'impact, la victime a été projetée dans les airs et est tombée au sol plusieurs mètres plus loin.

L'analyse des facteurs environnementaux au cours de cet accident a été confiée à une brigade spéciale d'enquête de collisions. Une certaine ambiguïté au niveau de la signalisation a été identifiée. En effet, la rampe d'accès pour l'autoroute 30 Ouest est identifiée par des panneaux dont le volume est très réduit. Il n'y a pas de doute que si on les compare aux deux panneaux précédents de grand volume, celui qui indique la bretelle d'accès et ensuite, l'accès à l'autoroute 30 direction Est, cela peut prêter à confusion.

Recommandations :

Que le ministère des Transports modifie le volume des panneaux pour l'accès à l'autoroute 30 Ouest sur la bretelle de l'autoroute 20 Ouest. Ce panneau de signalisation devrait idéalement avoir le même volume que les deux précédents indiquant la bretelle d'accès et l'accès à l'autoroute 30 Est. (1)

Organisme visé :

Ministère des transports

Avis / Dossiers : A-112674 104087

 2002-07-23 16:07

Répertoire des recommandations des coroners 1999 **Accidents de circulation : Véhicules motorisés - Piétons**

Événement :

Un motoneigiste de 42 ans est mortellement blessé lorsqu'il est heurté par une motoneige circulant en sens inverse.

Au site de l'accident, un sentier relais non numéroté de St-Prosper-de-Champlain en Mauricie, la signalisation indique une configuration qui monte et oblique légèrement vers la gauche à partir du sommet. La configuration inverse prévaut de l'autre côté de l'obstacle où une signalisation indique la montée et le virage consécutif sur la droite. La motoneige circulant en sens inverse a surgit du point culminant de la pente à une telle vitesse, que l'engin a perdu contact avec la piste, s'élevant dans les airs, pour aller emboutir l'autre motoneige.

Le conducteur, un jeune homme de 22 ans, avait une expérience très réduite de la motoneige. Il circulait dans ce sentier pour la première fois et connaissait donc très peu sa configuration. Une expertise a permis de situer la vitesse autour de 87 km/h au moment d'arriver au sommet.

La conduite de la motoneige comporte plusieurs aspects techniques qui lui sont propres. Or, il n'existe dans la législation actuelle aucune obligation de compétence particulière concernant la conduite automobile de ces véhicules hors-route dont la popularité est de plus en plus grande.

Recommandations :

Que le ministère des Transports :

rende un cours obligatoire pour tous les nouveaux utilisateurs. Les modalités, la nature et les coûts de ce type de cours pourraient être déterminés par un groupe de travail compétent après discussion avec les milieux concernés. Il devrait notamment, couvrir de façon minimale les sujet suivant : (1)

Comportement routier des motoneiges selon les conditions d'utilisation;

b) Influence des facteurs de conduite;

c) Éléments d'information sur les temps de réaction vs vitesse vs visibilité et interrelations avec les vitesses parcourues;

d) Éléments législatifs;

e) Responsabilité des conducteurs de motoneige quant au contrôle de leurs véhicules et conduite sur des sentiers nouveaux et / ou inconnus.

apporte un soutien technique avec révisions périodiques (en début de saison) aux clubs de motoneigistes et à leurs

responsables dans l'application de l'article 27 de la loi sur les véhicules hors route, concernant la signalisation et les limites de vitesse qu'ils ont le pouvoir d'imposer dans certains secteurs ou certaines configurations de tracés jugés délicats et particuliers. Une attention particulière devrait être apportée à l'uniformisation de la signalisation et un suivi adéquat devrait avoir lieu. (1)

Que la Fédération des motoneigistes du Québec envisage la promotion d'un registre d'incidents sur les sentiers. Un tel registre aurait probablement pu permettre d'afficher une vitesse limite plus sécuritaire en relation avec la configuration particulière à cet endroit. Effectivement, plusieurs motoneigistes avaient rapporté avoir été déportés dans cette courbe et ce, même en respectant des limites de vitesse raisonnables. (1)

Organismes visés :

Ministère des Transports
Fédération des clubs de motoneigistes du Québec

Avis / Dossiers : A-110724 90495

 2002-07-23 15:58

Québec 

© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 1999 Accidents de circulation : Véhicules motorisés - Motocyclistes

Événement :

Un motocycliste, circulant sur la rue Bégin à Alma, heurte une camionnette à l'intersection de la rue Scott. Le conducteur de la camionnette affirme ne pas avoir vu la moto lorsqu'il est reparti après avoir effectuer son arrêt obligatoire.

Il semble qu'à cette intersection, l'arrêt obligatoire soit parfois difficile à voir, compte tenu que les automobilistes se stationnent en face du local des Chevaliers de Colomb qui se situe à cette intersection.

Recommandations :

Que la sûreté municipale d'Alma évalue les moyens à prendre pour s'assurer que l'arrêt obligatoire au coin des rues Bégin et Scott soit visible.

Que la Ville d'Alma évalue la possibilité d'avoir un arrêt obligatoire sur les quatre coins de l'intersection Bégin et Scott.

Organismes visés :

Sûreté municipale d'Alma
Ville d'Alma

Avis / Dossiers : A-108696 99346

 2002-07-23 15:59

Répertoire des recommandations des coroners 1999
Accidents de circulation : Véhicules motorisés - Motoneiges

Organismes visés :

- Ministère des Transports
- Club de motoneige "Les sentiers Blancs"
- Fédération des Clubs de motoneigistes du Québec

- Société de l'Assurance automobile du Québec
- Ministère des Transports
- Fédérations des clubs de motoneigistes du Québec

- Ministère des Transports
- Fédération des clubs de motoneigistes du Québec

 **2002-07-10 15:30**

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Accidents de circulation : Véhicules motorisés - Motoneigistes

Événement :

Un motoneigiste de 36 ans perd la vie lorsqu'il heurte de plein fouet un véhicule tout-terrain (3 roues) qui circulait sur un sentier du Club de motoneige " Les sentiers Blancs " de Chandler.

La victime connaissait bien ce tronçon, ayant collaboré à la signalisation. Par ailleurs, la présence d'un véhicule tout-terrain sur le sentier de motoneige est le facteur causal de l'accident. Ces véhicules sont interdits sur ces sentiers, mais plusieurs conducteurs ne respectent pas les règlements.

La visibilité réduite sur ce tronçon de sentier n'a pas permis aux conducteurs de manoeuvrer à temps. La tentative d'évitement de la victime a été contrecarrée par les arbres.

Recommandations :

Que le Ministère des Transports fasse savoir à tout propriétaire de VTT, par le biais d'avis accompagnant les certificats d'immatriculation ou les permis de conduire d'un VTT, qu'il est dangereux et criminel de circuler sur des sentiers de motoneiges. (1)

Que le Club de motoneige "Les Sentiers Blancs" de Chandler change le tronçon concerné du sentier 5, afin de le rendre moins sinueux ou moins abrupt. Si cela s'avérait impossible, il faudrait élargir le sentier pour, du moins, permettre des manoeuvres plus efficaces en cas d'évitement. (1)

Que la Fédération des Clubs de motoneigistes du Québec identifie les segments de sentiers classifiables comme étant dangereux afin de modifier le parcours ou en modifier la dangerosité, par des changements physiques ou une signalisation supplémentaire.

Organismes visés :

Ministère des Transports
Club de motoneige "Les sentiers Blancs"
Fédération des Clubs de motoneigistes du Québec

Avis / Dossiers : A-119135 100725

 2002-07-23 16:05



© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 1999 Accidents de circulation : Véhicules motorisés - Motoneigistes

Événement :

Un motoneigiste circulant sur le sentier de motoneige régional 546 de la municipalité du Lac-des-Aigles sort d'une courbe et aperçoit une surfaceuse occupant la voie. Il a essayé de freiner mais sans succès. Il est allé percuter un arbre, a été éjecté de son véhicule et est retombé devant la gratte de la surfaceuse, s'y frappant la tête.

Il est dommage qu'il n'y ait pas de système d'avertissement préalable lorsqu'une surfaceuse est en travail sur les pistes de motoneiges. On constate que le système de freinage n'est pas adéquat ou encore le sentier n'est pas assez large pour le passage d'une motoneige et de la surfaceuse.

Recommandations :

Que la Société de l'Assurance automobile du Québec, le Ministère des Transports et la Fédération des clubs de motoneigistes du Québec trouvent des solutions à des événements de ce type. Une motoneige pourrait précéder la surfaceuse lors de son travail. Lors d'une journée où la surfaceuse est en action, un motoneigiste pourrait passer au préalable et installer des drapeaux le long de la voie qui serait surfacée durant la journée, ce qui aviserait les motoneigistes d'une possibilité d'une rencontre avec la surfaceuse. Toute autre solution pourrait être explorée.

Organismes visés :

Société de l'Assurance automobile du Québec
Ministère des Transports
Fédérations des clubs de motoneigistes du Québec

Avis / Dossiers : A-115645 95899

 2002-07-23 16:05

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Accidents de circulation : Véhicules motorisés - Motoneigistes

Événement :

Un motoneigiste de 42 ans est mortellement blessé lorsqu'il est heurté par une motoneige circulant en sens inverse.

Au site de l'accident, un sentier relais non numéroté de St-Prosper-de-Champlain en Mauricie, la signalisation indique une configuration qui monte et oblique légèrement vers la gauche à partir du sommet. La configuration inverse prévaut de l'autre côté de l'obstacle où une signalisation indique la montée et le virage consécutif sur la droite. La motoneige circulant en sens inverse a surgit du point culminant de la pente à une telle vitesse, que l'engin a perdu contact avec la piste, s'élevant dans les airs, pour aller emboutir l'autre motoneige.

Le conducteur, un jeune homme de 22 ans, avait une expérience très réduite de la motoneige. Il circulait dans ce sentier pour la première fois et connaissait donc très peu sa configuration. Une expertise a permis de situer la vitesse autour de 87 km/h au moment d'arriver au sommet.

La conduite de la motoneige comporte plusieurs aspects techniques qui lui sont propres. Or, il n'existe dans la législation actuelle aucune obligation de compétence particulière concernant la conduite automobile de ces véhicules hors-route dont la popularité est de plus en plus grande.

Recommandations :

Que le ministère des Transports :

rende un cours obligatoire pour tous les nouveaux utilisateurs. Les modalités, la nature et les coûts de ce type de cours pourraient être déterminés par un groupe de travail compétent après discussion avec les milieux concernés. Il devrait notamment, couvrir de façon minimale les sujet suivant : (1)

Comportement routier des motoneiges selon les conditions d'utilisation;

b) Influence des facteurs de conduite;

c) Éléments d'information sur les temps de réaction vs vitesse vs visibilité et interrelations avec les vitesses parcourues;

d) Éléments législatifs;

e) Responsabilité des conducteurs de motoneige quant au contrôle de leurs véhicules et conduite sur des sentiers nouveaux et / ou inconnus.

apporte un soutien technique avec révisions périodiques (en début de saison) aux clubs de motoneigistes et à leurs

responsables dans l'application de l'article 27 de la loi sur les véhicules hors route, concernant la signalisation et les limites de vitesse qu'ils ont le pouvoir d'imposer dans certains secteurs ou certaines configurations de tracés jugés délicats et particuliers. Une attention particulière devrait être apportée à l'uniformisation de la signalisation et un suivi adéquat devrait avoir lieu. (1)

Que la Fédération des motoneigistes du Québec envisage la promotion d'un registre d'incidents sur les sentiers. Un tel registre aurait probablement pu permettre d'afficher une vitesse limite plus sécuritaire en relation avec la configuration particulière à cet endroit. Effectivement, plusieurs motoneigistes avaient rapporté avoir été déportés dans cette courbe et ce, même en respectant des limites de vitesse raisonnables. (1)

Organismes visés :

Ministère des Transports
Fédération des clubs de motoneigistes du Québec

Avis / Dossiers : A-110724 90495

 2002-07-23 16:05

Québec 

© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 1999
Accidents de circulation : Véhicules motorisés - Véhicules tout terrain

Organismes visés :

- Ministère de la santé et des services sociaux
- Challenge Québec Motocross inc.
- Hôtel-Dieu de Lévis

- Société de l'Assurance automobile du Québec
- Ministère des Transports
- Fédérations des clubs de motoneigistes du Québec

 **2002-07-10 16:06**

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Accidents de circulation : Véhicules motorisés - Véhicules tout terrain

Événement :

Un jeune homme de 21 ans décède de ses blessures subies trois jours auparavant suite à un accident de véhicule tout-terrain, survenu sur un circuit fermé, en vue d'une compétition de motocross et VTT faisant partie de la série Challenge Québec.

L'accident est survenu au cours de la pratique du matin. Étant donné le nombre restreint de coureurs inscrits à la course de VTT, il n'y avait qu'une catégorie. Ils ont tous pris le départ en même temps, contrairement aux courses de motocross où il y avait plusieurs catégories, soit en fonction de la force du moteur et du niveau du coureur. Or, la victime était à sa première expérience dans ce type de compétition avec son quatre-roues, acquis une semaine auparavant. Plusieurs témoins ont confirmé que certains coureurs roulaient les bosses au lieu de les sauter comme les habitués. Ils avaient plus de misère à suivre les autres. La victime était parmi ceux-là et semblait mal à l'aise.

Soudainement, alors que le jeune homme était à redescendre une des nombreuses bosses du circuit, un autre coureur plus rapide et plus expérimenté a accroché l'arrière du VTT de la victime le faisant basculer vers l'avant. La victime a été blessée lorsque son VTT est retombé sur elle. Elle ne portait pas de plastron pour protéger le thorax, équipement non obligatoire dans aucune compétition.

Par ailleurs, le coroner souligne avoir été avisé 12 heures après le décès. Durant cette période, la maison funéraire avait récupéré le corps et procédé à l'embaumement. Ainsi, il a été impossible de procéder à un examen externe et à une autopsie.

Recommandations :

Que le ministre délégué à la Santé et aux Services sociaux, de qui dépend la Direction générale des loisirs et des sports, crée un organisme, une fédération qui pourrait émettre des règlements et chapeauter ce type de compétition qui se fait plutôt sur une base régionale dans tout le Québec. (1)

Qu'une copie du rapport soit transmise au responsable de Challenge Québec, région de Québec.

Que les autorités de l'Hôtel-Dieu de Lévis informent son personnel qu'il faut aviser le plus tôt possible le Coroner de tout décès relevant de sa responsabilité, dès le décès constaté. (1)

Organismes visés :

Ministère de la santé et des services sociaux
Challenge Québec Motocross inc.
Hôtel-Dieu de Lévis



© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 1999
Accidents de circulation : Véhicules motorisés - Véhicules tout terrain

Événement :

Un motoneigiste circulant sur le sentier de motoneige régional 546 de la municipalité du Lac-des-Aigles sort d'une courbe et aperçoit une surfaceuse occupant la voie. Il a essayé de freiner mais sans succès. Il est allé percuter un arbre, a été éjecté de son véhicule et est retombé devant la gratte de la surfaceuse, s'y frappant la tête.

Il est dommage qu'il n'y ait pas de système d'avertissement préalable lorsqu'une surfaceuse est en travail sur les pistes de motoneiges. On constate que le système de freinage n'est pas adéquat ou encore le sentier n'est pas assez large pour le passage d'une motoneige et de la surfaceuse.

Recommandations :

Que la Société de l'Assurance automobile du Québec, le Ministère des Transports et la Fédération des clubs de motoneigistes du Québec trouvent des solutions à des événements de ce type. Une motoneige pourrait précéder la surfaceuse lors de son travail. Lors d'une journée où la surfaceuse est en action, un motoneigiste pourrait passer au préalable et installer des drapeaux le long de la voie qui serait surfacée durant la journée, ce qui aviserait les motoneigistes d'une possibilité d'une rencontre avec la surfaceuse. Toute autre solution pourrait être explorée.

Organismes visés :

Société de l'Assurance automobile du Québec
Ministère des Transports
Fédérations des clubs de motoneigistes du Québec

Avis / Dossiers : A-115645 95899

 2002-07-12 16:03

Répertoire des recommandations des coroners 1999
Accidents de circulation : cyclistes

Événement :

Une cycliste de 45 ans décède 12 heures après avoir été heurtée par un véhicule automobile sur la rue Bord de l'Eau, près de l'intersection Châteauguay à Longueuil.

L'accident est survenu lorsque la victime circulait dans la voie de droite, près de la bordure, lorsqu'un véhicule a tenté un dépassement sur la droite. La vitesse estimée du véhicule se situait aux environs de 61km/heure dans une zone de 30km/heure.

Un constable de la section technique de la Sûreté municipale de Longueuil indiquait dans son rapport qu'il serait souhaitable d'installer un arrêt obligatoire à cette intersection, afin de diminuer la vitesse des véhicules circulant dans ce secteur.

Recommandations :

Que la Municipalité de Longueuil procède à l'installation d'un arrêt obligatoire à l'intersection des rues Bord de l'Eau et Châteauguay à Longueuil, et ce, dans les deux directions. (2)

Organisme visé :

Municipalité de Longueuil

Avis / Dossier : A-125377 100927

 2002-07-23 15:59

Répertoire des recommandations des coroners 1999 **Accidents de circulation : Véhicules motorisés - Piétons**

Organismes visés :

- Autobus B. Vallières
- B.B.I. Technologies inc.
- Autobus Thomas
- Thomas Built Buses
- Autobus Hubert Dehoey inc.
- Ministère des Transports
- Commission scolaire des Trois-Lacs
- Commission scolaire des Navigateurs
- Association du transport écolier du Québec
- Association des propriétaires d'autobus du Québec
- Fédération des commissions scolaires du Québec

- Ministère des Transports

- Ministère des Transports
- Ville de Léry

- Ville de Pierrefonds

- Ministère des Transports

- S.A.A.Q.
- Compagnie Trans-Cler inc.
- Ville de Clermont

 **2002-07-10 15:37**

Répertoire des recommandations des coroners 1999 **Accidents de circulation : Véhicules motorisés - Piétons**

Événement :

Un garçonnet de 5 ans, fréquentant la maternelle, est mortellement blessé lorsqu'il est renversé par l'autobus scolaire duquel il venait de descendre. L'enfant devait passer devant l'autobus pour traverser la rue.

La visibilité du conducteur dans le miroir extérieur droit était déficiente. La raison en est l'emplacement de l'appareillage de ventilation supplémentaire qui a été installé sur le contrôle de la porte, ainsi que le numéro d'affichage d'identification du véhicule fourni par la commission scolaire. Ces deux ajouts font en sorte que la vision dans le rétroviseur droit est obstruée d'au moins 75%.

La victime avait des troubles importants du langage, de l'autonomie, de l'attention et de la motricité globale. Compte tenu de ces déficits déjà documentés, il est surprenant qu'il soit le seul enfant de cet autobus à devoir traverser devant pour se rendre chez lui.

Par ailleurs, il existe un inventaire de systèmes de sécurité pour les autobus scolaires. Plusieurs de ceux-ci ont fait l'objet d'une étude, dont le système "B.B.I Safety System". Ce dernier a pour but d'empêcher que les enfants passent sous les roues avant et la roue arrière droite du véhicule; il est muni de jupes de protection. En octobre 1998, un arrêté ministériel du ministre des Transports autorisait "Les Autobus Hubert Dehoey inc." à installer un tel système sur un autobus, à des fins expérimentales; les résultats devant être transmis au ministre des Transports.

Recommandations :

Que la Commission scolaires des Navigateurs :

Sensibilise en conséquence les transporteurs lorsque des élèves du premier cycle du primaire, identifiés comme présentant des troubles psychologiques significatifs, ont à être transportés et ce, afin d'avoir un œil vigilant sur ces enfants.

Voie, en collaboration avec les transporteurs, à ce que le numéro d'identification du circuit d'autobus n'entrave aucunement la visibilité des conducteurs.

Que Les Autobus B. Vallières :

Voie à ce que la visibilité du chauffeur dans chacun des autobus soit impeccable.

Ne tolère aucun ajout qui limite cette visibilité. Ce qui signifie que les ventilateurs sur pied et les cartes du numéro du circuit soient situés hors du champ visuel du chauffeur.

Que les compagnies "Autobus Thomas" de Drummondville et "Thomas Built Buses" de Woodstock, Ontario, voient à ce que les autobus mis sur le marché soient livrés avec un champ de vision intact pour le conducteur.

Que le ministère des Transports amende le Code de la sécurité routière, afin d'y inclure l'élément de visibilité du chauffeur et l'obligation d'éviter l'ajout de tout accessoire obstruant cette visibilité.

Que la compagnie "B.B.I. Technologies inc." et les "Autobus Hubert Defoey inc." voient à ce que l'arrêté ministériel soit mis en application dans les meilleurs délais sur le territoire de la Commission scolaire des Trois-Lacs et qu'un rapport complet soit produit au ministre des Transports.

Organismes visés :

Autobus B. Vallières
B.B.I. Technologies inc.
Autobus Thomas
Thomas Built Buses
Autobus Hubert Dehoey inc.
Ministère des Transports
Commission scolaire des Trois-Lacs
Commission scolaire des Navigateurs
Association du transport écolier du Québec
Association des propriétaires d'autobus du Québec
Fédération des commissions scolaires du Québec

Avis / Dossiers : A-128312 99212

 2002-07-23 16:02

Québec 

© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 1999
Accidents de circulation : Véhicules motorisés - Piétons

Événement :

Un adolescent de 13 ans est mortellement blessé lorsqu'il est heurté par un véhicule automobile en traversant l'autoroute 20, à la hauteur de St-Hyacinthe.

La victime, accompagnée de deux copains, ont enjambé la clôture à la hauteur du kilomètre 132 pour traverser l'autoroute, afin de se rendre au Parc des Salines. Or, il est fréquent que les gens traversent à cet endroit pour se rendre au parc et font le chemin inverse au retour.

Recommandations :

Que le ministère des Transports étudie la possibilité d'ériger un viaduc pour piétons et vélos au-dessus de l'autoroute 20, au kilomètre 132.

Organisme visé :

Ministère des Transports

Avis / Dossiers : A-126211 98551

 2002-07-23 16:02

Répertoire des recommandations des coroners 1999 **Accidents de circulation : Véhicules motorisés - Piétons**

Événement :

Une dame de 79 ans est mortellement blessée lorsqu'elle a été heurtée par un véhicule automobile au moment où elle traversait le boulevard Léry (route 132) à Léry. Elle voulait aller rejoindre la conductrice d'un véhicule automobile stationné de l'autre côté de la rue.

L'accident est survenu à la fin du mois d'octobre, en fin d'après-midi, alors qu'il faisait noir. Au site de l'accident, la vitesse permise est de 90 km/h et l'éclairage est inexistant. De plus, la victime portait des vêtements sombres.

Recommandations :

Que le ministère des Transports révisé la vitesse permise de 90 km/h à 70 km/h tout au long du boulevard Léry (route 132) considérant la présence de plusieurs commerces et une multitude de petites routes et d'entrées privées obligeant les automobilistes à s'immobiliser fréquemment pour tourner à gauche ou à droite. (1)

Que la municipalité de Léry révisé l'éclairage dans le secteur qui s'étend de la voie ferrée, au début de Léry, jusqu'à Maple Grove, car il y a des endroits où la noirceur est presque totale. (3)

Organisme visé :

Ministère des Transports
Ville de Léry

Avis / Dossiers : A-124863 98763

 2002-07-23 16:02

Répertoire des recommandations des coroners 1999 **Accidents de circulation : Véhicules motorisés - Piétons**

Événement :

Un écolier de 11 ans est mortellement blessé lorsqu'il est heurté par un véhicule automobile à l'intersection du boulevard Gouin et de la rue Sunnybrooke à Pierrefonds.

Il venait de traverser avec l'aide de la brigadière scolaire. Or, à l'insu de celle-ci, il échappe le ballon qu'il portait, rebrousse chemin afin de le ramasser sur la chaussée et est heurté par un véhicule qui circulait et dont la vitesse a été évaluée entre 50 et 55 km/h. Au site de l'accident, la vitesse permise est de 50 km/h et ce, à proximité d'un complexe écolier de niveau primaire comportant deux pavillons.

Recommandations :

Que la ville de Pierrefonds adopte un règlement concernant l'établissement d'une zone scolaire, incluant une signalisation appropriée, ayant une limite de vitesse de 30 km/h, dans le secteur compris entre l'intersection Sunnybrooke et la rue Hortie, sur le boulevard Gouin. (1)

Organisme visé :

Ville de Pierrefonds

Avis / Dossiers : A-124440 98170

 2002-07-23 16:03

Répertoire des recommandations des coroners 1999
Accidents de circulation : Véhicules motorisés - Piétons

Événement :

Un homme de 28 ans est mortellement blessé lorsqu'il quitte sa voiture suite à un carambolage survenu au kilomètre 12, de l'autoroute 20, à Les Côteaux.

Au moment de l'accident, le temps était couvert et il pleuvait légèrement. Soudainement, la pluie s'est intensifiée et s'est changée en verglas. Les véhicules devaient franchir une pente ascendante les menant à la partie supérieure d'un viaduc, lequel surplombe une voie ferrée. Cette partie surélevée de l'autoroute est vulnérable au changement brusque de température puisqu'une fine couche de glace s'y est formée.

Recommandations :

Que le ministère des Transports installe un panneau avisant du risque de verglas à l'approche du viaduc au kilomètre 12, de l'autoroute 20 ouest, à Les Côteaux. (1)

Organisme visé :

Ministère des Transports

Avis / Dossiers : A-121789 99743

 2002-07-23 16:03

Répertoire des recommandations des coroners 1999 **Accidents de circulation : Véhicules motorisés - Piétons**

Événement :

Jeune femme de 25 ans happée mortellement par un camion-remorque de la compagnie "Trans-Cler Inc." sur la rue Desbiens dans le secteur du parc industriel de Clermont.

L'accident est survenu en soirée (à la noirceur) alors que la victime prenait une marche. Elle était vêtue de vêtements foncés. Elle a été frappée lorsque le camion-remorque sortait d'une entrée et a tourné pour s'engager sur la rue Desbiens.

Par ailleurs, il appert que le conducteur du camion ne possédait pas de permis lui permettant de conduire un camion lourd.

Recommandations :

- Que la S.A.A.Q. :
 - Étudie les procédures utilisées tant pour les mandataires que pour les entreprises autorisées à effectuer une auto-vérification, afin de s'assurer que celles-ci soient conformes à la loi; (1)

Vérifie si la compagnie Trans-Cler inc. peut continuer ou non de maintenir un mandat d'auto-vérification ou si on doit lui retirer. (1)

- Que la compagnie Trans-Cler inc. :

S'assure que tout mécanicien ou conducteur de camion lourd possède le permis de conduire approprié pour déplacer de tels poids lourds; (1)

S'assure que tout camion lourd utilisant la route est en état mécanique adéquat et que la visibilité est impeccable au niveau des vitres particulièrement; (1)

Donne une formation adéquate à tout mécanicien qui doit déplacer des camions lourds. (1)

- Que la Ville de Clermont :

Étudie rapidement la possibilité d'empêcher que les piétons et les cyclistes utilisent les rues du parc industriel et d'installer une signalisation à cet effet; (3)

Prévoit une sortie sécuritaire pour les piétons et les cyclistes, entre le sentier bordant la rivière et la route

138 dans le secteur Est de la ville. Une telle sortie devrait joindre le trottoir situé au nord de la route 138 qui traverse la municipalité de Clermont. (3)

Organismes visés :

S.A.A.Q.
Compagnie Trans-Cler inc.
Ville de Clermont

Avis / Dossiers : A-108728 99778

 2002-07-23 16:04

Québec 

© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 1999
Autres décès accidentels : Asphyxies

Organismes visés

- Corps de cadets de la marine 337
- Scouts de Sainte-Catherine
- Fédération maritime du Canada
- Centre hospitalier du Pontiac
- Association des hôpitaux du Québec
- Ministère de la santé et des services sociaux
- Centre d'accueil St-Joseph de Lévis

 2002-05-14 9:17

Répertoire des recommandations des coroners 1999
Autres décès accidentels : Asphyxies

Événement :

Un garçon de 13 ans décède d'asphyxie lorsqu'il se pend accidentellement avec sa ceinture de karaté.

Deux semaines auparavant, avec des amis faisant partie des scouts et des cadets de la marine de Ville Sainte-Catherine, la victime s'amusa à faire des nœuds coulants qui se défaisaient aussitôt qu'on tirait sur un bout de la corde. On jouait au jeu de strangulation et c'est probablement ce jeu qu'essayait de pratiquer le garçon lorsqu'il s'est pendu accidentellement.

Recommandations :

Que les instructeurs du Corps de cadets de la marine 337 et des Scouts de Sainte-Catherine avertissent les jeunes du danger qu'il y a d'utiliser certains nœuds et que les nœuds coulants ne sont pas faits pour être enroulés autour du cou, car ils peuvent entraîner la mort.

Organismes visés :

Corps de cadets de la marine 337
Scouts de Sainte-Catherine

Avis / Dossiers : A-124886 100936

 2002-05-14 8:56

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Autres décès accidentels : Asphyxies

Événement :

Deux passagers clandestins, sur le navire Canmar Conquest en provenance du Portugal, décèdent d'anoxie cérébrale alors qu'ils étaient cachés dans un conteneur situé dans la cale du navire. Ce dernier transporte aux environs de 1100 conteneurs. Dans la cale d'une quinzaine de mètres de profondeur, les conteneurs sont empilés cinq de haut. Il en est de même sur les ponts.

Quoique les dimensions volumétriques d'une cale d'un bateau soient imposantes, le volume d'air est très réduit une fois la cale pleine de conteneurs. L'oxygène n'occupe que le cinquième de ce volume. En effet, une fois que la cale est pleine, on ferme les trappes qui forment le toit de ladite cale. Celles-ci, sur lesquelles s'empilent des centaines de conteneurs, sont fermées de façon hermétique pour empêcher l'eau d'y pénétrer.

Par ailleurs, les cales des navires sont dotées de puissants systèmes de ventilation qui ne sont utilisés qu'au besoin. L'emploi des ventilateurs, même de façon intermittente, aurait sauvé la vie des deux victimes.

Recommandations :

Que la Fédération maritime du Canada étudie la possibilité de ventiler les cales des bateaux, du moins de façon intermittente, soit une heure à toutes les 24 heures, lorsque les cales sont closes et que les conditions atmosphériques le permettent. (2)

Organisme visé :

Fédération maritime du Canada

Avis /
Dossiers : A-126719 101409 A-126720 101380

 2002-07-17 14:34

Répertoire des recommandations des coroners 1999
Autres décès accidentels : Asphyxies

Événement :

Une homme de 80 ans, hospitalisé au centre hospitalier du Pontiac à Shawville pour une maladie invalidante, décède d'une asphyxie positionnelle suite au glissement du corps vers le sol, entre le bord du matelas et la ridelle du lit.

La victime occupait un lit muni de deux demies ridelles de chaque côté. L'espace entre la ridelle supérieure et la ridelle inférieure est de huit pouces et demi. En tentant de se glisser dans cet espace restreint, le patient est resté coincé au niveau du cou. N'ayant pas de force dans ses jambes, il n'a pas pu se relever et se dégager.

Recommandations :

Que l'utilisation des lits à quadruples ridelles soit réservée uniquement aux patients vraiment autonomes et/ou aux patients complètement inconscients ou comateux. Sinon, que l'on utilise une ridelle unique pleine longueur. (1)

Organisme visé :

Centre hospitalier du Pontiac

Avis / Dossier : A-119228 99148

 2002-07-12 15:52

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Autres décès accidentels : Asphyxies

Événement :

Une homme de 83 ans, hospitalisé à l'unité de soins de longue durée 3B du centre hospitalier régional de Lanaudière, décède d'une asphyxie positionnelle lorsqu'il demeure coincé dans l'espace entre les deux ridelles d'un côté de son lit.

En janvier 1996, le Bureau de normalisation du Québec édictait la norme 6641-120. Cette norme visait les lits d'hôpitaux à commande manuelle et à commande électrique. Ladite norme, détaillée de plusieurs articles, apparaît au coroner un début dans une bonne direction. Toutefois, de l'avis de plusieurs utilisateurs, la norme vise surtout la fabrication et la construction du lit d'hôpital plutôt que la performance que devrait avoir le lit à commande électrique. Pour cette raison, la norme de 1996 désappointe beaucoup d'intervenants qui y voient une spécification technique.

Par ailleurs, le nouveau comité chargé d'élaborer la nouvelle norme de performance sur les lits d'hôpitaux aura plusieurs problèmes à surmonter dont la difficulté pour cueillir les fonds nécessaires et le manque de statistiques reliées aux accidents de lits d'hôpitaux.

Recommandations :

Que l'Association des hôpitaux du Québec :

rappelle à ses membres l'importance de signaler à la Direction générale de la santé (Santé Canada) les accidents reliés à l'utilisation des lits d'hôpitaux et autres instruments médicaux.

via la coordination de la gestion des risques et des réclamations en matière de responsabilité civile de la Direction des programmes d'assurance, établisse un formulaire précis qui sera vérifié et compilé par eux, afin de bien détailler tous les incidents reliés à l'utilisation de lits d'hôpitaux.

Que le ministère de la santé et des services sociaux aide au financement du comité qui verra à produire une norme nationale de performance avec les fabricants, les ministères, les utilisateurs et Santé Canada.

Organismes visés :

Association des hôpitaux du Québec
Ministère de la santé et des services sociaux

Avis / Dossier : A-125696 98326



© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 1999 Autres décès accidentels : Asphyxies

Événement :

Une dame de 82 ans, résidant au centre d'accueil St-Joseph de Lévis, décède d'asphyxie lorsqu'elle a les voies respiratoires obstruées par un morceau de pain, en mangeant un sandwich.

Cette dame avait tendance à s'étouffer en mangeant et, dans le passé, on a eu à intervenir pour lui venir en aide pendant ces épisodes. Elle devait avoir une diète coupée.

Au moment de l'événement, il y avait 26 bénéficiaires dans la pièce. Les deux employés qui étaient dans la salle ne l'ont pas vu s'étouffer car ils avaient le dos à elle, aidant des bénéficiaires à s'alimenter. La dame a été découverte, le visage dans son plateau. Elle a été allongée au sol en position latérale droite. L'infirmière en chef a enlevé de la nourriture dans la bouche ainsi que les dentiers. La victime n'avait plus de pouls et était bleutée, sans tonus. Aucune réanimation cardiorespiratoire n'a été entreprise considérant une note au dossier à l'effet de ne pas procéder à une réanimation.

Recommandations :

Que la Direction du Centre d'accueil St-Joseph de Lévis:

- voie à ce que le type de diète recommandée pour les différents bénéficiaires soit respectée.
- identifie les bénéficiaires qui ont de la facilité à s'étouffer en s'alimentant, afin d'en informer tous les membres du personnel pour qu'une surveillance appropriée soit apportée pendant les repas.
- s'assure que tout le personnel connaisse la technique de dégagement des voies respiratoires et la méthode d'Heimlich et soit prêt en tout temps à intervenir lorsqu'un bénéficiaire s'étouffe en mangeant.

Organisme visé :

Centre d'accueil St-Joseph de Lévis

Avis / Dossier : A-128320 99311

 2002-07-23 16:17

Répertoire des recommandations des coroners 1999
Autres décès accidentels : Chocs accidentels

Organismes visés

- Mont Grand-Fonds
- Fédération québécoise de ski alpin

- Ministère des ressources naturelles
- Association Minière du Québec

 2002-05-14 9:36

Répertoire des recommandations des coroners 1999 Autres décès accidentels : Chocs accidentels

Événement :

Un homme de 51 ans, skiant dans la piste "des Bouleaux" du mont Grand-Fonds à La Malbaie, perd l'équilibre et heurte violemment un arbre au bas de la piste. Il décédera quatre jours plus tard des blessures subies lors de l'accident.

La piste empruntée par la victime est de type sous-bois, caractérisée par une pente de difficulté moyenne parsemée d'arbres. Ces derniers sont très espacés les uns des autres (plus de trois mètres) tout au long de la piste et ne sont entourés d'aucune protection spéciale. Les skieurs peuvent donc atteindre une vitesse importante s'ils le désirent tout en contournant les bouleaux présents sur le parcours.

Ce type de piste est de plus en plus fréquent dans les stations de ski du Québec. Le risque de collision avec un objet fixe (arbre) est évidemment omniprésent, surtout si on perd l'équilibre.

Recommandations :

Que les autorités du mont Grand-Fonds adoptent des mesures de protection pour les skieurs dans les pistes sous-bois " des Bouleaux " et " du Ruisseau ".

Que la Fédération québécoise de ski alpin se penche sur la question de la sécurité sur les pistes sou-bois et analyse différents mécanismes de protection. Les résultats de ces analyses devraient être diffusés à l'ensemble des stations de ski alpin.

Organismes visés :

Mont Grand-Fonds
Fédération québécoise de ski alpin

Avis / Dossier : A-108719 95884

 2002-05-14 13:52

Répertoire des recommandations des coroners 1999 Autres décès accidentels : Chocs accidentels

Événement :

Un travailleur de la Mine Bell Allard à Matagami est mortellement écrasé par une porte de deux tonnes, mesurant près de trois mètres de hauteur, sur laquelle il effectuait des travaux de soudure.

La victime a probablement dû grimper à la porte pour effectuer son travail. Cette dernière était alors en position verticale de 80 degrés. Il semble que le poids du travailleur ait été suffisant pour changer le centre de gravité, entraînant la fermeture de la porte sur le travailleur situé en dessous.

Le problème principal de cette scène survient du fait que les sorties d'air comprimé arrivant au chevalement du puits d'air vicié étaient fermées. Des valves secondaires auraient aussi été enlevées, empêchant alors l'air comprimé de se rendre jusqu'au cylindre, lequel devient alors inopérant et ne peut ainsi plus offrir de résistance à la fermeture libre de la porte.

Que le Ministère des ressources naturelles envoie un mémo à chacune des mines, leur suggérant que, lorsqu'un travailleur a à œuvrer près d'un objet dont le fonctionnement dépend de cylindre à air comprimé, les valves transportant cet air soient vérifiées avant le travail à faire. L'installation d'un dispositif avec clignotant avertisseur, informant d'une défectuosité quelconque dans le système d'air, serait intéressant.

Organismes visés :

Ministère des ressources naturelles
Association Minière du Québec

Avis / Dossier : A-124236 96626

 2002-05-14 9:34

Répertoire des recommandations des coroners 1999
Autres décès accidentels : Chutes

Organismes visés

- Réal Gosselin & al., propriétaire du 4155 place Gros-Pins, à Charlesbourg
- Fédération équestre du Québec
- Association québécoise pour le tourisme équestre et l'équitation de loisirs
- CLSC-CHSLD Champagnat de la Vallée des Forts
- Dismed inc.
- Cité de la santé de Laval
- Régie régionale de la santé et des services sociaux
- Santé Canada
- Centre hospitalier Notre-Dame de la Merci
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière



2002-05-14 10:07

Répertoire des recommandations des coroners 1999
Autres décès accidentels : Chutes

Événement :

Un homme de 39 ans fait une chute d'un balcon au moment où, appuyé sur le garde-fou, un morceau de bois non retenu solidement a cédé. Demeurant quadraplégique, l'homme décédait quatre mois plus tard.

L'investigation a démontré que ce morceau de bois n'était pas retenu solidement dû aux vis trop courtes. Ainsi, sous le poids de la victime, la fixation a cédé et le garde a été emporté avec lui dans sa chute.

Recommandation :

Que le propriétaire du 4155 place Gros-Pins, à Charlesbourg revoie tous les gardes des balcons de ses appartements, afin de s'assurer qu'ils soient solidement fixés et apporte les modifications, si nécessaire.

Organisme visé :

Réal Gosselin & al., propriétaire du 4155 place Gros-Pins, à Charlesbourg

Avis / Dossier : A-132424 103974

 2002-05-14 9:47

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Autres décès accidentels : Chutes

Événement :

Un bénéficiaire de la Résidence Champagnat d'Iberville inc. décède quelques heures après être tombé d'un lève-personne, lors de son transfert entre sa chaise et son lit.

L'appareil est de marque MHM Médical Inc.. On installe une pièce de tissu sous le patient et les quatre coins du tissu sont reliés à un anneau à une pièce. Le morceau de tissu est relié à l'appareil par un anneau avec un espace qui permet d'y entrer la toile. Cet anneau ayant tourné, l'une des quatre extrémités de la toile est tombée, rendant le patient instable et provoquant sa chute.

Recommandations :

Que les CLSC-CHSLD Champagnat de la Vallée des Forts procède à une vérification de la sécurité de ses appareils de manutention des bénéficiaires et remplace les anneaux circulaires par des formes ovales avec clapet, afin d'éliminer toute possibilité que la pièce de tissu ne s'échappe de l'encrage. (1)

Que les manufacturiers de matériel de manutention des patients modifient les anneaux circulaires avec espacement par des anneaux de forme ovale avec clapet.

Organismes visés :

CLSC-CHSLD Champagnat de la Vallée des Forts
Dismed inc.

Avis / Dossier : A-121907 95449

 2002-07-12 15:54

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Autres décès accidentels : Chutes

Événement :

Un bébé de huit mois fait une chute dans un escalier de quatre marches alors qu'il se déplace dans une berceuse. Transporté à l'urgence de la Cité de la santé de Laval, il décède deux heures plus tard d'un arrêt cardiaque, suite à un choc hypovolémique consécutif à une rupture de la rate.

Les témoignages obtenus lors de l'enquête publique confirment que l'infirmière ne note pas son inquiétude sur la baisse appréciable de la tension artérielle ou d'une tachycardie sinusale ainsi que de la pâleur de l'enfant. Le médecin n'a pas été avisé en temps utile, correctement et efficacement de l'évolution des signes vitaux chez l'enfant.

Entre l'heure d'arrivée à l'urgence (19 h 00) et 20 h 50, le pouls avait accéléré de 152 par minute à 172 et la tension artérielle avait baissé de 18 points.

Or, les notes du médecin ne font pas état de la pâleur de l'enfant, ni de sa connaissance de l'évolution des signes vitaux alors qu'il était à même de pouvoir en prendre connaissance et s'arrêter un moment pour réfléchir. Il se devait de regarder avec attention ces signes vitaux et prévenir plus spécifiquement l'infirmière, sur la conduite à tenir si quelque chose pouvait entretenir sa suspicion d'une hémorragie interne en progrès.

Par ailleurs, le règlement sur l'organisation et l'administration des établissements prévoit que le comité d'évaluation médicale doit étudier les cas de décès et faire les recommandations au Comité médical des médecins, dentistes et pharmaciens. Or, le coroner n'a pas reçu de confirmation écrite du directeur des services professionnels que ce cas ait fait l'objet d'étude en comité.

La Cité de la santé de Laval n'a pas la même vocation que l'hôpital Ste-Justine. Il demeure que la clientèle pédiatrique s'accroît annuellement. Dans le cadre d'une approche où une unité d'observation pédiatrique y serait instaurée prochainement, il y aurait lieu de considérer la formation du personnel soignant en appliquant le programme de formation en trauma pour enfants de l'hôpital Ste-Justine.

Recommandations :

Que les autorités de la Cité de la santé de Laval :

- saisisse le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et le Conseil des infirmiers et infirmières de son établissement de ce cas, afin d'apprécier la qualité des actes médicaux et des actes nursing posés et recevoir l'avis de son directeur des services professionnels de manière à ce qu'un tel accident de se reproduise plus.
- reconsidère le guide d'utilisation des notes évolutives en l'adaptant au département de l'urgence ainsi que la formation pédiatrique de son personnel nursing.
- considère une entente de services avec le centre hospitalier Ste-Justine.

Que la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval concrétise l'implantation d'une Unité d'observation pédiatrique à la Cité de la santé de Laval selon l'échéancier prévu.

Que Santé Canada demande une réponse écrite au fabricant du jouet en cause quant à ses intentions à l'égard des modifications à lui apporter pour qu'il soit conforme à l'esprit de la réglementation en vigueur. (1)

Organismes visés :

Cité de la santé de Laval
Régie régionale de la santé et des services sociaux
Santé Canada

Avis / Dossier : A-122858 96482

 2002-05-14 10:27

Québec 

© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 1999 Autres décès accidentels : Chutes

Événement :

Une dame âgée de 92 ans, hospitalisée au centre hospitalier Notre-Dame de la Merci à Montréal, décède cinq jours après avoir fait une chute de son lit..

Elle a été retrouvée sur le plancher près du lit. Elle était consciente et remise au lit. La ridelle qui était baissée lors de l'arrivée des préposés a été remontée et remise en place comme il se doit.

Au cours des jours suivants, la patiente a évolué vers une semi-conscience et présentait des vomissements. Lors de l'installation en radiologie, il y a eu aspiration bronchique et l'apparition d'un œdème aigu pulmonaire. L'évolution de l'état général laisse supposer la possibilité d'un hématome cérébral secondaire à la chute et d'une fracture du col du fémur.

Selon le coroner, tout cela aurait pu être évité si le personnel de soutien avait bloqué correctement la ridelle de lit tel que décrit par le fabricant.

Recommandations :

Que les autorités du centre hospitalier Notre-Dame de la Merci rappelle au personnel la procédure à suivre chez les bénéficiaires nécessitant l'ajout de ridelles pour leur sécurité. (1)

Organisme visé :

Centre hospitalier Notre-Dame de la Merci

Avis / Dossier : A-123605 96615

 2002-07-12 15:54

Répertoire des recommandations des coroners 1999
Autres décès accidentels : Chutes

Événement :

Un résident du CHSLD Ste-Élizabteh à Ste-Élizabeth, souffrant d'un problème cérébral chronique qui le rendait agressif, réussit à faire une escapade en entrant dans l'entretroit de l'établissement par une porte non verrouillée. Il réussira à se rendre sur le toit d'où il chutera accidentellement.

La sécurité du mécanisme des portes codées en place au département où vivait la victime semble adéquat. La place est sécurisée comme elle se doit d'être. Toutefois, le manque de rigueur aux contrôles des mécanismes à permis de laisser la porte de l'entretroit débarrée.

Recommandations :

Que la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière s'assure que le CHSLD Ste-Élizabeth possède un protocole de contrôle de qualité de ses mesures de sécurité, ce qui inclue le personnel sur une base régulière, afin que tous les incidents possibles puissent être documentés.

Organisme visé :

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière

Avis / Dossier : A-125447 97335

 2002-05-14 10:08

Répertoire des recommandations des coroners 1999
Autres décès accidentels : Hypothermie

Événement :

Un homme de 88 ans, demeurant à la résidence Athur Beauséjour de Joliette, décède d'hypothermie après avoir été trouvé en hiver, nu et gémissant par terre dans l'herbe, derrière la résidence où il demeurerait.

La dernière fois qu'il avait été vu par le personnel de la résidence remontait au soir précédent vers 21 heures.

Recommandation :

Que la Direction de la résidence André Beauséjour de Joliette :

- institue un plan de surveillance des patients.
- fasse en sorte que le personnel assure une surveillance à deux reprises des patients de leur institution durant la nuit.

Organisme visé :

Résidence Arthur Beauséjour

Avis / Dossier : A-127593 99143

 2002-07-23 16:20

Répertoire des recommandations des coroners 1999
Autres décès accidentels : Incendies

Organismes visés

- Centre d'hébergement Champlain-Châteauguay
- Santé-Canada
- Compagnie Ortho-Fab

- Ministère de la sécurité publique

- Municipalité de Rimouski

 2002-05-14 10:49

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Autres décès accidentels : Incendies

Événement :

Un homme de 63 ans, résidant au Centre d'hébergement Champlain-Châteauguay, décède d'un choc hypovolémique suite aux brûlures du 2^e et 3^e degré à la région dorsale et au bras gauche. Installé dans un fauteuil roulant, il a mis accidentellement le feu à sa robe de chambre et à son fauteuil roulant avec un article de fumeur.

L'homme souffrait de dystrophie musculaire de Steinert évoluant depuis 25 ans, de maladie pulmonaire obstructive chronique avec emphysème dû au tabagisme et d'une paralysie résiduelle de la main droite suite à deux accidents cérébro-vasculaires subis en 1994 et 1995. Il était classifié comme étant un patient qui pouvait fumer seul dans aucun danger.

Un fauteuil roulant est un instrument médical de classe 1 et il existe un *Règlement sur les instruments médicaux* qui prévoit des exigences en matière d'inflammabilité (section 16 du règlement).

Par ailleurs, au Conseil canadien des normes, il n'existe aucune norme canadienne sur le sujet. Cependant, il existe une norme internationale ISO 7176-16 qui prescrit des exigences ainsi que des méthodes d'essai pour l'évaluation de la résistance à l'inflammation par cigarettes ou par allumettes, des matériaux constituant les parties rembourrées des fauteuils roulants.

Recommandations :

Que le Centre d'hébergement Champlain-Châteauguay, en particulier, et à tous les autres foyers ou institutions semblables :

- évalue très fréquemment tous les bénéficiaires quant à leur capacité de fumer seul sans surveillance et sans danger pour eux-mêmes ou autrui;
- voie à ce que les vêtements portés par les bénéficiaires hypothéqués physiquement et qui fument soient faits de matériel le plus ignifuge possible, surtout pas du nylon;
- informe Santé-Canada de l'accident mortel survenu dans leurs murs

Que la Compagnie Ortho-Fab vérifie leur mode de fabrication des fauteuils roulants afin de s'assurer qu'elle respecte bien le *Règlement sur les instrument médicaux*, tel qu'édicte par Santé-Canada.

Que Santé-Canada :

- évalue la pertinence de demander aux compagnies vendant des fauteuils roulants au Canada de se conformer à cette norme; (1)

- fasse un suivi auprès de la Compagnie Ortho-Fab pour s'assurer qu'elle respecte les normes. (1)

Organismes visés :

Centre d'hébergement Champlain-Châteauguay
Santé-Canada
Compagnie Ortho-Fab

Avis / Dossier : A-124881 100441

 2002-07-23 16:19

Québec 

© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Autres décès accidentels : Incendies

Événement :

Lors de la crise du verglas en janvier 1998, alors que la région était affectée par une panne majeure d'électricité, trois personnes âgées décédaient par intoxication au monoxyde de carbone dans l'incendie d'une résidence à Venise-en-Québec.

Les expertises ont démontré que l'incendie avait débuté dans le plancher de la section cuisine qui est également le plafond de la section garage où se trouvait une génératrice qui était branchée sur le système électrique. La génératrice ne révélait aucune défectuosité. Toutefois, l'étanchéité des tuyaux n'a pu être démontrée.

L'examen des corps a révélé l'absence ou la présence d'une faible quantité de suie dans les voies respiratoires confirmant, avec la présence de carboxyhémoglobine à dose létale, que les décès sont survenus avant la carbonisation par le feu. Il est possible que l'intoxication soit secondaire au monoxyde de carbone produit par la génératrice et qui se serait échappé des tuyaux non hermétiques ou secondaire à un feu dont le point d'origine pourrait être les fils électriques au niveau du plafond au dessus de la génératrice. Ce feu aurait couvé avant de déclencher l'incendie. Cependant, on peut penser que le feu aurait produit une quantité plus importante de suie au niveau des voies respiratoires s'il avait été la seule cause impliquée lors de ce sinistre.

Recommandations :

Que, dans un premier temps, l'on fasse des campagnes de publicité afin d'encourager l'utilisation de détecteurs de monoxyde de carbone dans les maisons avec garages. (1)

Que, par la suite, l'installation de ces détecteurs soit rendue obligatoire, tout comme les détecteurs de fumée et qu'ils fonctionnent avec une batterie comme source principale et d'appoint.

Organisme visé :

Ministère de la sécurité publique

**Avis / Dossier : A-115781 A-121915 95852 A-121901 95853
 95851**



© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Autres décès accidentels : Incendies

Événement :

Un étudiant du CEGEP de Rimouski décède d'asphyxie par intoxication au monoxyde de carbone, suite à l'incendie de l'édifice qu'il habitait, lequel contenait neuf chambres et cinq appartements. C'est en faisant réchauffer de l'huile dans un chaudron sur la cuisinière pour faire cuire des frites que l'incendie s'est déclaré.

Tous les locataires qui ont pu fuir sont unanimes à dire qu'ils n'ont jamais entendu un système d'alarme ni aucun système sonore provenant d'un détecteur de fumée. De plus, cet édifice n'avait pas d'identification des sorties d'urgence ni un système d'éclairage d'urgence en cas d'incendie. Il n'était pas pourvu non plus de gicleurs d'eau automatiques.

Suite à l'extinction de l'incendie, une vérification des lieux a permis de retrouver un seul détecteur de fumée, lequel était sans batterie. Or, le concierge confirmait à la Sûreté municipale de Rimouski que l'édifice était doté d'un détecteur de fumée et de deux extincteurs au sous-sol, de deux détecteurs de fumée et d'un extincteur au rez-de-chaussée et un détecteur de fumée et d'un extincteur au premier étage. Une inspection des détecteurs était, selon le concierge, effectuée à chaque semaine.

La dernière inspection de cet édifice par le Service de protection des incendies remonte au 10 septembre 1995, suite à une plainte. Le 13 septembre 1995, il était demandé au propriétaire de l'édifice d'installer un avertisseur de fumée par chambre; un délai de quinze jours ouvrables lui étant alloué pour effectuer les modifications requises. Toutefois, entre décembre 1995 et mars 1997, trois rappels avec la même demande étaient signifiés au propriétaire par le Service de l'Urbanisme et l'inspecteur des bâtiments de la ville. Le 13 mars 1997, un dernier rappel était fait au propriétaire et on lui allouait un délai de 30 jours pour s'exécuter. Il s'agissait de la dernière demande auprès du propriétaire de la part de la Ville de Rimouski. Le Service des incendies n'a pas été informé du suivi du dossier après le 13 septembre 1995.

La Ville de Rimouski a une réglementation concernant les édifices publics sur son territoire ; une maison de chambre doit comporter dix chambres ou plus et une maison de rapport, soit une maison d'appartements, doit renfermer dix logements et plus. Ce règlement est semblable à celui de la Régie du bâtiment du Québec qui intervient que si l'édifice a plus de huit logements et plus de deux étages. Ainsi, la réglementation actuelle fait qu'un propriétaire peut avoir des chambres et des appartements dans un même édifice, ce qui ne le contraint pas à être sous la surveillance de la Régie du bâtiment du Québec.

Dans son rapport, le coroner souligne que la réglementation de la Ville de Baie-Comeau pourrait servir d'exemple à la ville de Rimouski pour modifier le règlement actuel. Il y est précisé que le propriétaire de tout bâtiment doit installer dans chaque unité d'habitation le nombre d'avertisseurs de fumée requis. Le propriétaire doit également s'assurer que dans chacune de ces unités d'habitation, des instructions de sécurité et d'évacuation soient constamment affichées et bien en vue. Finalement, on y précise que le propriétaire ou l'occupant d'une unité d'habitation, dans laquelle une chambre est louée, doit installer un avertisseur de fumée dans cette chambre selon les normes.

Par ailleurs, la réglementation de la Ville de Chicoutimi interdit de faire ou de laisser faire, ou de permettre que soit faites des fritures ailleurs que dans une friteuse électrique approuvée.

Le coroner souligne que tous les édifices à revenu offrant de l'hébergement en location, que ce soit sous forme d'appartements ou sous forme de chambres, l'on devrait retenir le principe qu'un avertisseur de fumée est requis dans chaque pièce où une personne dort.

Recommandations :

Que la Ville de Rimouski

- Revise le programme de prévention des incendies pour la ville ainsi que l'application de ce programme et fasse en sorte que les ressources y soient présentes pour la mise en œuvre de ce programme ;
- Modifie la réglementation concernant les avertisseurs de fumée afin que tous les édifices offrant un hébergement de chambres ou d'appartements soient munis d'avertisseurs de fumée dans toutes les pièces où l'on dort ;
- Revise sa réglementation concernant l'identification des sorties d'urgence avec système d'éclairage d'urgence pour les édifices à revenu offrant une location de chambres ou d'appartements ;
- Revoie sa politique de communication interne afin que les informations soient disponibles auprès des personnes qui ont à exercer une compétence lorsqu'il s'agit de sécurité publique.

Organisme visé :

Municipalité de Rimouski

Avis / Dossier : A-128869 103029

 2002-07-23 16:15

Québec 

©Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 1999
Autres décès accidentels : Intoxications

Organismes visés

- Hôpital Charles-Lemoyne
- Compagnie Breakaway Tours
- Ministères des Transports
- MSSS
- ACTE – Vacances Québec



2002-05-14 11:26

Répertoire des recommandations des coroners 1999 Autres décès accidentels : Intoxications

Événement :

Une femme de 33 ans, en observation à l'urgence de l'Hôpital Charles-Lemoyne, décède d'une poly-intoxication médicamenteuse associant des médicaments déprimeurs du système nerveux central, chez une personne qui avait de l'œdème et de la congestion pulmonaire.

La femme s'était présentée la veille de son décès, racontant avoir subi de la violence de la part de son ex-conjoint et qu'elle se sentait mal. Cette dernière se plaignait de douleurs abdominales et de toux grasse. Suite aux différents examens, dont les résultats sont revenus normaux, il a été décidé de garder la patiente jusqu'au lendemain pour une consultation en psychiatrie.

A son arrivée à l'urgence, la femme a montré à l'infirmière au triage un certain nombre de médicaments qu'elle prenait, lesquels ont été notés au dossier et laissés en possession de la patiente. Or, l'infirmière au triage de l'urgence n'a pas noté tous les médicaments que la femme avait en sa possession ou cette dernière n'a pas montré à l'infirmière tous les médicaments qu'elle avait en sa possession à l'arrivée.

Recommandation :

Que la Direction des services professionnels de l'Hôpital Charles-Lemoyne établisse un règlement obligeant l'infirmière de l'accueil (triage) à l'urgence, de demander tous les médicaments que le malade a en sa possession à l'arrivée, de tous les identifier sur sa fiche, de les garder pour qu'ils soient présentés au médecin traitant et gardés sous contrôle par le service infirmier. Seuls les médicaments prescrits par les médecins de l'urgence ne pourraient être administrés durant son séjour à l'hôpital. Au moment du congé, le médecin devrait réévaluer toute la médication de départ, y compris les médicaments que possédait le malade à son arrivée.

Organisme visé :

Hôpital Charles-Lemoyne

Avis / Dossier : A-129776 103086

 2002-05-14 11:14

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Autres décès accidentels : Intoxications

Événement :

Un jeune Ontarien de 18 ans, en voyage de ski dans la région de Québec, décède d'une détresse respiratoire du système nerveux central secondaire à une intoxication aiguë à l'alcool éthylique.

Le groupe dont faisait partie la victime voyageait en autobus sous les soins de la compagnie Breakway Tours. Il logeait à l'Hôtel Château Grande-Allée. Depuis l'arrivée à l'hôtel, le jeune homme a été vu à plusieurs reprises à consommer de l'alcool, dans sa chambre, dans des bars et dans le hall d'entrée de l'hôtel où des groupes de jeunes s'adonnaient à des « drinking games ». La victime a participé à ce jeu.

Face à son état d'ébriété avancé, les compagnons de la victime sont intervenus en le reconduisant à sa chambre et le couchant à plat ventre afin d'éviter l'aspiration.

Ce n'est que le lendemain midi que l'on découvrait que le jeune était inanimé. La représentante de la compagnie Breakaway Tours s'est présentée sur les lieux, mais s'objectait à procéder à la réanimation cardio-respiratoire, se considérant comme non compétente pour le faire.

Recommandations :

Que la compagnie Breakaway Tours :

- exige qu'il y ait en tout temps, lorsqu'un voyage s'organise pour transporter un groupe d'étudiants, une personne responsable qui soit bien identifiée auprès des étudiants et de tous les voyageurs et qu'elle ait des compétences adéquates pour identifier toute situation potentiellement dangereuse, fournir les premiers soins en cas d'urgence, et posséder les compétences nécessaires pour initier les manœuvres de réanimation cardio-respiratoire.
- donne des conseils d'usage aux voyageurs, lors du transport, concernant la consommation excessive d'alcool et les mesures de sécurité.

Que les Ministères pertinents trouvent des moyens adéquats pour informer la population, particulièrement les jeunes adultes, des risques reliés à la consommation massive et rapide de boissons alcoolisées, notamment et non exhaustivement celle à forte concentration. Les informer du danger des « drinking games ». (1)

Organismes visés :

Compagnie Breakaway Tours
Ministères des Transports
MSSS
ACTE – Vacances Québec



© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 1999
Autres décès accidentels : Noyades

Organismes visés

- Compagnie Rafting Propulsion
- Ministère des Transports
- Ministère des Transports
- Société des établissements plein air du Québec
- Municipalité de Boischatel
- Ville de Beauport
- Parc d'Oka
- Ville de l'Assomption
- Paroisse de St-Gérard-Majella
- Ville de Châteauguay



2002-05-14 13:35

Répertoire des recommandations des coroners 1999
Autres décès accidentels : Noyades

Événement :

Un homme de 33 ans décède par noyade au cours d'une excursion de rafting sur la Rivière Rouge, organisée par la Compagnie Propulsion.

Quoique l'accident soit survenu à 15 h, les guides et les secouristes n'ont pas été en mesure d'appeler une ambulance avant 16 h 33, n'ayant pas de moyens de communication en leur possession.

Recommandations :

Que la Compagnie Rafting Propulsion dote ses guides et ses kayakistes de moyens de communication (téléphone cellulaire ou autres) leur permettant d'appeler les ambulanciers dans les plus brefs délais en cas d'accident.

Organisme visé :

Compagnie Rafting Propulsion

Avis / Dossier : A-124732 101148

 2002-05-14 11:32

Répertoire des recommandations des coroners 1999 Autres décès accidentels : Noyades

Événement :

Un jeune homme de 24 ans s'est rendu à Pointe-des-Cascades pour se baigner dans le Canal Soulanges, plus précisément à une écluse. Suite à un plongeon d'une hauteur de 25 pieds, il a frappé l'eau à plat ventre, le visage en premier. Assommée au contact de l'eau, la victime a coulé à pic et décédait par noyade.

Le Parc des Cascades est un endroit très fréquenté. Il est traversé par le Canal Soulanges, lequel appartient au ministère des Transports.

Les écluses sont des endroits dangereux pour les baigneurs. Aucun panneau n'indique la propriété privée de ce canal. Le ministère des Transports a déjà installé des blocs de ciment (jerseys) pour empêcher les automobilistes de trop s'approcher des écluses. Ceci, à la suite d'une noyade lorsqu'une auto est tombée dans l'écluse avec son conducteur.

Recommandations :

Que le ministère des Transports installe des panneaux aux abords des écluses et indique clairement que ces endroits sont leurs propriétés et que la baignade est interdite. (1)

Organisme visé :

Ministère des Transports

Avis / Dossier : A-125052 102195

 2002-07-12 15:56

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Autres décès accidentels : Noyades

Événement :

Un jeune homme de 17 ans se noie dans la rivière Montmorency, 300 mètres en amont des chutes, alors qu'il se baigne avec des amis.

Au site de l'accident, le débit de l'eau est très fort, il se forme des remous et des courants de fond. Immédiatement après ce décès, des pancartes ont été installées pour informer les visiteurs du danger de s'y baigner. Toutefois, elles sont placées très haut et le caractère de l'écriture est petit. Ainsi, les citoyens sont peu portés à y prêter attention.

Par ailleurs, suite à une série de noyades analogues au Parc des Chutes Dorwin à Rawdon, de grosses pancartes interdisant et informant des raisons qui justifient cette interdiction ont été installées. Sur certaines pancartes, on y retrouve des informations touchant spécifiquement chacune des victimes. De telles mesures ont donné de bons résultats.

Recommandations :

Que la Société des établissements plein air du Québec voie à ce que des affiches analogues à celles de Rawdon soient installées, pour informer adéquatement des dangers de la baignade dans la rivière Montmorency. (1)

Que la municipalité de Boischatel et la ville de Beauport, par l'entremise des journaux locaux, voient à ce que les citoyens habitant ces régions soient bien sensibilisés aux dangers potentiels de la rivière Montmorency et de la baignade, plus particulièrement à cause des rapides et des remous que l'on retrouve à certains endroits. (1)

Organismes visés :

Société des établissements plein air du Québec
Municipalité de Boischatel
Ville de Beauport

Avis / Dossier : A-124187 97397

 2002-07-12 15:56

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Autres décès accidentels : Noyades

Événement :

Deux hommes, âgés respectivement de 19 et 26 ans, se noient dans le lac des Deux-Montagnes au Parc d'Oka.

Les deux individus se promenaient sur la plage. Rendus à la hauteur du secteur dit de la grande baie, une portion de la plage qui n'est pas surveillée, ils avancent dans l'eau vers le large. Arrivés à une cinquantaine de pieds de la rive, ils ont perdu pied pour tomber sous la surface de l'eau. À cet endroit, la profondeur de l'eau change brusquement de trois pieds à quarante pieds. Les tentatives dans l'espoir de les localiser et les sortir de l'eau à temps se sont avérées vaines.

Les deux victimes ne connaissaient pas ce secteur du parc et ne savaient pas nager. En marchant dans l'eau, ils pensaient probablement que la profondeur changeait graduellement comme ailleurs dans le parc.

Ce secteur est bien connu comme étant dangereux, mais est dépourvu de pictogrammes signalant le danger car des vandales les auraient enlevées, on ne sait trop depuis quand.

Recommandations :

Que les autorités du Parc d'Oka:

- voient à l'installation, dans ce secteur, de pictogrammes signalant le danger que constitue le changement abrupt de profondeur de l'eau. Il va de soi que ces pictogrammes soient en quantité suffisante et positionnés de façon stratégique.
- indiquent sur ces pictogrammes le changement de profondeur en mètres et à quelle distance de la rive le changement se produit.
- s'assurent, par des patrouilles quotidiennes, que les pictogrammes sont toujours en place.
- étudient la possibilité d'interdire complètement l'accès à ce secteur de la plage, à l'aide d'une clôture par exemple.

Organisme visé :

Parc d'Oka

Avis /
Dossiers : A-124984 97854 A-124985 97955



© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 1999
Autres décès accidentels : Noyades

Événement :

Un garçon de 7 ans se noie dans la rivière Assomption à l'Assomption, durant l'hiver, à un endroit où l'eau de gèle pas dû au déversement des eaux en provenance de l'usine de la Régie d'assainissement des eaux Le Portage, lequel est sous la responsabilité de la Ville de l'Assomption et la Paroisse de St-Gérard-Majella..

En plus d'empêcher la glace de geler, ces eaux favorisent la création d'une surnoise mousse blanche à la surface de l'eau qui peut être interprétée comme étant de glace.

Recommandations :

Que la Ville de l'Assomption et la Paroisse de St-Gérard-Majella voient à la mise en place, durant la saison hivernale, de barricades et de pictogrammes circonscrivant la zone dangereuse. (1)

Organismes visés :

Ville de l'Assomption
Paroisse de St-Gérard-Majella

Avis / Dossier : A-126520 100320

 2002-07-12 15:56

Répertoire des recommandations des coroners 1999 Autres décès accidentels : Noyades

Événement :

Une adolescente de 14 ans se noie dans la rivière Châteauguay, lorsqu'elle traverse à pied un barrage, glisse sur les algues, perd pied et se retrouve entraînée par le courant en dessous dudit barrage.

Au site de l'accident, il y a un espace communément appelé « le fish wag » servant au passage des poissons d'un côté ou de l'autre du barrage avec le courant qui arrive de l'amont, il se fait une succion très importante qui siphonne un peu tout et qui l'entraîne en dessous du barrage de ciment. D'ailleurs, deux policières et deux pompiers arrivés sur les lieux ont eu toutes les misères à sortir la victime de cet endroit

Recommandations :

Que la Ville de Châteauguay :

installe sur les deux rives des panneaux interdisant la baignade et la traversé à pied du barrage. Un montant substantiel d'amende y soit inscrit de façon à décourager les gens de passer ;

étudie sérieusement les lieux de « Fish Wag » et qu'on installe un genre de grillage en amont permettant toutefois aux poissons de pouvoir y passer.

Organisme visé :

Ville de Châteauguay

Avis / Dossier : A-124901 101731

 2002-05-14 13:37

Répertoire des recommandations des coroners 1999 **Autres décès accidentels**

Organismes visés

- Établissement de détention St-Jérôme

- Sûreté du Québec de la région du Bas St-Laurent, Gaspésie et Îles de la Madeleine
- Commissaire à la déontologie policière du Québec
- Ministère de la Sécurité publique

- Union des municipalités du Québec
- Ministère de l'Éducation
- Responsables de la santé publique
- Médias

- Société de l'assurance automobile du Québec

- Marina Les Alizées
- Garde Côtière
- Association québécoise de l'industrie du nautisme

- Centre de ski Le Relais

- Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
- Association des médecins d'urgence du Québec
- Ordre des infirmiers et infirmières du Québec
- Collège des médecins du Québec
- Ordre des pharmaciens du Québec
- Association des médecins résident du Québec

- Embouteillage Coca-Cola Limitée
- Ministère de l'Éducation
- Industrie et Commerce
- Santé Canada

- Collège des Médecins du Québec
- Ordre des Pharmaciens du Québec





© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 1999
Autres décès accidentels

Événement :

Un homme de 40 ans, en état neuro-végétatif suite à une complication d'une chute survenue 13 mois auparavant, alors qu'il résidait en centre de détention à St-Jérôme, décède des suites de son traumatisme crânien.

Au moment de l'accident, la victime a été retrouvée assise sur son lit, se tenant la tête à deux mains et saignant du nez. Elle aurait mentionné être tombée de son lit. Le détenu a été conduit à l'infirmierie pour recevoir les premiers soins. Or, il n'y avait pas d'infirmières en service à cette heure tardive. On lui confirme qu'il sera vu par l'infirmière le lendemain matin. Lors d'une ronde, l'individu est trouvé couché sur le plancher de sa cellule. Une ambulance a été demandée une heure plus tard pour un transport vers l'hôpital.

Le coroner reste sceptique quant au délai pris pour transporter la victime à l'hôpital. Selon lui, il y aurait dû y avoir une meilleure évaluation clinique à la suite de la chute. Il n'est toutefois pas évident qu'un transport hospitalier plus rapide ait pu sauver la vie de l'homme.

Le coroner souligne qu'il aurait préféré qu'une enquête policière détaillée se fasse dans les minutes suivant l'incident puisqu'il était très évident, d'après le dossier, que les médecins qui ont évalué les blessures de la victime étaient sceptiques à l'idée d'une chute.

Recommandation :

Que ce dossier soit revu par la Direction de l'établissement de détention St-Jérôme et qu'une réévaluation de la procédure médicale à l'intérieur de l'établissement soit évaluée ainsi que la procédure pour une demande interne lors d'événements violents. (1)

Organisme visé :

Établissement de détention St-Jérôme

Avis / Dossier : A-133372 103172

 2002-07-12 15:54

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Autres décès accidentels

Événement :

Décès d'un homme de 57 ans à la suite de perforations intestinales attribuables au passage d'un projectile d'arme à feu.

C'est dans le cadre d'une intervention policière menée par la Sûreté du Québec à Amqui, que l'homme a été atteint de quatre coups de feu, dont un qui s'est avéré mortel.

D'abord, l'homme avait été intercepté par deux patrouilleurs de la Sûreté alors qu'il était au volant d'un véhicule en arrêt dont le moteur était en marche. Il s'agissait d'une simple vérification. Toutefois, l'homme n'a pas obtempéré à la demande des policiers d'arrêter le moteur du véhicule et de sortir du véhicule. L'homme a répliqué et pris la fuite avec son véhicule. Une poursuite policière s'est amorcée jusqu'à ce que le véhicule du fuyard soit immobilisé par les policiers.

C'est à cet endroit que l'homme a menacé les policiers avec une arme à feu, mais sans tirer, entraînant une réaction de défense de ceux-ci, lesquels ont tiré plusieurs coups de feu en direction du véhicule.

Recommandations :

Que la Sûreté du Québec de la Région du Bas St-Laurent, Gaspésie et Îles de la Madeleine:

- Inscrite les policiers Martin Laverdière et Sylvain Ruel à des cours de formation donnés à l'Institut de Police de Québec à Nicolet dans les domaines tels les activités du patrouilleur, les interventions à haut risque et l'interception d'un véhicule dont les occupants représentent un danger, et de voir à ce qu'ils les suivent avec succès;
- Considère l'inscription à ces mêmes cours de formation tout autre membre patrouilleur de la région.

Que le Commissaire de la Déontologie policière du Québec :

- S'informe auprès de la Sûreté du Québec, particulièrement de la Région en cause, de l'application de leur propre direction # 42 touchant l'utilisation d'une arme à feu par l'un de ses membres dans l'exercice de ses fonctions; (3)
- S'informe de l'application des politiques de surveillance étroite à l'égard d'une personne suspecte lorsqu'elle est hospitalisée. (3)

Que le Ministère de la Sécurité publique :

- Considère l'élargissement du mandat de l'Institut de Police du Québec afin de lui confier la responsabilité des enquêtes lorsqu'un ou des membres d'un corps policier sont directement impliqués dans les circonstances du décès d'une personne. (3)

Organismes visés :

Sûreté du Québec de la région du Bas St-Laurent, Gaspésie et Îles de la Madeleine
Commissaire à la déontologie policière du Québec
Ministère de la Sécurité publique

Avis / Dossier : A-117387 94907

 2002-07-23 16:16

Québec 

©Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Autres décès accidentels

Événement :

Un homme de 35 ans, occupé à aider son père et son frère à la réparation d'un camion, est mortellement blessé lorsqu'il a été coincé et écrasé entre le châssis d'un camion lourd et la " dompeuse " qui est redescendue accidentellement.

Dans ce camion, la manette servant à lever et baisser la boîte du camion est située à côté du siège du conducteur. Or, il a été démontré que lorsque le frère de la victime s'est assis sur le siège du conducteur, la boîte du camion s'est mise aussitôt à descendre et ce, sans qu'il n'ait à manipuler la manette. Il semble que cela se produisait régulièrement lorsqu'une personne un peu lourde s'assoit sur le siège. À date, il n'existe de pas de norme pour le positionnement sécuritaire des manettes.

Par ailleurs, sur ce système, il est nécessaire de démarrer le moteur du camion pour actionner la manette et relever la boîte du camion. De plus, il n'existe pas de mécanisme d'arrêt pouvant être actionné lors de la descente de la boîte.

Recommandations :

Que la Société de l'assurance automobile du Québec :

- établisse des normes pour le positionnement, l'installation et le fonctionnement des manettes actionnant les boîtes de camion.
- établisse des normes précisant qu'il soit prévu, en cas d'urgence, que la boîte du camion puisse être relevée et ce, sans qu'il soit nécessaire de démarrer le moteur du camion.
- établisse des normes pour que le système puisse être doté d'un mécanisme d'arrêt d'urgence lorsque la boîte est en position de descente.
- qu'un dispositif mécanique soit installé sur le châssis des camions pour empêcher que la boîte du camion puisse redescendre sans avertissement, en cas de bris mécanique, tel qu'une perte de pression dans le cylindre de la boîte ou autre.
- interdise qu'une personne répare son camion ou son véhicule lourd sans avoir obtenu auparavant une formation adéquate, surtout dans le domaine de la prévention.
- qu'une attestation quelconque d'autorisation soit émise aux personnes qui ont suivi ces cours.

Organisme visé :

Société de l'assurance automobile du Québec

Avis / Dossier : A-113862 95878

 2002-07-23 16:17

Québec 

© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Autres décès accidentels

Événement :

Un homme de 35 ans, occupé à aider son père et son frère à la réparation d'un camion, est mortellement blessé lorsqu'il a été coincé et écrasé entre le châssis d'un camion lourd et la " dompeuse " qui est redescendue accidentellement.

Dans ce camion, la manette servant à lever et baisser la boîte du camion est située à côté du siège du conducteur. Or, il a été démontré que lorsque le frère de la victime s'est assis sur le siège du conducteur, la boîte du camion s'est mise aussitôt à descendre et ce, sans qu'il n'ait à manipuler la manette. Il semble que cela se produisait régulièrement lorsqu'une personne un peu lourde s'assoit sur le siège. À date, il n'existe de pas de norme pour le positionnement sécuritaire des manettes.

Par ailleurs, sur ce système, il est nécessaire de démarrer le moteur du camion pour actionner la manette et relever la boîte du camion. De plus, il n'existe pas de mécanisme d'arrêt pouvant être actionné lors de la descente de la boîte.

Recommandations :

Que la Société de l'assurance automobile du Québec :

- établisse des normes pour le positionnement, l'installation et le fonctionnement des manettes actionnant les boîtes de camion.
- établisse des normes précisant qu'il soit prévu, en cas d'urgence, que la boîte du camion puisse être relevée et ce, sans qu'il soit nécessaire de démarrer le moteur du camion.<
- établisse des normes pour que le système puisse être doté d'un mécanisme d'arrêt d'urgence lorsque la boîte est en position de descente.
- qu'un dispositif mécanique soit installé sur le châssis des camions pour empêcher que la boîte du camion puisse redescendre sans avertissement, en cas de bris mécanique, tel qu'une perte de pression dans le cylindre de la boîte ou autre.
- interdise qu'une personne répare son camion ou son véhicule lourd sans avoir obtenu auparavant une formation adéquate, surtout dans le domaine de la prévention.
- qu'une attestation quelconque d'autorisation soit émise aux personnes qui ont suivi ces cours.

Organisme visé :

Avis / Dossier : A-113862 95878

 2002-07-23 16:16



©Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Autres décès accidentels

Événement :

Un homme décède lorsque son voilier chute sur lui lors d'une manoeuvre de soulèvement par un portique roulant. Cet accident s'est produit à la marina Les Alizées à Notre-Dame du Mont Carmel alors qu'on s'affairait à déplacer le voilier pour le mettre à l'eau.

La victime se trouvait à l'avant du voilier, du côté droit et à une distance d'environ un mètre. Le support a cédé et s'est cassé sous le poids du bateau. L'événement est imputable à la rupture d'un câble de levage consécutif à une traction excessive exercée sur ce dernier en coinçant dans l'une des poulies situées en haut du portique roulant.

Recommandations :

Que l'on installe des interrupteurs en fin de course en dessous des poulies du treuil, afin d'arrêter le levage en cas de coincement du câble et de son attache dans ces mêmes poulies.

Que l'on effectue les manoeuvres de soulèvement et de déplacement des charges (bateaux) à deux hommes; soit l'opérateur et un signaleur.

Que l'on s'assure, dans la mesure du possible, que l'opérateur du portique exécute les manoeuvres de levage et de déplacement assis derrière le poste de commande.

Que l'on prenne l'habitude de ne laisser personne près ou en dessous de la charge lors des manoeuvres de soulèvement et de déplacement de cette dernière.

Que toute marina affiche à la vue des plaisanciers et de toute personne sur le site de la marina, qu'il est formellement interdit de se tenir sous une embarcation lors des manoeuvres de levage et de déplacement d'une embarcation par un système de levage et respecte un périmètre de sécurité.

Que dans les cours de formation pour l'obtention d'un permis de navigation, on incorpore un volet sécurité concernant les dangers inhérents à une marina et aux dangers lors de la manutention des embarcations hors de l'eau. (2)

Que l'association des manufacturiers d'embarcation de plaisance incite ses membres à inclure dans leur feuillet publicitaire concernant leurs produits, un volet sécurité lors de la manutention de ces embarcations.

Que la Garde Côtière et ses filiales, lors de campagne de sécurité publique, souligne l'importance des mesures de sécurité lors de la manutention des embarcations lors des manoeuvres d'entreposage. (2)

Organismes visés :

Marina Les Alizées
Garde Côtière
Association québécoise de l'industrie du nautisme

Avis / Dossier : A-121921 97125

 2002-07-12 15:53

Québec 

© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 1999 **Autres décès accidentels**

Événement :

Un skieur de 18 ans se blesse mortellement en heurtant un arbre au centre de ski Le Relais à Lac Beauport.

La victime skiait dans la piste numéro 5 (très difficile) et c'est en voulant prendre l'embranchement entre deux boisés qui mène sous le T-Bar et le télésiège que l'accident s'est produit. Cette partie du centre de ski n'est pas ouverte aux skieurs, mais aucune clôture n'en interdit l'accès.

Recommandations :

Que le centre de ski Le Relais installe une clôture à l'embranchement qui donne accès à cette zone interdite pour éviter qu'un tel événement se reproduise. (1)

Organisme visé :

Centre de ski Le Relais

Avis / Dossier : A-126995 99378

 2002-07-12 15:53

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Autres décès accidentels

Événement :

Une femme de 28 ans décède d'une dépression respiratoire sévère d'origine médicamenteuse, alors qu'elle était sous observation à l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, après que sa motocyclette se soit renversée sur sa jambe au moment où elle était immobilisée.

Dans les heures précédant son décès, la victime avait reçu 4mg de Dilaudid en injection sous-cutanée. Or, pour une personne de 70 kilogrammes, la dose thérapeutique parentérale de Dilaudid est de 2mg. La patiente a donc reçu un opiacé à un taux suprathérapeutique. Lors qu'administré à doses relativement faibles (en terme de milligrammes), il n'est pas facile d'en doser les concentrations sanguines, lesquelles sont exprimées en nmol au litre. La limite de détection des appareils coïncide à peu près à la limite thérapeutique inférieure chez un patient.

Lorsqu'un tel médicament est administré en surdose massive, la victime cesse de respirer peu après l'injection et on peut retrouver une quantité sanguine très élevée. Toutefois, cette réalité se complique lorsque les doses sont suprathérapeutiques sans être massives. Quant à l'évolution clinique de la patiente, il est fort probable qu'après l'administration du Dilaudid, elle soit devenue très endormie par le taux de CO₂, et n'a pas ressenti la douleur. Il en a résulté un état d'hypoxie avec congestion et œdème pulmonaire et décès.

Ainsi, lorsque des patients reçoivent des calmants à doses importantes et semblent ronfler, il faut être très vigilant à leur égard. Il ne faut pas d'emblée prétendre qu'ils reposent calmement. Au contraire, il pourrait s'agir d'une manifestation inquiétante témoignant d'une désaturation. Il faut se méfier du patient qui reçoit un dépresseur du système nerveux central et qui ronfle, ou qui ne se réveille pas lorsque l'effet d'un calmant est passé.

Il est donc important que les médecins qui prescrivent de tels médicaments soient conscients des effets potentiels de ces substances pouvant être mortelles et considèrent minutieusement la voie d'administration, la posologie ainsi que le choix de la substance elle-même. Quant au personnel infirmier, il doit également être sensibilisé afin d'exercer une surveillance adéquate du patient. L'utilisation du saturomètre peut, en certaines situations, être un allié important permettant de sauver des minutes précieuses et d'éviter le pire.

Recommandations :

Que l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal :

À sa Direction des services professionnels :

- s'assure que des mesures préventives adéquates soient prises lorsque des patients souffrants, et/ou victimes de traumatismes, se présentent à l'urgence et requièrent une médication potentiellement dangereuse, pouvant déprimer le système nerveux central.

- sensibilise ses médecins à être vigilants quant au choix de la médication, le mode d'administration ainsi que la posologie. Une surveillance en conséquence devrait être prescrite.<

À la Direction des soins infirmiers:

- sensibilise son personnel à l'effet dépressur du système nerveux central que certains médicaments peuvent produire. Il devrait bien connaître les symptômes et signes cliniques à rechercher afin d'être en mesure d'aviser rapidement le médecin lorsque des changements surviennent, permettant ainsi d'intervenir fructueusement. (1)
- Que l'on sensibilise l'ensemble des professionnels de la santé pouvant éventuellement être confrontés à une telle situation. Une copie de ce rapport devra être transmise à l'Association des médecins d'urgence du Québec, à l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec, au Collège des médecins du Québec, à l'Ordre des pharmaciens du Québec et, finalement, à l'Association des médecins résidents du Québec. (1)

Organismes visés :

Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
Association des médecins d'urgence du Québec
Ordre des infirmiers et infirmières du Québec
Collège des médecins du Québec
Ordre des pharmaciens du Québec
Association des médecins résident du Québec

Avis / Dossier : A-127428 97604

 2002-07-23 16:18



© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Autres décès accidentels

Événement :

Un étudiant de l'Université Bishop's de Lennoxville décède d'asphyxie mécanique par compression du thorax, lorsqu'un distributeur de boissons gazeuses tombe sur lui.

Le jeune homme tentait de se procurer une boisson gazeuse en secouant l'appareil; il incline le distributeur, le penche encore plus et rien ne tombe. À ce moment, le centre de gravité de l'appareil dépasse le périmètre de base, tombe et entraîne la victime dans sa chute.

En 1995, les principaux manufacturiers de distributeurs de boissons gazeuses ont accepté de fournir et d'apposer sur les distributeurs des étiquettes encollées, mettant en garde le client contre le danger d'incliner le distributeur. Toutefois, les étiquettes se souillent, se déchirent et se décollent.

Par ailleurs, le distributeur en cause ne comportait pas de dispositif anti-fraude. Ce dispositif bloque la chute ou dévie la chute des cannettes en attente hors du tiroir lorsque le distributeur est secoué. Ce mécanisme est incorporé dans la plupart des distributeurs fabriqués après 1985.

À cause de leur poids et de leurs dimensions, les distributrices sont secouées par des jeunes gens en groupe. Les États-Unis déplorent plusieurs de ces accidents survenus dans les bases militaires où se trouvent des jeunes gens qui vivent en groupe. On rapporte cumulativement, depuis 1978, environ 35 décès et 140 blessés dans des accidents relatifs au renversement de distributrices. Or, considérant que dans les institutions d'enseignement secondaire et supérieur, se trouve une grande population de jeunes gens susceptibles de secouer les distributrices, le coroner croit que ces institutions sont les mieux placées pour sensibiliser les étudiants aux dangers de secouer lesdites distributrices.

Recommandations :

Que Embouteillage Coca-Cola Limitée :

- Mette en vigueur le plus rapidement possible son engagement de fournir à ses techniciens des étiquettes de mise en garde et émette une consigne visant à assurer que les distributeurs arborent en tout temps une étiquette en bon état ;
- Respecte dans les plus brefs délais l'engagement de retirer des institutions d'enseignement les distributeurs sans dispositif anti-fraude et les remplace par des distributeurs dotés d'un tel dispositif. Il y aurait lieu d'incorporer un système anti-fraude sur les distributeurs retirés avant de les remettre en service.

Que le Ministère de l'Industrie et du Commerce exhorte les exploitants indépendants à s'engager dans un programme d'étiquetage et à doter d'un mécanisme anti-fraude leurs distributeurs qui n'en ont pas. (1)

Que Santé Canada incite les compagnies d'embouteillage et les exploitants indépendants des autres provinces à

s'engager dans un programme similaire. (3)

Que le Ministère de l'Éducation incite les institutions d'enseignement secondaire et supérieur à sensibiliser les étudiants aux dangers de secouer et de brasser les distributeurs et à incorporer, dans leurs règlements, des sanctions disciplinaires dissuasives pour contrer de tels comportements dans les lieux sous leurs juridictions. (1)

Organismes visés :

Embouteillage Coca-Cola Limitée
Ministère de l'Éducation
Industrie et Commerce
Santé Canada

Avis / Dossier : A-126244 99298

 2002-07-12 15:53

Québec 

© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 1999 Autres décès accidentels

Événement :

Un homme de 29 ans est hospitalisé en cure fermée à l'hôpital Pierre Janet depuis environ un mois. Un matin, il est retrouvé en état de choc cardiovasculaire, présentant une hématurie, une insuffisance rénale aiguë, une élévation de l'enzyme créatinine - phospho - kinase, suivis d'un collapsus cardiovasculaire important, une acidose métabolique sévère et une hyperthermie marquée. Ces symptômes sont classiques du syndrome malin neuroleptique. Transporté d'urgence au Centre Hospitalier des Vallées de l'Outaouais – Pavillon Hull, il y décédait le jour même.

Ce syndrome est un effet secondaire rare mais très sérieux, potentiellement mortel, de tout patient recevant un médicament antipsychotique (par exemple, thioridazine). Il s'agit d'une réaction idiosyncrasique fatale dans 15-20 % des cas et caractérisée par de la température très élevée, une rigidité musculaire, une dysfonction autonome et un état de conscience altéré.

Étant donné que cette condition est rare, mais potentiellement fatale, et que le syndrome est complexe, elle peut facilement ne pas être reconnue. L'utilisation des médicaments neuroleptiques est fortement répandue. Puisque la prévalence des troubles de santé mentale est élevée, le risque de voir des individus développer cette complication n'est pas négligeable.

Recommandations :

Que le Collège des Médecins du Québec fasse une mise à jour sur le syndrome malin neuroleptique dans son bulletin mensuel, en insistant sur le fait que les professionnels de la santé doivent démontrer un haut niveau de suspicion pour la présence de ce syndrome lorsqu'un individu prenant une médication antipsychotique développe de la rigidité et une forte fièvre. (1)

Organismes visés :

Collège des Médecins du Québec
Ordre des Pharmaciens du Québec

Avis / Dossier : A-125344 99060

 2002-05-14 14:34

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Accidents du travail avec machines

Événement :

Une opératrice de tronçonneuse de la Scierie Manic inc. de Ragueneau décède d'une anoxie cérébrale causée par compression prolongée thoracique alors qu'elle est restée coincée dans un bac à bascule lors d'une opération de déblocage.

Lors des opérations de coupe du tronçonnage, il peut arriver que des billes de bois ne soient pas coupées, provoquant un blocage au bac à bascule. L'opérateur doit alors couper les sources d'énergie (cadenasser) susceptibles de contribuer à la remise en marche accidentelle d'un équipement sur lequel des travaux de déblocage ont lieu. Or, la travailleuse n'avait pas cadenassé les équipements en cause. En fait, les rouleaux à pics ont été mis hors fonction sans être cadenassés et le bac à bascule était opérationnel. Cet accident est donc survenu en raison d'une mise en marche accidentelle des équipements et ce, dû à l'absence de cadenassage préalable.

Recommandations :

Que la Scierie Manic inc. s'assure que l'organisation du travail et les méthodes et techniques pour l'accomplir sont sécuritaires et ne portent pas atteintes à la santé et à la sécurité du travailleur.

À cet effet, elle devrait:

- aménager les équipements de façon à ce qu'ils soient cadenassables; (1)
- élaborer une fiche de cadenassage servant de référence et permettant au travailleur de ne pas oublier un point de cadenassage avant l'exécution d'un déblocage de façon sécuritaire; (1)
- former et informer ses travailleurs à appliquer cette procédure; (1)
- Inventorier les lieux de blocages, afin de réduire le nombre de déblocages à faire et diminuer ainsi les risques d'accidents. Ce qui permettrait d'évaluer si une modification à l'équipement permettrait l'élimination des blocages; (2)
- Demander aux travailleurs de rapporter les incidents, permettant ainsi à l'employeur d'étudier les modifications à être apportées à ses équipements. (1)

Organisme visé :

Scierie Manic inc.



© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 1999
Accidentels de travail : Véhicules moteurs

Organismes visés

- Logistec Arrimage inc.
- Logistec Arrimage inc.
-  2002-07-10 15:54

Répertoire des recommandations des coroners 1999 **Accidents de travail : accident de véhicules moteurs**

Événement :

Un chauffeur de camion lourd de la compagnie Ciment Perreault inc. de St-Thomas de Joliette perd le contrôle de son véhicule dans une descente, incapable de l'arrêter dans le gravier et dans les courbes. Voyant son camion déraiper et se diriger vers un précipice de 20 mètres, l'homme ouvre sa portière, se lance à l'extérieur et se fait mortellement écraser par les roues arrières du camion qui dérape.

Cet accident est imputable à la mauvaise condition d'un camion vieux de 20 ans, dont le système de freinage était inadéquat (efficace à 40%) et ce, associé à une surcharge importante. Tous ces éléments ont fait que le camion ne pouvait arrêter sa descente.

La compagnie Ciment Perreault n'en est pas à ses premiers démêlés avec la Société de l'assurance automobile du Québec et la Commission de la santé et de la sécurité du travail. Elle est dans le collimateur depuis 1992. Or, malgré les infractions de la compagnie en 1992 et 1994, il semble que le " follow-up " de la SAAQ et de la CSST était, à toute fin pratique, inexistant. En effet, la compagnie a réussi à fonctionner avec une quantité importante d'infractions et ce, en toute impunité jusqu'à l'accident mortel, lequel était éventuellement prévisible.

Recommandations :

Que la Société de l'assurance automobile du Québec voie à resserrer ses contrôles de sécurité sur les camions lourds, de sorte que la réglementation soit appliquée à la lettre; ceci inclut la vérification des entreprises de façon systématique et à intervalles réguliers.

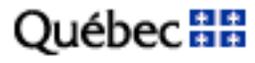
Que la SAAQ et la CSST partagent leurs informations en ce qui concerne les avis de corrections ou infractions notées chez les transporteurs fautifs.

Que la Commission des Transports du Québec, suite à l'entrée en vigueur de la loi 430, voie à divulguer aux médias, le nom des transporteurs dont la cote de sécurité sera jugée insatisfaisante ou même conditionnelle.

Organismes visés :

Régie de l'assurance automobile du Québec
Commission de la santé et de la sécurité du travail
Commission des Transports du Québec

Avis / Dossiers : A-125685 98150



© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Accidents de travail : accident de véhicules moteurs

Événement :

Un travailleur de la compagnie Logistec Arrimage inc. de Pointe-au-pic est mortellement blessé lorsqu'il est écrasé par un chariot élévateur en mouvement.

Suite à une enquête, plusieurs manques au Code canadien du travail ont été relevés par la Direction du Travail, du Développement des ressources humaines Canada. Ainsi, des instructions ont été transmises à l'employeur afin qu'il se conforme audit Code et ce, dans un court laps de temps. Certaines mesures ont été corrigées mais selon le coroner, il resterait à s'assurer de donner la formation et l'entraînement sur l'inspection, l'approvisionnement en carburant et l'utilisation sécuritaire des chariots élévateurs.

Recommandations :

Que Logistec Arrimage inc. et Transports Canada donnent suite à la recommandation de doter les aires de circulation des personnes et des appareils de manutention dans l'entrepôt, d'un éclairage suffisant en conformité avec le Code canadien du travail et à l'article 6.5 du règlement canadien sur la sécurité et la santé du travail.

Que Logistec Arrimage inc. :

- donne suite à la recommandation de doter les aires de circulation des personnes et des appareils de manutention dans l'entrepôt, d'un éclairage suffisant en conformité avec le Code canadien du travail et à l'article 6.5 du règlement canadien sur la sécurité et la santé du travail ;
- dote les vérificateurs et les opérateurs de chariot élévateur d'un système adéquat de communication radio, afin de permettre au vérificateur de leur transmettre les indications requises, ainsi qu'un corridor protégé déterminé pour circuler à pied;
- voie à s'assurer de la formation pertinente en cours d'emploi aux opérateurs de chariot élévateur et aux vérificateurs, incluant des mises à jour périodiques;
- fasse l'essai de feux de position clignotants à forte intensité lors des déplacements avant des chariots élévateurs, afin d'atténuer les risques de collision avec des piétons ou un véhicule motorisé.

Organisme visé :

Logistec Arrimage inc.

Avis / Dossiers : A-108725 98935



© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 1999 **Accidentels de travail : Chocs accidentels**

Organismes visés

- Les spécialités Prodal Ltée
- Commission de la construction du Québec
- Commission de la santé et sécurité du travail
- Protecteur du citoyen
- Société de l'Assurance automobile du Québec

- Commission de la santé et de la sécurité du Travail
- Agrico-Eagle

- Ciment Québec
- Plomberie Tuyauterie St-Raymond Inc.
- Liard Mécanique Industrielle Inc.

-  2002-07-10 15:58

Répertoire des recommandations des coroners 1999 **Accidents de travail : Chocs accidentels**

Événement :

Un travailleur de la compagnie "Les spécialités Prodal Ltée", décède deux jours après avoir fait une chute alors qu'il se trouvait dans une cage de sécurité à environ sept pieds du sol, laquelle a basculé, pour ensuite tomber sur la victime.

Il a été établi que l'accident était attribuable à une mauvaise installation de la cage de sécurité sur la gerbeuse servant à l'élever. La cage aurait dû être installée du côté où il n'y avait pas de barre de rétention.

Recommandations :

Que la compagnie Les spécialités Prodal Ltée :

utilise seulement des cages de sécurité ayant des barres de rétention sur tous les côtés; (1)

fournisse un enseignement complet sur les méthodes d'utilisation à tous les ouvriers qui utilisent la cage de sécurité et la gerbeuse; (1)

chaîne la cage de sécurité avec les supports de la gerbeuse; (1)

s'assure que le travailleur qui se trouve dans la cage de sécurité soit toujours attaché à ladite cage. (1)

Organisme visé :

Les spécialités Prodal Ltée

Avis / Dossiers : A-126423 100223

 2002-07-23 16:09

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Accidents de travail : Chocs accidentels

Événement :

Un accident de travail fait une victime lorsque cette dernière est coincée entre le contrepoids d'une grue et un des stabilisateurs, lors du chargement de son camion.

L'investigation a démontré que le grutier était borgne, son œil droit n'étant pas fonctionnel. Les documents officiels tels qu'attestations médicales, permis de conduire et carte de la Commission de la construction du Québec le rendent apte, selon les exigences en vigueur, à opérer une grue.

Ceci est possible parce que la Commission de la construction du Québec accepte un permis de conducteur de classe 3 de la Société de l'Assurance automobile du Québec pour ce type d'opération. La classe 3 est attribuée à un conducteur de camion porteur lourd, c'est à dire un véhicule de commerce ou d'équipements comptant au moins trois essieux ou deux essieux et dont la masse nette est de 4 500 kg ou plus. Par ailleurs, le règlement sur les conditions d'accès à la conduite d'un véhicule routier relative à la santé des conducteurs du Code de la sécurité routière stipule, à l'article 12, qu'une vision monoculaire est essentiellement incompatible avec la conduite d'un véhicule lourd articulé, d'un autobus, d'un véhicule d'urgence et d'un minibus.

La Commission de la construction n'exige pas de conditions médicales spécifiques autres que celles de la Société de l'Assurance automobile du Québec. Toutefois, elle donnera le certificat de compétence pour la fonction de grutier. Or, les capacités et habiletés requises laissent penser qu'un borgne ne remplit pas ces définitions. Ainsi, il apparaît au coroner que la Commission de la construction du Québec décharge ses responsabilités d'incapacité et d'habiletés requises sur le dos de la classe des permis de conduire. Il devient donc essentiel de mieux définir les qualités visuelles que doit posséder un grutier.

Recommandations :

Que la Commission de la construction du Québec établisse une norme médicale précise pour ces conducteurs de grue, indépendamment du véhicule sur lesquels ces grues sont transportées. (2)

Que la Commission de la santé et de la sécurité du travail réévalue tous les accidents impliquant des grues en portant une attention particulière aux conditions médicales des grutiers. Il y aurait lieu d'établir, s'il y a lieu, des conclusions sur les normes d'acuité visuelle des grutiers.

Que le Protecteur du citoyen s'assure que la Commission de la construction du Québec, la société de l'Assurance automobile du Québec et la Commission de la santé et sécurité du travail trouvent une façon acceptable pour que les grutiers aient une vision binoculaire.

Que la Société de l'Assurance automobile du Québec apporte les précisions nécessaires dans les véhicules de classe 3, s'il le juge à propos.

Organismes visés :

Commission de la construction du Québec
Commission de la santé et sécurité du travail
Protecteur du citoyen
Société de l'Assurance automobile du Québec

Avis / Dossiers : A-125614 97576

 2002-07-23 16:09



© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Accidents de travail : Chocs accidentels

Événement :

Un travailleur au fond d'un puit de fonçage est mortellement frappé par une canalisation de ventilation qui a chuté depuis la surface, soit une chute d'environ 1500 mètres, à la suite d'un bris d'élingues. Cet accident est survenu à la mine Agrico-Eagle Ltée, Division Laronde, dans la municipalité de Preissac.

Suite à cet accident, plusieurs mesures correctives ont été apportées par la compagnie minière. Toutefois, suite à son investigation, la coroner souligne le manque d'organisation et de coordination au cours de la période post-accident. Ainsi, lors de son arrivée sur le site de l'accident, il y avait 3 ambulances et 3 médecins qui attendaient sur place mais personne ne pouvait entrer avec l'équipe de travailleurs sous terre. De plus, l'intercom leur était inaccessible afin de discuter avec l'infirmière afin de prendre des décisions d'appoints. Finalement, rendu sur place, la coroner a constaté une victime décédée de mort évidente et un blessé mineur. Ainsi, une évaluation plus rapide des blessés aurait pu faire comprendre qu'une seule ambulance était nécessaire sur les lieux et un fourgon aurait pu être appelé. Trop d'ambulances ont été maintenues sur place trop longtemps alors qu'elles pouvaient être d'une précieuse utilité ailleurs.

Recommandations :

Que la Commission de la santé et la sécurité du Travail et les responsables des mines de l'Abitibi en particulier, voient à ce que tous leurs intervenants dans le milieu de la santé aient une formation, incluant les critères de mort évidente. (1)

Que la mine Agrico-Eagle revoit ses procédures relatives à un accident majeur.

Organisme visé :

Commission de la santé et de la sécurité du Travail
Agrico-Eagle

Avis / Dossiers : A-124218 96348

 2002-07-23 16:09

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Accidents de travail : Chocs accidentels

Événement :

Un travailleur de la construction fait une chute mortelle alors qu'il travaillait à l'installation de tubulures d'acier sur le côté extérieur d'un dépoussiéreur à l'usine Ciment Québec Inc. de Saint-Basile, comté de Portneuf.

Cet accident mortel a été causé par une mauvaise installation de la passerelle de travail et par l'absence d'une corde d'assurance lors du travail en hauteur.

Lors du montage de la passerelle, les madriers n'ont pas été retenus entre eux, ni aux supports de métal. En se déplaçant, le madrier ne pouvait supporter le poids du travailleur. Celui-ci, n'étant pas retenu par un lien solide, est tombé d'une hauteur de 7 mètres.

Recommandations :

Que Ciment Québec Inc.

- Prévoit un programme de prévention spécifique pour chacun des travaux qu'elle effectuera dans ses bâtiments. (1)

- Assure une formation adéquate des premiers répondants pour son équipe de sécurité. (1)

Que Plomberie Tuyauterie St-Raymond Inc.,. prépare, sur chacun de ses chantiers, un programme de prévention spécifique pour identifier les risques propres à chacune de ses activités et respecte les réglementations prévues par le code de sécurité pour les travaux de construction.

Que Liard Mécanique Industrielle Inc. normalise la situation dans ses travaux ultérieurs en installant, pour les passerelles, des tiges métalliques de 48 cm, tel que prévu par le code du travail.

Organismes visés :

Ciment Québec
Plomberie Tuyauterie St-Raymond Inc.
Liard Mécanique Industrielle Inc.

Avis / Dossiers : A-115894 101230



© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 1999
Accidentels de travail : Explosions

Organismes visés

- Ville d'Acton Vale
- Service protection incendie
- Tapis Peerless
- Gaz Métropolitain
- Régie du Bâtiment
- Volcano Technologies

- Infasco

- CSST

-  2002-07-10 16:01

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Accidents de travail : Explosions

Événement :

Deux pompiers d'Acton Vale perdent la vie lors d'une explosion survenue à la compagnie Tapis Peerless.

Une première explosion est apparue dans la chaudière n° 1. La cause la plus probable de cette explosion est l'encrassage exagéré de la composante gaz du brûleur de cette chaudière. Lors de cette explosion, il y eut endommagement aux chaudières, à leur structure ainsi qu'au contenu de l'usine. Environ 15 à 20 minutes plus tard, une deuxième explosion se produisait, cette fois à l'intérieur même de la chaufferie. C'est au cours de cette dernière explosion qu'il y a eu pertes de vies. Elle s'explique par le bris de la tuyauterie de gaz naturel du brûleur de la chaudière n° 1 lors de la première explosion.

Il ressort des témoignages de cette enquête que tous les pompiers sur place n'avaient par au moins la formation de base minimum des blocs A, B, C, D. Bien que l'entraide municipale ait bien fonctionné pour le rappel, les opérations ont été rendues difficiles par suite du manque d'un réseau de communication commun.

Par ailleurs, il a été dénoncé que l'on avait pas procédé dès l'arrivée sur les lieux, à la fermeture de la valve principale de gaz et à l'évacuation des personnes présentes.

Finalement, aucun plan d'intervention n'avait été préparé pour cette importante industrie de la Ville d'Acton Vale.

Recommandations :

Que la Ville d'Acton Vale et son service de protection incendie mettent en place le plan proposé par l'autorité provinciale qui traite de la formation obligatoire des pompiers et de la régionalisation des services de protection incendie au Québec. (1)

Que la Ville d'Acton Vale assure la formation théorique et pratique adéquate requise à ses pompiers et indemnise le temps consacré à leur formation. (1)

Que la Ville d'Acton Vale prévoie des exigences additionnelles à l'égard des personnes qui aspirent à des promotions au rang d'officier ou qui veulent finalement accéder au poste de directeur du service incendie.

Que la Ville d'Acton Vale, de concert avec les municipalités et paroisses avoisinantes réparent sans délai les structures et la composition de leur service de protection incendie pour lui conférer une plus grande efficacité et assurer ainsi une meilleure protection aux citoyens. (4)

Que la compagnie Tapis Peerless :

Mette en place, en collaboration avec des experts dans le domaine et le service de protection incendie de la

municipalité ou de la région, un plan d'évacuation des bâtisses et des exercices d'évacuation rapide des lieux en cas de sinistre. Ceci inclut la désignation d'un nombre d'employés répartis sur tous les quarts de travail, pour prendre en main la mise en marche des plans qui auront été ainsi établis.

Familiarise ses contremaîtres avec la position des entrées de gaz, des équipements de mesurage et des valves de contrôle, afin d'être en mesure de fermer ces dernières si nécessaire, tout en étant conscients que la présence d'un technicien de Gaz Métropolitain sur place est essentielle lors de la remise en service.

Examine la possibilité d'installer dans la chambre des bouilloires, un détecteur sonore et lumineux de gaz, de même qu'une valve maîtresse de fermeture assistée qui puisse être opérée d'une autre pièce dès que le détecteur entre en fonction.

Crée parmi les employés, une brigade interne d'intervention en matière d'incendie et d'explosion, afin de commencer le travail avant l'arrivée des pompiers et continuer par la suite avec ces derniers, si cela s'avère nécessaire.

Que la Régie du Bâtiment :

Ajoute la réglementation appropriée à celle existante pour s'assurer que les tuyaux de gaz et le système de contrôle ne soient pas assujettis à la structure même de la bouilloire.

Examine l'utilité d'établir de nouveaux critères quant à la présence obligatoire sur place d'un opérateur qualifié lorsque les bouilloires sont en opération.

Que Gaz Métropolitain :

identifie les valves de contrôle d'une façon plus apparente en les peignant de couleur différente des autres équipements ; (1)

s'assure qu'une clef adéquate soit mise à un endroit facile d'accès et connu des utilisateurs. (2)

4 s'assure que les techniciens de Gaz Métropolitain, lors de leurs visites régulières chez leurs clients, profitent de cette occasion pour expliquer aux usagers comment et avec quel outil cette opération de fermeture doit être effectuée pour la remise en service. (1)

Que la compagnie Volcano examine la possibilité que le contrôle de combustion fasse partie des contrôles de sécurité de routine installés sur les bouilloires en opération chez Tapis Peerless.

Organismes visés :

Ville d'Acton Vale
Service protection incendie
Tapis Peerless
Gaz Métropolitain
Régie du Bâtiment
Volcano Technologies

Avis / Dossiers : A-126852 97192, A-126853 97193



© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Accidents de travail : Explosions

Événement :

Deux travailleurs de l'usine Infasco de Mariville sont mortellement blessés suite à une explosion de la tour de refroidissement lors d'une opération de dégivrage.

Alors que les travailleurs chauffaient l'intérieur de la tour, le chalumeau s'éteignait et une accumulation de gaz s'est produit dans le haut de ladite tour. Cette accumulation de gaz a explosé lorsque les travailleurs ont rallumé le chalumeau.

Recommandations :

Que les dirigeants d'Infasco :

Mettent en place une procédure de fermeture des tours par laquelle on peut assurer le drainage parfait de la tuyauterie exposée au gel, de façon à ce que le dégivrage ne soit plus requis ; (1)

S'assurent que les travailleurs de l'entretien et leur contremaître reçoivent une formation sur les techniques sécuritaires d'utilisation des systèmes de chalumeaux et de leur utilisation en espace clos. (1)

Organisme visé :

Infasco

Avis / Dossiers : A-126257 99701, A-126256 99702

 2002-07-23 16:09

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Accidents de travail : Explosions

Événement :

Un opérateur de camion de bois en longueur, appartenant à Rodrigue Normand Inc. décède suite à l'explosion d'un pneu de son camion-remorque alors qu'il était à proximité.

Une surchauffe des faisceaux électriques servant à l'alimentation de la signalisation de la remorque s'est propagée au pneu. Ce qui fait grimper la température de celui-ci et augmente sa pression intérieure, criant un effet de pyrolyse. Le travailleur s'est approché et, rendu à proximité du pneu, celui-ci explose, l'atteignant mortellement par les débris et filins métalliques.

Les explosions de pneus sur les camions de bois en longueur ne sont pas exceptionnelles. Or, le premier réflexe des conducteurs lors d'un incendie de pneu est d'intervenir pour l'atteindre. De plus, les conducteurs de camion sont peu ou pas informés sur les risques d'une surchauffe de pneu.

Recommandations :

Que la Commission de la Santé et sécurité au travail :

fasse parvenir un Avis à l'industrie du camionnage et ses travailleurs sur les dangers d'explosion mortelle d'un pneu enflammé; (1)

établis avec tous les intéressés, une méthode d'intervention pour les travailleurs lors d'un incendie qui permet de ne pas les exposer à de telles explosions. (1)

Organisme visé :

CSST

Avis / Dossiers : A-113186 98235

 2002-07-23 16:09

Répertoire des recommandations des coroners 1999
Accidentels de travail : Asphyxies

Organismes visés

- Ministère de l'Environnement et de la Faune
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
- CLSC/CH/CHSLD Des Forestiers
-  2002-07-10 15:40

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Accidents de travail : asphyxies

Événement :

Un plongeur, oeuvrant occasionnellement pour le ministère de l'Environnement et de la Faune, décède d'asphyxie par manque d'air lors de travaux effectués sous l'eau au lac Kempt, en Haute-Mauricie.

Le plongeur avait une expérience restreinte en plongée et utilisait, pour la première fois, un équipement comportant un masque grand-facial (full face) pour lequel il n'était pas formé. De plus, un ensemble de facteurs ont contribué au décès (inexpérience, aucun lien de retenue à un plongeur seul, absence d'un plan d'urgence, etc.)

Recommandations :

Que le ministère de l'Environnement et de la Faune emploie des plongeurs professionnels qui sont familiers avec l'équipement disponible et avec les méthodes et techniques utilisées d'organisation du travail, selon les règles existantes dans toute plongée scientifique.

Que le ministère de l'Emploi et de la Solidarité modifie l'article 3.17 du règlement concernant les établissements industriels et commerciaux, afin qu'il y soit prévu que tout travail sous-marin, effectué pour un tiers et moyennant rémunération, soit réservé aux seuls plongeurs détenant la qualification professionnelle requise conformément à la norme de compétence Z-275.4, telle que définie ou en voie de l'être par le Comité de normalisation CSA.

Organismes visés :

Ministère de l'Environnement et de la Faune
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité

Avis / Dossiers : A-121585 94477

 2002-07-23 16:10

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Accidents de travail : asphyxies

Événement :

Au CLSC/CH/CHSLD Des Forestiers de Maniwaki, suite à une grossesse rendue à terme, un bébé décède d'une asphyxie avec aspiration de liquide amniotique et broncho-pneumonie, vraisemblablement provoquées par infection ascendante.

Les douze heures précédant le décès, les infirmières qui étaient présentes sur les quarts de travail de jour et de soir n'ont pas su reconnaître les décélérations cardiaques variables du bébé avec composantes tardives ainsi que les décélérations tardives et ce, malgré une grande expérience ainsi qu'un protocole " Monitoring " et un aide-mémoire, lesquels sont à leur portée et qui illustrent très bien ces décélérations.

Par ailleurs, suite à l'enquête du coroner, il a été mis en lumière que le protocole " Monitoring " et l'aide-mémoire confondent " variation " et " variabilité ".

Il n'y a pas de spécialiste en obstétrique-gynécologie au CLSC/CH/CHSLD Des Forestiers. À l'heure actuelle, il n'y a qu'un seul médecin omnipraticien qui pratique l'obstétrique audit hôpital. Or, le centre hospitalier de Gatineau dispose d'un réseau de consultations en obstétrique-gynécologie disponible 24 heures sur 24.

Recommandations :

Que le CLSC/CH/CHSLD Des Forestiers :

procède à une formation continue relative aux décélérations cardiaques et ce, pour tout le personnel infirmier oeuvrant au département d'obstétrique;

révise son protocole " Monitoring " pour clarifier les notions de " variation " et de " variabilité " et que le centre hospitalier de Gatineau fasse de même avec l'aide-mémoire;

se joigne au réseau de consultations du centre hospitalier de Gatineau, de sorte que tout médecin omnipraticien pratiquant en obstétrique au CLSC/CH/CHSLD Des Forestiers pourra bénéficier des conseils de spécialistes en obstétrique-gynécologie.

Organisme visé :

CLSC/CH/CHSLD Des Forestiers

Avis / Dossiers : A-119155 92559



© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 1999 **Suicides**

Organismes visés

- Hôpital de l'Enfant-Jésus
- Hôpital du Sacré-Coeur
- Ministère de la Justice
- Ministère de la santé et des services sociaux
- Ministère de la sécurité publique
- Institut de police de Nicolet
- Ville de Joliette
- Service de police de Joliette
- Service d'Ambulance Joliette
- Régie régionale de la santé et des services sociaux
- Ministère de la Santé et des services sociaux
- Association de suicidologie
- Sûreté du Québec de Mont-Laurier
- Ministère de la santé et des services sociaux
- Sûreté municipale de Rimouski
- Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-St-Laurent
- Sûreté du Québec - MRC du Haut-Richelieu
- Hôtel-Dieu de St-Jérôme
- CLSC Jean-Olivier Chénier
- Association des CLSC et des CHSDL du Québec
- STCUM
- Ministère de la Sécurité publique
- Centre-Jeunesse de la Côte-Nord
- Association des centres Jeunesse du Québec
- Service correctionnel du Canada
- Réseau Santé Richelieu-Yamaska - Pavillon Honoré-mercier
- Centre hospitalier Beauce-Etchemin
- Domaine La Source Beauce Inc.
- Ministère de la Sécurité publique
- Centre Hospitalier de Rouyn-Noranda
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux
- Établissement de détention de Joliette

Répertoire des recommandations des coroners 1999 Suicides

Événement :

Un homme de 27 ans est heurté par une locomotive sur la voie ferrée à la gare de triage de Limoilou, près de l'intersection de l'avenue Industrielle et boulevard Montmorency.

Deux jours avant son décès, la victime avait appelé les policiers afin que ces derniers se rendent chez lui pour tirer le diable qu'il venait d'attraper. Il a été amené, menotté, à l'urgence de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus. Il présentait des propos incohérents et l'on diagnostiquait un délire mystique. Référé à l'urgence psychiatrique, l'homme était libéré le jour même après avoir refusé d'être référé en toxicologie; une recherche de PCP s'étant avérée positive.

En début de la nuit suivante, les policiers ramenaient l'homme à l'urgence de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus pour troubles de comportement. Les voisins avaient avisé les policiers pour une forte odeur de peinture. La victime peignait son appartement avec un balai. Il menaçait également d'y mettre le feu. Un diagnostic de psychose a été posé et une autre consultation en psychiatrie demandée. Au matin, encore délirant, il a tenté de quitter l'urgence psychiatrique en jaquette. Malgré cela, il est libéré de psychiatrie et retourné à l'urgence physique pour être revu et libéré en après-midi. La recherche de PCP s'avérait toujours positive.

Recommandations :

Que la Direction des services professionnels de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus prenne les moyens nécessaires pour que le dossier médical de la victime soit revu et évalué afin de s'assurer que les règles de l'art furent respectées lors des deux dernières visites à l'urgence.

Organisme visé :

Hôpital de l'Enfant-Jésus

Avis / Dossier : A-132417 103097

 2002-05-08 11:26

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Suicides

Événement :

Suicide d'un adolescent de 16 ans à l'unité des soins pédo-psychiatriques à Hôtel-Dieu du Sacré-Coeur de Québec.

La victime présentait un problème de toxicomanie et un trouble du cours de la pensée. Il avait été admis à l'Hôtel-Dieu du Sacré-Coeur un jour auparavant pour risque suicidaire élevé.

Recommandations :

Que l'Hôpital du Sacré-Coeur :

- S'assure que le dossier médical du jeune Samuel Drouin soit revu par un comité qui vérifiera si les soins et la surveillance apportés à Samuel Drouin lors de son court séjour à l'Unité de pédo-psychiatrie ont respecté les règles de l'art; (1)
- Revoit la procédure à suivre lorsque survient une urgence en pédo-psychiatrie et s'assure que des supports médicaux soient fournis rapidement aux bénéficiaires lorsqu'ils en ont besoin. (1)

Organisme visé :

Hôpital du Sacré-Coeur

Avis / Dossier : A-128399 101171

 2002-07-23 16:23

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Suicides

Événement :

Une femme de 68 ans est retrouvée pendue chez elle le 18 juin 1997. Un appel est logé au 9-1-1 et une voiture de police est immédiatement dépêchée sur les lieux.

Le 1^{er} policier arrivé sur les lieux, prend le pouls de la victime. Il n'en constate aucun. Il conclut qu'elle est décédée. Il ne décroche pas le corps et ne tente aucune manœuvre de réanimation.

Avec son appel radio, il contacte le répartiteur pour une ambulance. Les ambulanciers se présentent, mais il s'écoule quelques minutes avant qu'ils puissent débiter les manœuvres de réanimation.

Elle est transportée au CHRDL et y décède 2 jours plus tard.

Recommandations :

Que le Ministère de la justice :

- Modifie et amende l'article 123 du Code civil du Québec afin qu'il se lise comme suit :

123. Lorsque le cadavre d'une personne présente lors de sa découverte des signes évidents de décapitation, de sectionnement complet du corps, de compression complète ou d'évidement du crâne, de putréfaction avancée, d'adipocire, de momification ou de calcination, ou lorsqu'il s'agit d'ossements, le constat de décès est dressé par deux agents de la paix (ou technicien ambulancier), qui sont tenus aux mêmes obligations que le médecin. (3)

Que le Coroner en chef :

- S'assure que l'article 5 du Règlement sur l'identification, le transport, la conservation, la garde et la remise des cadavres, objets et documents (L.R.Q.,c.R-02) soit amendé afin de se lire comme suit :

5. Le coroner ou la personne exerçant les pouvoirs du coroner doit s'assurer que le décès a été constaté avant de faire transporter le cadavre à la morgue et d'obtenir un écrit à cet effet. (1)

S'assure de la concordance à faire à l'article 13 dudit Règlement en fonction des changements législatifs, s'il y a lieu; (1)

Se questionne sur la possibilité de rappeler la cassette-vidéo "Les Alliés pour la vie", de cesser d'en faire la promotion et d'en produire une autre en collaboration avec l'Institut de police de Nicolet où le policier pratiquerait des manœuvres en attendant les premiers secours. (1)

Que le Ministère de la santé et des services sociaux :

Émette une directive à toutes les Régies régionales de la santé et des services sociaux sous sa juridiction, obligeant les techniciens-ambulanciers à mettre sous tension le moniteur défibrillateur semi-automatique à la vue du patient et informer les personnes présentes de la présence d'une enregistreuses en fonction. (1)

Que le Ministère de la Sécurité publique :

Émette une directive à tous les corps policiers sous sa juridiction, interdisant à tout policier d'empêcher un technicien-ambulancier de mettre sous tension (ON) le moniteur défibrillateur semi-automatique ou leur ordonnant de le mettre hors tension (OFF); (1)

Émette une directive à tous les corps policiers sous sa juridiction, demandant à un policier en présence d'un corps pendu, de le décrocher, de lui enlever le lien autour du cou, de lui dégager les voies respiratoires après avoir allongé le sujet au sol et d'entreprendre des manœuvres de réanimation cardio-respiratoire en attendant les premiers secours. (1)

Que L'Institut de police de Nicolet :

S'assure que les aspirants policiers reçoivent une formation audiovisuelle sur les signes évidents de décès et que ceux-ci aient complété un cours ou une mise à jour en réanimation cardio-respiratoire selon les normes de la Fondation des maladies du cœur du Canada depuis moins d'un an;

S'assure en exclusivité la formation des répartiteurs des services 9-1-1, et que cette formation devra inclure des cours sur l'assistance médicale de première ligne, de réanimation cardio-respiratoire selon les normes de la Fondation des maladies du cœur du Canada et sur les signes évidents de décès.

Que la Ville de Joliette :

Signe avec le Service d'Ambulance de Joliette, le protocole d'entente 9-1-1 qu'elle a reçu le 13 mai 1998;

Fasse une demande de service auprès de la Régie régionale de la santé et des services sociaux afin que puisse être dispensé à tous les policiers de son service, une formation en réanimation cardio-respiratoire selon les normes de la Fondation des maladies du cœur du Canada et sur les signes évidents de décès.

Que le Service de police de Joliette :

Émette une directive claire et précise à ses répartiteurs 9-1-1, afin que le service d'ambulance soit demandé immédiatement pour tous les appels codés 1; (1)

Émette une directive claire et précise interdisant à ses policiers d'empêcher un technicien ambulancier de mettre sous tension (ON) le moniteur défibrillateur semi-automatique ou lui demandant de le mettre hors tension (OFF); (1)

Émette une directive claire et précise demandant à ses policiers lorsqu'ils sont en présence d'un corps pendu, de le décrocher, de lui enlever le lien autour du cou, de lui dégager les voies respiratoires après avoir allongé le sujet au sol et d'entreprendre des manœuvres de réanimation cardio-respiratoire en attendant les premiers secours; (1)

Modifie ses directives (ou qu'il en écrive de nouvelles) DI-661-01 et DI-696-03, en tenant compte des commentaires formulés au présent rapport; (1)

Émette un formulaire de constat de signes évidents de décès évident à l'intention de ses policiers. (1)

Que le Service d'Ambulance Joliette :

Fasse une demande de service auprès du service de police de Joliette de concert avec la Régie régionale de santé et des services sociaux, afin que ses techniciens-ambulanciers reçoivent une formation de base sur la protection d'une scène de crime et le rôle de chacun sur une telle scène, pour leur permettre d'intervenir sans nuire au travail des policiers.

Que la Régie régional de la santé et des services sociaux de Lanaudière :

Qu'il émette une directive obligeant les techniciens-ambulanciers sous sa juridiction à mettre sous tension le moniteur défibrillateur semi-automatique à la vue du patient et à informer les personnes présentes de la présence d'une enregistreuse en fonction;

Agisse comme coordonnateur d'une table de concertation où seront présents, le service policier, le service d'ambulance et le service de protection des incendies, afin de discuter des améliorations à apporter au système d'intervention pré-hospitalière;

Rappelle aux techniciens-ambulanciers sous sa juridiction de l'importance de remettre au personnel de l'urgence du centre hospitalier, la bande de rythme et le résumé du moniteur défibrillateur semi-automatique à leur arrivée.

Organismes visées :

Ministère de la Justice
Ministère de la santé et des services sociaux
Ministère de la sécurité publique
Institut de police de Nicolet
Ville de Joliette
Service de police de Joliette
Service d'Ambulance Joliette
Régie régionale de la santé et des services sociaux

Avis / Dossiers : A-119938 92476

 2002-07-23 16:22

Québec 

© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 1999 Suicides

Événement :

Un homme de 53 ans se suicide par pendaison quelques heures après que sa conjointe lui annonce qu'elle le quittait.

Selon la famille, monsieur a toujours réagi de façon volontaire et violente aux événements de la vie et, à maintes reprises, a proféré des menaces suicidaires. Encore une fois, lorsqu'il a appris que son épouse le quittait, ce dernier a manifesté son intention de se suicider.

Bien que le droit à la liberté est un principe fondamental, la loi autorise une privation de cette liberté fondée sur la dangerosité pour autrui, mais aussi pour soi-même. La " Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui " L.Q. 1997 c. 75 remplace la " Loi sur la protection du malade mental " L.R.Q. c.p. 41 depuis le 1^{er} juin 1998.

Ainsi, en situation de danger grave et immédiat (menace de suicide), la loi précise qu'un agent de la paix peut amener une personne contre son gré, dans un établissement de santé, sans avoir à obtenir d'autorisation du Tribunal, à la demande d'un intervenant d'un service d'aide en situation de crise ou à la demande du titulaire de l'autorité parentale, du tuteur du mineur ou d'une personne autorisée à consentir aux soins pour un majeur lorsque aucun intervenant n'est disponible.

Recommandations :

Que le Ministère de la Santé et des services sociaux et l'Association de suicidologie fassent connaître à la population du Québec les dispositions d'applications, prévues par cette loi. Ce qui pourrait soulager des aidants naturels débordés par ces situations difficiles d'évaluation et de surveillance d'un proche manifestant une idéation suicidaire et peut-être prévenir certains passages à l'acte. (1)

Organismes visés :

Ministère de la Santé et des services sociaux
Association de suicidologie

Avis / Dossier : A-131236 101466

 2002-07-12 15:51



© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Suicides

Événement :

Un homme dépressif, barricadé dans sa maison alors que celle-ci est encerclée par les policiers, se suicide par arme à feu.

La victime était suivie régulièrement par un agent de probation. Tout au long de cet événement, il n'y a aucune note au rapport de police décrivant une quelconque tentative de rejoindre l'agent de probation ou un membre de la famille, pourtant nombreuse et proche. Ce qui aurait peut-être pu modifier le cours des événements.

Par ailleurs, la victime devait suivre une thérapie pour hommes violents devant durer quinze semaines. Cependant, cette thérapie n'a duré que cinq semaines à cause du travail de la victime. Il lui était impossible de suivre cette thérapie à l'extérieur, étant non disponible dans sa région.

Recommandations :

Que la sûreté du Québec de Mont-Laurier révise son mode d'intervention en situation de crise lorsque le suspect est connu et déjà en sentence et qu'un agent de probation du service correctionnel le suit déjà.

Que le ministère de la santé et des services sociaux procure aux CLSC du Québec, les fonds nécessaires à la mise sur pied et au fonctionnement de programmes gratuits de thérapie pour hommes violents, selon les standards déjà reconnus.

Organismes visés :

Sûreté du Québec de Mont-Laurier
Ministère de la santé et des services sociaux

Avis / Dossier : A-119365 96305

 2002-05-09 15:50

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Suicides

Événement :

Un homme dépressif de 44 ans se suicide par pendaison à un arbre, dans le parc de l'Hôtel-de-Ville à Rimouski.

Arrivés sur les lieux, les deux policiers de la sûreté municipale de Rimouski ont vérifié si la victime avait un pouls. Comme il n'y avait pas de pouls, ils ont décidé de prendre des photos de la victime. Une à deux minutes plus tard, ceux-ci détachaient l'homme de l'arbre pour l'allonger sur le sol. Aucune manœuvre de réanimation n'était débutée avant l'arrivée des ambulanciers, les policiers n'ayant pas la formation pour effectuer une réanimation cardiorespiratoire. Arrivé à l'hôpital, après des soins et une réanimation avancée, on obtenait un retour à un rythme cardiaque de 135/minute. Deux heures plus tard, il y avait respiration spontanée. Toutefois, la victime n'a jamais repris conscience et décédait 11 heures plus tard.

Recommandations :

Que la sûreté municipale de Rimouski :

- fasse en sorte que tous ses agents et enquêteurs aient une formation en réanimation cardiorespiratoire et que celle-ci soit mise à jour selon les recommandations de la Fondation canadienne des maladies du cœur;
- fasse en sorte que tous ses agents et enquêteurs connaissent la définition de mort évidente et prennent les mesures nécessaires afin que le décès soit constaté par un médecin dans tous les autres cas où ceci s'applique;
- fasse en sorte que tous ses agents et enquêteurs effectuent des manœuvres de réanimation cardiorespiratoire dans tous les cas où le décès n'est pas une mort évidente et qu'il est possible de les effectuer.

Que la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-St-Laurent :

- offre un support au niveau des soins pré-hospitaliers auprès de la sûreté municipale de Rimouski et auprès des différents corps policiers de la région 01, afin qu'ils puissent agir comme premiers intervenants auprès d'une personne en arrêt cardiorespiratoire;
- Évalue le projet-pilote concernant la mise en application des directives de non-réanimation des usagers desservis par le système préhospitalier d'urgence de la région de Québec et l'applique à la région 01, si ladite évaluation est favorable dans son application auprès des différents intervenants.

Organismes visés :

Sûreté municipale de Rimouski

Avis / Dossier : A-120786 99786

 2002-07-23 16:22



©Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Suicides

Événement :

Un homme de 42 ans, détenu au poste de police de St-Jean-sur-Richelieu suite à une dispute de famille suivie d'une bagarre, se suicide dans sa cellule, par pendaison, en utilisant sa chemise attachée à un barreau du haut de sa cellule.

L'événement s'est produit pendant la crise du verglas de janvier 1998. À ce moment, le poste de police fonctionnait avec l'aide d'une génératrice. Un moniteur, placé au poste de l'officier de service et permettant de voir les cellules, n'était pas branché sur la génératrice. Un système vidéo installé à la console des préposés au téléphone était relié à un moniteur de télévision, lequel n'était pas directement dans la ligne de vision des préposés.

Recommandations :

Que la surveillance des cellules, par un moniteur de télévision avec son au poste de l'officier de service, soit branché sur le système électrique d'urgence.

Que le système d'enregistrement vidéo, également branché sur le système d'urgence, soit remplacé par un système continu, avec un moniteur dans le champ de vision des préposés à la console téléphonique.

Organisme visé :

Sûreté du Québec - MRC du Haut-Richelieu

Avis / Dossier : A-121920 95850

 2002-05-09 16:04

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Suicides

Événement :

Un homme de 45 ans, suivi depuis une vingtaine d'années pour schizophrénie, se suicide par pendaison peu de temps après avoir commencé à présenter un tableau compatible avec des hallucinations, ce dont il était conscient et très malheureux.

L'homme s'était présenté à l'urgence de l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme dans le but de rencontrer un psychiatre et ce, à trois reprises dans les trois jours précédant son décès. La première fois, il quittait sans avoir vu de médecin après avoir attendu environ quatre heures. La deuxième fois, il s'est fait dire par l'infirmière de revenir le lendemain, car il y avait beaucoup d'attente pour voir le médecin de l'urgence. La troisième fois, veille du décès, il a attendu sept heures avant de voir le médecin de l'urgence, lequel le voit dix minutes avant de le congédier et lui dire de revenir le lendemain matin pour voir le psychiatre. À chaque fois, la victime avait mentionné que le but de sa consultation à l'urgence était de voir le psychiatre.

Recommandations :

Que l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme :

- remette en question la procédure d'évaluation des patients qui se présentent à l'urgence générale de l'hôpital dans le but avoué de voir le psychiatre;
- si l'évaluation continue d'être faite par le généraliste de l'urgence, une grille d'évaluation soit élaborée avec des critères bien précis permettant de bien déterminer le délai pouvant s'écouler de façon sécuritaire avant que le patient soit évalué en psychiatrie;
- réfère le dossier au comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique du centre hospitalier pour étude, tenant compte de la période de temps relativement brève pendant laquelle ce patient a été évalué avant d'être congédié.

Organisme visé :

Hôtel-Dieu de St-Jérôme

Avis / Dossier : A-122186 95836

 2002-07-23 16:21

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Suicides

Événement :

Un homme de 71 ans se suicide par arme à feu. Dans une lettre d'adieu qu'il a laissée, ce dernier indique être " tanné " de se faire battre par son fils et, ainsi, il sera libéré de tout cela.

Ce cas démontre à quel point les aînés peuvent être vulnérables face à des situations de violence. Or, lorsqu'un aîné se suicide parce que son entourage le violence, ce n'est aucunement acceptable et la société doit protéger ses aînés. Il faut soustraire les victimes de leur isolement. Ce qui permet aux intervenants policiers et sociaux de se concerter pour trouver des solutions permettant à d'autres victimes de sortir de leur isolement.

Recommandations :

Que le CLSC Jean-Olivier Chénier :

- recense, sur son territoire, les personnes aînées y vivant, ainsi que leur mode de vie et leur entourage; (1)
- implante un programme de dépistage et d'intervention en matière de violence et de suicide chez les aînés; (1)
- organise, en collaboration avec le centre de prévention du suicide, des programmes de formation du personnel sur le suicide des aînés; (1)
- sensibilise son personnel de son service à domicile à la violence et au suicide chez les personnes aînées et initie des programmes pour briser l'isolement des aînés, de dépistage et de prévention du suicide et visant à les valoriser. (1)

Que l'Association des CLSC et des CHSDL du Québec incite ses membres à développer des programmes de dépistage et de prévention en matière de violence et de suicide chez les aînés et qu'elle fasse les représentations nécessaires pour que des budgets supplémentaires soient alloués à cette fin.

Organismes visés :

CLSC Jean-Olivier Chénier
Association des CLSC et des CHSDL du Québec

Avis / Dossier : A-122863 97221



© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Suicides

Événement :

Un homme de 35 ans se suicide en se jetant devant un train à la station de métro Mont-Royal à Montréal.

Les suicides et les tentatives suicidaires dans les stations de métro de Montréal sont d'une fréquence régulière sur le territoire de la STCUM. Les moyens physiques anti-suicides actuellement connus sont d'opération peu fiable et causent aussi de nombreux désagréments aux passagers. Leur installation aux rampes existantes apparaît prohibitive.

Recommandations :

Que la STCUM encourage la conception et le développement de moyens physiques anti-suicides efficaces, d'entretien facile et causant le minimum de désagréments aux usagers qui puissent être intégrés aux futures stations de métro.

Organisme visé :

STCUM

Avis / Dossier : A-123063 96073

 2002-05-09 16:21

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Suicides

Événement :

Un homme de 25 ans, détenu au centre de détention de Rivière-des-Prairies, se suicide par pendaison au support à serviettes alors qu'il était mis en salle d'isolation.

Une semaine avant son décès, la victime avait demandé pour voir un psychiatre. Le psychiatre observe que l'homme est anxieux, qu'il ressent de la culpabilité. De plus, il note que le détenu est instable et compulsif, mais sans danger de suicide. On lui prescrit des antidépresseurs.

Les notes chronologiques indiquent que son attitude a changé de façon négative en même temps que son changement de cellule avec un autre détenu. Il fait partie d'un groupe à risque suicidaire élevé. Il vient de sortir d'une thérapie pour sa toxicomanie en plus de recevoir le prononcé d'une sentence de cinq ans, en plus d'être mis en isolation suite à une fouille de sa cellule. Il semble que le service de santé n'a pas alerté les services administratifs du changement qui s'opérait chez ce détenu depuis une semaine.

Recommandations :

Que les autorités de l'Établissement de détention de Rivière-des-Prairies:

- s'assurent d'un meilleur dialogue avec les professionnels de la santé et le personnel traitant de l'établissement et ce, tout en respectant les limites imposées par les lois et règlements touchant la protection des renseignements personnels et les dossiers médicaux. (1)
- procèdent, suite au prononcé d'une sentence, à une réévaluation du risque suicidaire dans les plus brefs délais et de le faire plus rapidement si on doit isoler un individu. (1)
- enlèvent toute barre à serviettes dans les cellules d'isolation ou autres. (2)

Organisme visé :

Ministère de la Sécurité publique

Avis / Dossier : A-123089 96429

 2002-07-12 15:50



© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Suicides

Événement :

Une adolescente de 15 ans, placée en foyer d'accueil par le Centre Jeunesse Côte-Nord (D.P.J.), se suicide par pendaison.

La victime avait déjà eu par le passé des idées suicidaires. Le tout était connu de la famille d'accueil ainsi que de la praticienne sociale. Ce suicide ne serait aucunement relié à son placement. Au contraire, il semble que ledit placement en famille d'accueil semble avoir eu des effets positifs sur son état d'esprit.

Dans un rapport rédigé en décembre 1997 à l'attention du Tribunal de la Jeunesse, la praticienne sociale fait état de façon marquée des idées et verbalisations suicidaires chez l'adolescente. Elle aurait même déjà essayé de passer à l'acte à l'aide d'une arme à feu. À la lecture des documents du Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord, on constate par la suite que l'aspect suicidaire de la victime a été pratiquement abandonné à partir du moment où celle-ci a été placée en famille d'accueil vers le mois de novembre 1997. Donc, l'aspect suicidaire semble avoir été considéré comme étant réglé à partir du moment où l'adolescente a été placée en famille d'accueil et que celle-ci se disait heureuse d'y rester.

Recommandations :

Que le Centre Jeunesse de la Côte-Nord ainsi que tous les centres Jeunesse du Québec :

- n'hésitent pas à consulter les organismes spécialisés tels les centres de prévention du suicide lorsque, dans un dossier particulier, un enfant ou un adolescent a déjà tenu des propos suicidaires ou commis des tentatives de suicide et ce, afin de mettre en place des actions préventives;
- prennent les moyens nécessaires pour faire procéder à une évaluation psychologique ou psychiatrique de l'enfant et/ou de l'adolescent pris en charge, lequel fait état de propos ou de gestes de nature suicidaire.

Organismes visés :

Centre-Jeunesse de la Côte-Nord
Association des centres Jeunesse du Québec

Avis / Dossier : A-124656 98176

 2002-07-23 16:21

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Suicides

Événement :

Une détenue du centre de détention de Joliette se suicide par pendaison, en utilisant des draps qu'elle a attachés aux gicleurs du plafond, par un petit drap intermédiaire.

Cette femme était connue suicidaire. On peut relever une trentaine de tentatives antérieures. Pour cette raison, elle avait été incarcérée dans le secteur 700, secteur sous surveillance.

Recommandations :

Que le centre de détention de Joliette s'équipe de draps et de jaquettes anti-pendaisons, devant être utilisés par les détenues à haut risque.

Organisme visé :

Service correctionnel du Canada

Avis / Dossier : A-126041 98751

 2002-05-10 14:09

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Suicides

Événement :

Une femme de 58 ans, hospitalisée en psychiatrie au Réseau Santé Richelieu-Yamaska - Pavillon Honoré-Mercier de Saint-Hyacinthe, décède d'encéphalopathie cérébrale 11 jours après avoir été retrouvée dans une salle de bain avec un sac à poubelle sur la tête.

Recommandations :

Que le Réseau Santé Richelieu-Yamaska retire les sacs de plastique des chambres et des lieux communs du département de psychiatrie du pavillon Honoré-Mercier.

Organisme visé :

Réseau Santé Richelieu-Yamaska - Pavillon Honoré-mercier

Avis / Dossier : A-126203 98530

 2002-05-10 14:15

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Suicides

Événement :

Un homme dépressif de 62 ans, ayant des idées suicidaires avec tentative récente de suicide au monoxyde de carbone, s'autodétruit par pendaison.

L'investigation a permis de déterminer qu'une semaine avant le drame, la victime a été dirigée à trois reprises pour recevoir des soins psychiatriques d'urgence qu'il n'a pu recevoir.

La première fois, il a été dirigé en urgence en psychiatrie par son médecin de famille au mauvais endroit, soit au Centre de Santé Lac-Etchemin où il n'a pas pu évidemment rencontrer de psychiatre. Par la suite, il a été dirigé à l'urgence du Centre hospitalier Beauce-Etchemin, où il rencontrait le médecin de l'urgence. Il a été installé en jaquette, face au poste de garde, en attente jusqu'au lendemain pour voir un psychiatre. Devant son refus, il a été libéré avec l'ordonnance de se représenter le lendemain. Finalement, le lendemain, alors qu'il se représente à l'urgence tôt le matin, il n'y a pas de psychiatre disponible. Il rencontre le médecin de garde de l'urgence, lequel le libère en après-midi.

Recommandations :

Que le Centre hospitalier Beauce-Etchemin :

- fasse connaître clairement et rappelle à tous les médecins du territoire desservi par son Centre, la procédure à suivre pour les urgences psychiatriques;
- donne les moyens au département de psychiatrie de rendre accessibles, de façon facile et rapide, les services psychiatriques d'urgence.

Organisme visé :

Centre hospitalier Beauce-Etchemin

Avis / Dossier : A-127073 99502

 2002-07-23 16:21

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Suicides

Événement :

Un homme de 36 ans, aux prises avec un problème de consommation, de cocaïne, se suicide par pendaison le jour de son arrivée en thérapie au Domaine La Source Beauce Inc. de Beauceville.

L'infirmière de garde avait été informée des problèmes particuliers de la victime et le fait qu'il avait même fait une tentative quelques mois auparavant.

Recommandations :

Que la Direction du Domaine La Source Beauce Inc. mette en place un protocole écrit concernant l'inscription d'un client au centre. Ce qui inclut l'enregistrement des antécédents médicaux, tendances suicidaires et tous autres renseignements utiles aux professionnels de la santé. Une surveillance plus adéquate devrait être faite auprès des nouveaux clients et, lors de l'admission un médecin le rencontre pour une évaluation médicale.

Organisme visé :

Domaine La Source Beauce Inc.

Avis / Dossier : A-127817 101547

 2002-05-10 14:46

Répertoire des recommandations des coroners 1999 Suicides

Événement :

Un individu de 22 ans se suicide par pendaison deux jours après avoir été admis au Centre de détention Rivières-des-Prairies.

Lors de sa découverte, il a été immédiatement décroché et des manœuvres de réanimation ont été débutées tant bien que mal par plusieurs membres du personnel du centre de détention.

L'utilisation d'un premier masque semble inefficace pour des raisons de grandeur. La recherche urgente d'un deuxième masque à air s'impose et devient inutile par la présence d'un trou dans le sac. Ce n'est qu'au troisième masque utilisé que les manœuvres de réanimation entreprises sur la victime semblent présumément efficaces.

Recommandations :

Que le Centre de détention Rivière-des-Prairies se dote d'une procédure d'opération rigide en ce qui a trait à l'entretien et la disponibilité d'équipements appropriés pour toute réanimation cardio-respiratoire, sous forme d'un ou des chariots roulants, lesquels sont inspectés régulièrement par le personnel des soins de santé, avant le début de chaque quart de travail. (1)

Organisme visé :

Ministère de la Sécurité publique

Avis / Dossier : A-128012 99982

 2002-05-10 14:53

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Suicides

Événement :

Une femme de 40 ans, hospitalisée au département de psychiatrie du Centre Hospitalier de Rouyn-Noranda, est retrouvée pendue sans sa chambre, à l'aide de sa ceinture de robe de chambre accrochée au cylindre de la porte. La victime serait montée sur la plate-forme de la garde-robe encastrée pour atteindre ledit cylindre.

Quoique le décès ait été constaté à 01h15, les policiers de la Sûreté Municipale de Rouyn-Noranda n'ont reçu un premier avis du centre hospitalier qu'à 13h39, les avisant du décès de la dame, mais sans plus de précision. Le Coroner soutient que les délais d'avis aux policiers lui semblent inappropriés puisqu'il s'agit de mort violente, que la victime n'était plus sur les lieux et que la scène n'a pas été préservée.

Recommandations :

Que le Centre Hospitalier de Rouyn-Noranda :

- Révise ses délais « d'avis aux policiers » lorsqu'il y a mort violente à l'intérieur de son établissement ;
- Place les charnières des portes de chambre à l'extérieur. Ces changements devraient être apportés sur l'étage de psychiatrie, aux endroits les plus à risque ;
- Mette sur pied un comité temporaire de prévention du suicide à l'intérieur du centre hospitalier. Ce comité pourrait s'assurer qu'une ou deux chambres sur l'étage de psychiatrie soient vraiment adaptées pour les gens à comportements violents ou autodestructeurs. Il devrait rendre compte des modifications apportées.

Que le Ministère de la Santé et des Services Sociaux envoie dans chacun des centres hospitaliers un avis concernant les charnières des portes de chambres des patients à comportements violents. Une mise en garde devrait être faite pour que les charnières se retrouvent bien à l'extérieur de la porte pour les départements de psychiatrie. (1)

Organismes visés :

Centre Hospitalier de Rouyn-Noranda
Ministère de la Santé et des Services Sociaux

Avis / Dossier : A-112149 101449

 2002-07-23 16:22



© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 1999 Suicides

Événement :

Une mère de 44 ans, détenue au centre de détention de Joliette suite au meurtre de sa fille de 5 ans, se suicide par pendaison. Elle était à cet établissement car elle refusait d'être soignée à l'Institut Pinel.

Suite à son investigation, le coroner s'interroge sur le système judiciaire qui a reconnu l'évidence de l'irrationalité de l'accusée avec un passé psychiatrique très chargé mais n'a pas remis en question l'aptitude de subir un procès pour des raisons de santé mentale. Il se demande également l'à-propos de maintenir en centre de détention quelqu'un qui présente des idées suicidaires importantes plutôt que dxe l'interner en établissement où elle pourrait être gardée sous observation et l'obliger à se soumettre à un traitement psychiatrique.

La victime était considérée comme étant à risque ; elle disait à tout le monde qu'elle voulait mourir et avait des histoires de tentatives suicidaires antérieures.

Or, la victime aurait dû mieux être protégée contre elle-même et que, devant un risque si important, on aurait dû, sinon l'isoler, l'interner et la munir de couvertures et de vêtements anti-suicide.

Recommandations :

Que l'administration du centre de détention de Joliette et l'équipe de psychiatres revoient toute l'incarcération de la détenue et tirent les conclusions nécessaires pour les traitements d'un cas similaire dans le futur.

Organisme visé :

Établissement de détention de Joliette

Avis / Dossier : A-128038 98725

 2002-07-17 13:49

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Homicides

Événement :

Décès d'un bébé de deux mois d'un œdème cérébral et hémorragie sous-durale. L'enfant a été battu et secoué.

À quatre semaines, l'enfant était amené à l'urgence pour des vomissements sanguinolents et une fissure au palais d'origine traumatique. À six semaines, il est vu par son médecin de famille qui réactive à ce moment le dossier DPJ déjà existant. Le médecin mentionne alors que le milieu de l'enfant est peu sécuritaire.

Deux semaine plus tard, l'enfant était admis à l'urgence en arrêt cardio-respiratoire. Il décéda 20 heures plus tard.

Recommandations :

Que pour tout enfant de moins de 2 ans dont le signalement a été fait à la DPJ pour possibilité de mauvais traitements avec bilan radiologique à l'appui, le dossier soit étudié par un comité de pédiatres membres de l'Association des médecins en protection de l'enfance et de radiologistes pédiatriques : comité qui siègerait à Montréal au Centre Hospitalier Ste-Justine et au Centre Hospitalier de Montréal pour enfants et à Québec au CHUL. (1)

Organismes visés :

Collège des médecins
Association des Centres jeunesse du Québec
Hôpital Ste-Justine
Centre jeunesse de Montréal

Avis / Dossier : A-121530 95804

 2002-07-12 15:51

Répertoire des recommandations des coroners 1999 **Décès de cause naturelle**

Organismes visés :

- Conférence des régions régionales
- Corporation Urgences-Santé
- Ministère de la santé et des services sociaux
- Collège des médecins

- CLSC La Source de Charlesbourg

- Centre hospitalier régional de Sept-îles

- Curateur public

- Ministère de la sécurité publique

- Collège des médecins du Québec

- Résidence Roi-du-Nord
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval

- Foyer Villa Notre-Dame de l'Érablière à St-Augustin
- Curateur public

- Conseil d'administration du Camp des Cimes
- Centre hospitalier de Charlevoix

- Centre hospitalier régional de Trois-Rivières - Pavillon Ste-Marie
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Mauricie - Centre du Québec

- Centre universitaire de santé de l'Estrie – Site Fleurimont

- Centre Hospitalier Le Gardeur – Direction des services professionnels

- Collège des Médecins du Québec

 2002-07-23 16:31

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Décès de cause naturelle

Événement :

Une femme de 37 ans décède d'un choc septique dû à une bactérie fulminante au pneumocoque.

Durant son enfance, la victime avait subi une ablation de la rate, appelée splénectomie. La littérature médicale s'accorde actuellement pour recommander la vaccination anti-pneumococcique à toute personne ayant subi une splénectomie. Malheureusement, trop de personnes ayant subi cette chirurgie il y a plusieurs années ignorent cette recommandation.

Recommandation :

Que toutes les régions régionales promouvoient la vaccination anti-pneumococcique sur leur territoire, en ciblant particulièrement les personnes ayant subi la splénectomie avant l'entrée en vigueur de la recommandation concernant ladite vaccination. (1)

Organisme visé :

Conférence des régions régionales

Avis / Dossier : A-124477 99922

 2002-07-12 15:46

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Décès de cause naturelle

Événement :

Une jeune femme de 23 ans décède d'un choc hypovolémique consécutif à un œdème et une congestion intestinale et à des microembolies et infarctus pulmonaires et à une thrombose de la grande veine mésentérique. La thrombose mésentérique met en cause, à la hauteur du mésentère, la formation d'un caillot qui obstrue totalement ou partiellement la veine qui draine le système veineux intestinal du bas vers le haut, c'est-à-dire qui obstrue le retour du sang vers le foie, le cœur et les poumons pour fin de purification. La présence du caillot (thrombus) affecte donc, par sa localisation, tout le système veineux intestinal et, par conséquent, la santé des organes qui en dépendent. La jeune femme a été foudroyée huit heures après avoir consulté pour la troisième fois en dix jours, trois médecins en clinique privée.

Les ambulanciers appelés pour le transport de la victime au centre hospitalier prendront treize minutes à se rendre à son chevet. Quoique ce délai n'est pas conséquent pour la suite des événements, il n'en demeure pas moins que l'objectif ministériel à répondre à une situation d'urgence est de huit minutes dans 90 % des cas. Le coroner souligne plusieurs problèmes rencontrés à la Corporation Urgences-Santé et leur formule ses recommandations.

Par ailleurs, la maladie ayant occasionné le décès de la victime est très rare et présente un défi certain pour les professionnels de la santé au niveau du diagnostic, attendu que les symptômes n'y sont pas spécifiques.

Suite à une première consultation pour fatigue extrême, des examens sanguins ont été demandés. Tenant compte du fait que la majorité des résultats étaient disponibles dans les deux jours de la consultation, il est regrettable que la procédure de retour n'ait pas été plus efficace pour que ceux-ci soient au dossier dans la même semaine. Ils sont été déposés au dossier après le décès de la jeune femme. Ils indiquaient quelque chose de pathologiquement sérieux dans l'état général de santé de la victime, particulièrement par la présence de bilirubine dans les urines.

La jeune femme présentait un tableau compatible avec une gastro-entérite, consécutif à une réaction à un antibiotique prescrit en tableau de bronchite, dont seulement 1 % des patients réagissent au point d'en arrêter la consommation, avec toute de fond la recherche d'une fatigue inexplicquée, expertisée par des analyses qu'on attend toujours et avec des symptômes qui s'additionnent et prennent de l'importance. Or, l'évolution de la santé de la patiente prise dans son contexte global était une indication suffisante pour justifier autre chose comme conduite à suivre lors de la consultation le matin du jour de son décès, soit la prescription d'un calmant, une diète et du repos, en attendant.

Par ailleurs, la tenue générale du dossier laisse fortement croire au coroner que la conduite professionnelle des médecins avait plus à voir avec le caractère expéditif de certaines consultations « sans rendez-vous » où l'on répond à du ponctuel par du ponctuel, qu'avec le caractère réfléchi que devrait avoir la très grande majorité des consultations; l'ensemble de la preuve le convainc que les médecins ont pris trop rapidement pour acquis les raisons des consultations, de sorte que la qualité des services en a souffert.

Recommandations :

Que la Corporation Urgences-Santé :

- règle ses problèmes d'intérim dans les meilleurs délais; (1)
- considère une prime au rendement comme incitatif de performance; (3)
- réduise le nombre d'appels de soutien et le temps passé en centre hospitalier par des directives écrites et des contrôles serrés; (1)
- tienne un registre des situations de secteurs dégarnis avec les commentaires circonstanciés des chefs d'équipe et des superviseurs; (4)
- tienne des statistiques révélatrices sur l'évolution du temps réponse accompagnées des commentaires circonstanciés des directeurs responsables. (4)

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux exige des rapports détaillés de la Corporation Urgences-Santé sur l'évolution du temps réponse aux appels d'urgence et ce, jusqu'à ce que l'objectif ministériel soit atteint et maintenu.

Que le Collège des médecins :

- revoie sa réglementation sur la tenue du cabinet de consultation d'un médecin et sur la tenue des dossiers d'un médecin en fonction de l'émergence des clinique privées, notamment sur :
 - le sommaire du dossier et le document de consultation;
 - la notion de prise en charge;
 - le suivi des réquisitions pour examens complémentaires;
 - la direction des services professionnels dans une clinique d'envergure;
- incite fortement ses membres à offrir avec évidence dans la clinique le dépliant « Préparez votre visite chez le médecin »;
- informe ses membres de la disponibilité des retours d'examen par voie électronique.

Organismes visés :

Corporation Urgences-Santé
Ministère de la santé et des services sociaux
Collège des médecins

Avis / Dossier : A-126409 100081

 2002-07-23 16:13

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Décès de cause naturelle

Événement :

Un homme de 54 ans décède d'un infarctus aigu du myocarde avec rupture, alors qu'il était au volant de son véhicule automobile. Une heure auparavant, il avait consulté au CLSC La Source de Charlesbourg pour douleurs à la poitrine, avec un poing au sternum qui allait jusque dans le dos et une douleur dans l'épaule gauche.

Lors du triage, l'infirmière a jugé bon de faire passer un électrocardiogramme à la victime, mais la salle était occupée. À ce moment, le médecin est arrivé et a reçu l'information verbale de l'infirmière sur les symptômes du patient, lequel a été immédiatement pris en charge par le médecin. Après examen, on conclut à une douleur musculo-squelettique dans le dos. On le libère avec une prescription d'un anti-inflammatoire. L'homme quitte donc sans avoir passé son électrocardiogramme, ni examen de laboratoire. Quelques minutes plus tard, il se rend à la pharmacie chercher sa médication et, au retour, il est terrassé par un infarctus du myocarde en évolution depuis la veille.

La coroner souligne que, dans ce cas, il y a eu un manque de communication ou d'incompréhension entre le nursing et le médecin au service de sans rendez-vous. En effet, pour l'un, voulant éliminer une pathologie cardiaque, le patient est dirigé à l'électrocardiogramme, pour l'autre, il ne fut pas jugé nécessaire.

Par ailleurs, le coroner précise que les notes du médecin inscrites au dossier sont très succinctes et à toutes fins pratiques illisibles. Il y souligne l'importance dans les dossiers médicaux de tenir des notes claires et lisibles par toute personne au dossier médical. Le coroner rappelle que l'évaluation clinique de l'état d'un patient dépend fréquemment des renseignements confinés au dossier médical.

Recommandations :

Que la Direction du CLSC La Source :

- voie à l'instauration d'un système de triage universel compte tenu du haut débit de consultation sans rendez-vous; (1)
- voie à ce que les notes confinées au dossier des patients soient claires et lisibles pour toute personne qui y a accès. (1)

Que la Direction des services professionnels du CLSC La Source soumette le dossier au Comité de l'évaluation de l'acte médical afin de s'assurer que la conduite thérapeutique a été effectuée selon les règles de l'art. (1)

Organisme visé :

CLSC La Source de Charlesbourg



© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 1999 Décès de cause naturelle

Événement :

Une policière de 44 ans décède d'une hémorragie digestive massive, trois heures après avoir quitté l'urgence du Centre hospitalier de Sept-îles où elle avait consulté pour des douleurs thoraciques intermittentes d'une durée d'environ 10 minutes.

Lors de cette consultation, la dame était anxieuse soupçonnant des problèmes de nature cardiaque. Le médecin de l'urgence a prescrit des prélèvements sanguins et un électrocardiogramme, lesquels n'ont rien révélé. Elle reçoit son congé avec des conseils d'usage et on l'invite à prendre rendez-vous avec son médecin traitant, s'il y a récurrence.

Cependant, la victime faisait une hémorragie gastrique, probablement depuis quelques jours, mais plus intensément le jour de son décès. Reconduite à l'urgence en ambulance, l'hémorragie gastrique, suite aux lacérations oesophagiennes, a entraîné des complications cardiaques.

On la traite pour un infarctus puisqu'il y a présence de tous les signes. Finalement, la dame décède de ce que tous les médecins présents et consultés ont cru être un infarctus du myocarde.

Recommandation :

Que le directeur des services professionnels du Centre hospitalier régional de Sept-îles fasse revoir, par un comité d'évaluation, les actes médicaux posés au service d'urgence afin de savoir si les règles de l'art ont été respectées par les intervenants, et plus particulièrement, lors de la première visite à l'urgence. (1)

Organisme visé :

Centre hospitalier régional de Sept-îles

Avis / Dossier : A-124692 102338

 2002-07-17 15:02

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Décès de cause naturelle

Événement :

Un homme psychotique de 51 ans, demeurant seul et barricadé dans sa maison de Grand-Métis, décède d'une septicémie. Il est probable que le chat de la victime, porteur de la bactérie *Pasteurella multocida*, ait contaminé l'homme.

La victime était sous curatelle publique depuis 25 ans. Le Curateur public est le représentant légal d'une personne devant veiller à la garde et à l'entretien de la personne représentée, assumer le bien-être moral et matériel et ce, en tenant compte de sa condition, de ses besoins, de ses facultés et des autres circonstances dans lesquelles elle se trouve. Le Curateur doit faire faire une réévaluation médicale et psychosociale cinq ans après sa nomination comme curateur et par la suite à tous les cinq ans, à moins que le tribunal ait fixé un délai plus court. Or, le dossier de la victime n'avait pas été évalué en 25 ans.

Recommandations :

Que le Curateur public :

- établit des ententes ou des contrats de service avec les différents CLSC du Québec qui ont des bénéficiaires ayant des problèmes de santé mentale et qui sont sous la responsabilité du Curateur public. Cette entente ou contrat de service permettrait aux CLSC de connaître la liste des patients ayant des problèmes de santé mentale étant sous la juridiction du Curateur public. Ceci permettrait également au Curateur public d'obtenir des informations, des évaluations ou une surveillance lorsque nécessaire auprès des personnes qui sont sous sa protection. (1)
- Implanter des bureaux régionaux dans chacune des régions administratives du Québec afin d'être en condition de remplir son mandat et de maintenir une relation personnelle avec les personnes sous sa protection. (1)
- Assurer un suivi plus serré auprès des personnes sous sa protection, afin d'éviter qu'une personne ne soit pas évaluée au niveau médical et psychosocial pendant 25 ans de curatelle. (1)

Organisme visé :

Curateur public

Avis / Dossier : A-120760 95690



© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 1999 Décès de cause naturelle

Événement :

Un détenu du centre de détention de Montréal décède d'une insuffisance myocardique et coronarienne alors qu'il était sous observation au service de santé pour une oppression thoracique.

Vu par le médecin la veille de son décès, un diagnostic d'angine avait été posé. On lui prescrivait de la nitroglycérine sublinguale aux cinq minutes. Le patient devait être transféré à l'urgence s'il n'était pas soulagé après la prise de trois nitro. Il n'y a eu aucune réévaluation en soirée et au cours de la nuit suivante.

Au matin, une note était inscrite au dossier à l'effet que la victime présentait des serremets à la poitrine de façon continue. L'homme aurait mentionné avoir consommé de la Nitro à toutes les dix minutes, sans ressentir d'amélioration. L'infirmière lui a suggéré de prendre du Lectopam et lui a retiré la Nitro craignant que celui-ci en abuse. Aucune réévaluation n'a été faite jusqu'à la découverte, en fin d'après-midi, de la victime inanimée.

Recommandations :

Que le centre de détention de Montréal :

- transfère à une unité d'urgence tout patient qui présente des douleurs thoraciques possiblement d'origine cardiaque, afin de procéder à une investigation et aux traitements appropriés;
- organise une séance de formation continue sur les problèmes cardiaques à l'intention du service de santé du centre de détention de Montréal.

Organisme visé :

Ministère de la sécurité publique

Avis / Dossier : A-121752 95166

 2002-07-23 16:14

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Décès de cause naturelle

Événement :

Un homme de 20 ans décède d'une hydrocéphalie marquée avec hypertension intracrânienne.

Au cours des années précédentes, la victime avait consulté divers médecins à plusieurs reprises, notamment en neurologie. Quatre mois avant son décès, l'homme avait consulté à l'urgence d'un centre hospitalier pour un problème de céphalée qui augmentait de plus en plus. Il avait vomi à deux reprises, se tenait la tête penchée. L'impression de l'urgentologue a été un spasme musculaire et la victime a été libérée avec une prescription de Valium. Quelques jours plus tard, il reconsultait pour des douleurs cervicales et dorsales avec céphalées frontales, sans nausée. Une consultation en orthopédie a été demandée. Suite à l'examen, on conseillait à l'homme de l'hygiène posturale et des exercices d'étirement tous les matins, car le spécialiste suspectait un problème musculo-ligamentaire, peut-être relié à l'anxiété et au stress.

Les derniers jours avant son décès, la victime présentait des céphalées intenses et se tenait la tête penchée. Toutefois, il ne voulait plus consulter de nouveau à l'hôpital. Trouvé inconscient pas ses parents, il a été conduit à l'hôpital en arrêt cardiorespiratoire et les manœuvres de réanimation furent vaines.

Recommandation :

Que le Collège des médecins du Québec revoie la conduite diagnostique et thérapeutique adoptée par les divers professionnels qui ont eu à traiter la victime au cours des dernières années de sa vie, afin de s'assurer que les règles de l'art de la médecine moderne ont été respectées. (1)

Organisme visé :

Collège des médecins du Québec

Avis / Dossier : A-121881 93996

 2002-07-12 15:44

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Décès de cause naturelle

Événement :

Un homme de 75 ans, souffrant d'Alzheimer et vivant à la résidence pour personnes âgées Roi-du-Nord à Laval, est retrouvé inconscient sur le trottoir, simplement vêtu d'un pyjama. Au petit matin, il avait quitté la résidence à l'insu de tout le monde. Transporté à l'hôpital, on constatera son décès. Un examen interne confirmera la cause du décès comme étant une ischémie myocardique associée à de l'athéromatose marquée.

L'employée de nuit, laquelle n'est pas rémunérée, dort sur un divan. Ainsi, elle ne peut pas assurer adéquatement la surveillance des bénéficiaires. Elle ne fait qu'assurer une présence.

Par ailleurs, les alarmes de porte qui sont installées ne remplissent par leur fonction adéquatement. Effectivement, elles ne réveillent personne et on s'habitue au carillon lorsque les portes sont ouvertes et on y fait plus attention.

Recommandations :

Que les autorités de la résidence Roi-du-Nord :

- réviser sa position quant au personnel de nuit, afin que celui-ci puisse assurer une surveillance constante des bénéficiaires et qu'il soit disponible pour répondre à leurs besoins et leur sécurité;
- installer un système d'alarme central à toutes les portes et fenêtres;
- s'assurer de donner les instructions nécessaires à son personnel pour qu'il soit fonctionnel entre le moment où les bénéficiaires se couchent et le réveil.

Que le Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval prenne connaissance du rapport et s'assure que les résidences pour personnes âgées sur son territoire ont des systèmes de surveillance et de détection adéquats pour la sécurité de leurs bénéficiaires.

Organismes visés :

Résidence Roi-du-Nord
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval

Avis / Dossier : A-122876 98476



© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 1999 Décès de cause naturelle

Événement :

Une résidente du Foyer Notre-Dame de l'Érablière à St-Augustin décède d'une hémorragie intra-pulmonaire.

Au matin, lors de la tournée de la responsable de ce foyer privée, on découvrait la victime avec de la broue à la bouche avec une respiration saccadée et un pouls absent. L'ambulance a été appelée.

À l'arrivée des ambulanciers, aucune manœuvre de réanimation n'était en cours. Ceux-ci débutaient la réanimation et transportaient la victime à l'hôpital où son décès a été constaté.

Recommandation :

Que le Foyer Villa Notre-Dame de l'Érablière à St-Augustin voie à ce que les techniques de réanimation cardio-respiratoire de base soient maîtrisées et débutent lorsque la condition d'un bénéficiaire l'exige et ce, avant l'arrivée des secours demandés.

Organisme visé :

Foyer Villa Notre-Dame de l'Érablière à St-Augustin
Curateur public

Avis / Dossier : A-124199 97397

 2002-07-23 16:14

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Décès de cause naturelle

Événement :

Un déficient mental de 45 ans, vivant en famille d'accueil, décède d'une nécrose intestinale suite à un volvulus.

Il était inscrit au Camp du Domaine des Cimes dans la région de Charlevoix. Depuis trois jours, il présentait des douleurs abdominales et son état était variable. On a lors procédé à un toucher rectal, deux suppositoires et une diète légère, mais le tout ne s'est pas amélioré. Il a été conduit au centre hospitalier de Charlevoix où le chirurgien a diagnostiqué un énorme fécalome avec obstruction proximale. N'ayant pas d'anesthésiste de disponible, un transfert à l'Hôtel-Dieu de Québec a été planifié. Toutefois, avant son transfert, la victime faisait un arrêt cardiaque et les manœuvres de réanimations ont été inefficaces.

Les patients présentant un tel état mental, avec sédentarité et médication, sont susceptibles de présenter des fécalomes. Ainsi, ils peuvent souffrir de douleurs abdominales et de distension intestinale. De là, l'importance pour le personnel d'être vigilant lorsqu'un patient présente une douleur abdominale récidivante.

Par ailleurs, la famille d'accueil a été avisée tardivement du séjour de la victime à l'hôpital. Or, dans le dossier d'inscription au camp de vacances, toutes les informations avaient été consignées afin de rejoindre les responsables de ce campeur.

Recommandations :

Que le conseil d'administration du Camp du Domaine des Cimes

- voie à ce qu'une évaluation adéquate soit apportée au campeur qui présente des douleurs abdominales récidivantes, afin qu'un traitement précoce puisse être débuté;
- avise précocement les personnes responsables du campeur, lorsque ce dernier, présentant un déficit intellectuel, a à subir une investigation en milieu hospitalier.

Que le directeur des services professionnels du centre hospitalier de Charlevoix voie à ce que ce dossier soit soumis au comité d'évaluation de l'acte médical, afin de s'assurer que la conduite thérapeutique et diagnostique, des divers intervenants qui ont soigné la victime, a respecté les règles de l'art.

Organismes visés :

Conseil d'administration du Camp des Cimes
Centre hospitalier de Charlevoix

Avis / Dossier : A-127406 97790



© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 1999

Décès de cause naturelle

Événement :

Une femme de 75 ans est transportée, par ambulance, à l'urgence du centre hospitalier régional de Trois-Rivières, Pavillon Ste-Marie. Elle avait été découverte par son mari, lequel était incapable de la réveiller. Arrivée à l'urgence, elle était réveillée, ne ressentant ni douleur, ni malaise. Au triage, elle a été classée comme priorité 3 (cas non-urgent qui devrait être vu par le médecin de l'urgence selon l'achalandage. Pas de temps déterminé, mais habituellement à l'intérieur des trois ou quatre heures suivantes.) Or, ce n'est que douze heures plus tard qu'elle sera vue par le médecin après avoir été retrouvée par l'infirmière, inconsciente et sans pouls.

L'autopsie a révélé que la dame était décédée d'une insuffisance respiratoire multifactorielle notamment, un cancer du poumon avec envahissement médiastal important. Ce qui était inconnu de la victime et de sa famille. De plus, cette dame prenait une consommation quotidienne de 20 doses de nitroglycérine. Or, il est possible que la patiente ait souffert d'un sevrage de nitroglycérine.

Au moment des événements, il n'y avait qu'un seul médecin de garde à l'urgence sur chacun des quarts de travail. En raison de la pénurie de médecins inscrits pour couvrir l'urgence, cette situation durait depuis au moins une dizaine de jours. Un comité mixte MSSS-FMOQ avait, malgré les représentations pressantes de tous les médecins du service de l'urgence, refusé d'autoriser un second médecin de garde sur tous les quarts de travail dans cette salle d'urgence au printemps 1998. Malgré ce que des fonctionnaires ou des comités ont tenté de démontrer à l'aide de tableaux statistiques, la crise, que prévoyaient et craignaient depuis plusieurs mois les médecins du service de l'urgence, est survenue.

Recommandations :

Que la Direction du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières - Pavillon Ste-Marie révise son système de triage actuellement en cours et le rende suffisamment souple pour permettre de disposer de personnel infirmier supplémentaire, afin de réaliser une évaluation clinique plus complète, incluant la révision du dossier antérieur et une anamnèse complète.

Que la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie - Centre du Québec crée un groupe de travail ou désigne des responsables capables de gérer les crises de débordement dans les services d'urgences majeures. Ce service devrait pouvoir être opérationnel rapidement, 24 heures sur 24 et tenir à jour régulièrement une liste des disponibilités et ressources médicales alternatives sur le territoire, en cas de débordement important. (1)

Organismes visés :

Centre hospitalier régional de Trois-Rivières - Pavillon Ste-Marie
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Mauricie - Centre du Québec

Avis / Dossier : A-128256 99421



© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 1999 Décès de cause naturelle

Événement :

Une dame âgée de 79 ans décède d'une insuffisance cardiaque au Centre universitaire de santé de l'Estrie, site Bowen.

Deux mois avant son décès, la dame avait été hospitalisée pour dyspnée de moindre effort. Devant son état, elle a été référée au Centre universitaire de santé Centre de l'Estrie, site Fleurimont, où un diagnostic final de fibrillation auriculaire est posé. Les notes du médecin au dossier médical stipulent un rendez-vous prévu dans un mois pour tenter une cardioversion. Or, même après que la victime se soit elle-même informé de son rendez-vous, l'hôpital ne l'a jamais rappelée et elle est décédée sans avoir pu bénéficier d'une cardioversion.

Des trois médecins rencontrés pour tenter d'expliquer pourquoi le rendez-vous proposé pour procéder à une cardioversion n'a pas fait l'objet d'un suivi, il semble que les directives ne soient pas bien définies quant à savoir qui est responsable de prendre le rendez-vous.

Recommandations :

Que la Direction des services professionnels établisse, par protocole si nécessaire, la procédure à suivre pour la prise de rendez-vous et mentionne clairement à qui en revient l'obligation.

Organismes visés :

Centre universitaire de santé de l'Estrie – Site Fleurimont

Avis / Dossier : A-121675 95885

 2002-07-17 15:01

Répertoire des recommandations des coroners 1999 Décès de cause naturelle

Événement :

Un homme âgé de 41 ans décède d'un infarctus myocardique aigu, 7 jours après avoir été investigué en cardiologie pour douleurs rétrosternales de type brûlure qui monte à la gorge. On lui a fait passer une épreuve à l'effort sur tapis roulant dont l'interprétation est négative tant cliniquement qu'électriquement. Le patient est donc retourné à son médecin traitant pour suivi.

Le Coroner a fait revoir les tracés originaux de l'électrocardiogramme d'efforts effectués au Centre hospitalier Le Gardeur. Or, le consultant cardiologue a été surpris de voir dès le stage III, à 8 minutes 30 de marche, la présence d'un sous-décalage du segment-ST de 1mm, en V5 ! En fin d'effort, à 11 minutes 34, le patient avait un sous-décalage du segment-ST de 2mm, en V5 ! L'épreuve d'effort était donc électriquement positive. Ainsi, ce patient avait 2 chances sur 3 d'avoir des lésions coronariennes démontrées par une coronographie.

Recommandations :

Que la Direction des services professionnels du Centre Hospitalier Le Gardeur forme un comité de discipline afin de revoir les éléments afin d'établir les circonstances du diagnostic et faire les recommandations nécessaires auprès des gens concernés. (1)

Organisme visé :

Centre Hospitalier Le Gardeur – Direction des services professionnels

Avis / Dossier : A-126539 100529

 2002-07-12 15:47

Répertoire des recommandations des coroners 1999 Décès de cause naturelle

Événement :

Une jeune femme de 25 ans, souffrant d'obésité morbide, décède d'une embolie pulmonaire massive quatre jours après avoir subi une gastroplastie au Centre Hospitalier de Rouyn-Noranda.

Suite à son investigation, la coroner précise que les embolies pulmonaires ayant causé la mort sont majoritairement une complication post-opératoire, laquelle survient à l'intérieur du mois qui suit la chirurgie !

Parmi les causes de décès chez les jeunes, il ne semble pas rare de mourir de cette complication. Ce qui remet en cause toute la discussion sur l'anticoagulothérapie post-chirurgicale. Si le patient n'a pas de contre-indication, la coroner croit qu'il devient de plus en plus justifié d'anticoaguler les gens en post-opératoire, d'autant plus que cette mesure est temporaire et permettrait de sauver encore des vies.

Recommandations :

Que le Collège des Médecins fasse part à qui de droit et voie à la pertinence d'une anticoagulation post-chirurgicale, laquelle pourrait être sur une période d'un mois. (1)

Organisme visé :

Collège des Médecins du Québec

Avis / Dossier : A-120500 120430

 2002-07-12 15:45