

BUREAU DU CORONER

**RAPPORT DES ACTIVITÉS
DES CORONERS**

2017

Pour la vie!

Québec 

Le contenu de la présente publication a été rédigé par le

Bureau du coroner

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

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

Cette publication peut être consultée
sur le site Internet du Bureau du coroner
à l'adresse suivante :

www.coroner.gouv.qc.ca

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2018
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2018

ISBN 978-2-550-80508-3 (version imprimée)
ISBN 978-2-550-80509-0 (version PDF)
ISSN 1913-245X (version imprimée)
ISSN 1913-2468 (version PDF)

© Gouvernement du Québec, 2018

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

BUREAU DU CORONER

Rapport des activités
des coroners en 2017



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

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport des activités des coroners pour l'année civile 2017.

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

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

ORIGINAL SIGNÉ

Martin Coiteux
Québec, avril 2018

Monsieur Martin Coiteux
Ministre des Affaires municipales
et de l'Occupation du territoire,
ministre de la Sécurité publique et
ministre responsable de la région de Montréal

Tour des Laurentides
2525, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 2L2

Monsieur le Ministre,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport des activités des coroners pour l'année civile 2017, conformément à l'article 29 de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès.

Le contenu de ce rapport reflète l'état des données au 5 février 2018.

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

La coroner en chef,

ORIGINAL SIGNÉ

Pascale Descary
Québec, avril 2018

TABLE DES MATIÈRES

LES INVESTIGATIONS	1
Les décès signalés aux coroners	1
Le délai entre le signalement d'un décès et le dépôt du rapport du coroner	3
Les autopsies et les examens de laboratoire	5
Quelques rapports d'investigation déposés en 2017	6
LES ENQUÊTES	11
L'évolution du nombre d'enquêtes ordonnées au cours de la dernière décennie	11
Les enquêtes en cours au 31 décembre 2017	12
Les rapports d'enquête déposés en 2017	13
LES RECOMMANDATIONS ET LEUR TRAITEMENT	15
LE BILAN STATISTIQUE DES TRAUMATISMES MORTELS AU QUÉBEC	17



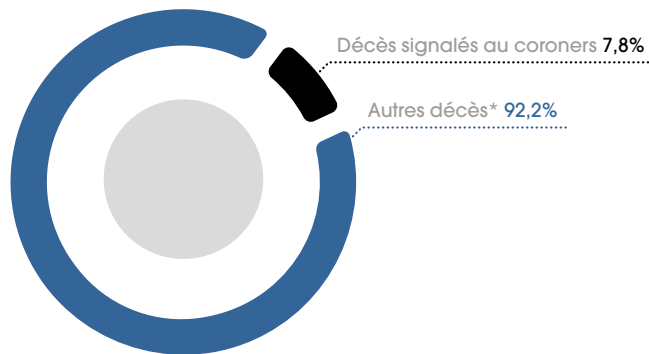
Pour la vie!

LES INVESTIGATIONS

Les décès signalés aux coroners

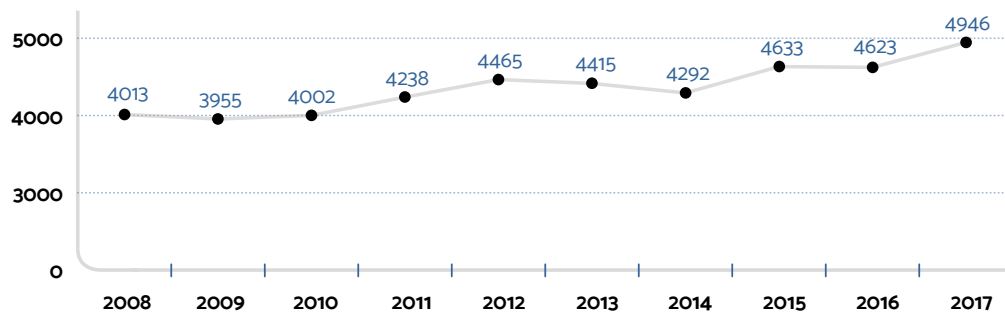
En 2017, 4 946 décès ont été signalés aux coroners du Québec. Comme l'indique le graphique suivant, les coroners sont intervenus dans environ 7,8 % de tous les décès survenus au Québec en 2017. La grande majorité des investigations est réalisée par des coroners à temps partiel (83,9 %).

**POURCENTAGE DES DÉCÈS SIGNALÉS AUX CORONERS EN 2017
SUR L'ENSEMBLE DES DÉCÈS SURVENUS AU QUÉBEC**



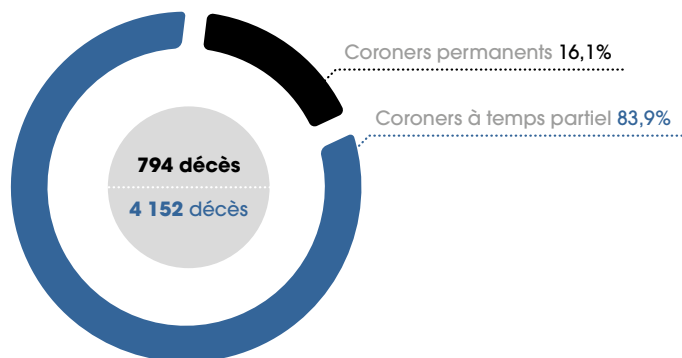
*Estimation à partir de la moyenne des décès survenus de 2014 à 2016.

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE DÉCÈS SIGNALÉS AUX CORONERS DE 2008 À 2017*



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

RÉPARTITION DES DÉCÈS SIGNALÉS ENTRE LES CORONERS PERMANENTS ET LES CORONERS À TEMPS PARTIEL EN 2017



Lorsqu'un décès est signalé à un coroner, celui-ci prend connaissance de la situation et détermine s'il y a lieu d'investiguer.

Le tableau suivant présente les principales raisons qui ont justifié l'intervention des coroners en 2017. Les décès dans des circonstances obscures ou violentes, ou par suite de négligence, constituent la plus grande part (43,3 %) des interventions des coroners. Viennent ensuite les décès dont les causes médicales probables ne peuvent être établies (42,8 %). Une partie du travail des coroners consiste aussi à autoriser la sortie d'un corps du Québec (9,9 %) et, dans le cas de décès survenus dans des circonstances obscures ou violentes ou par suite de négligence, à autoriser l'entrée au Québec d'un corps en provenance d'une autre province ou d'un autre pays (0,4 %). D'autres raisons peuvent également justifier l'intervention des coroners, par exemple lorsque des décès surviennent dans des lieux bien précis comme les milieux de détention, les familles d'accueil et les garderies.

RÉPARTITION DES DÉCÈS SIGNALÉS AUX CORONERS SELON LA RAISON DE L'INTERVENTION EN 2017

RAISON DE L'INTERVENTION	NOMBRE	POURCENTAGE
Circonstances obscures ou violentes, ou par suite de négligence	2 142	43,3
Causes médicales indéterminées	2 116	42,8
Autorisation de sortie d'un corps du Québec	492	9,9
Autorisation d'entrée d'un corps au Québec	20	0,4
Autres raisons ou raison inconnue	176	3,6
TOTAL DES DÉCÈS SIGNALÉS	4 946	100

Le délai entre le signalement d'un décès et le dépôt du rapport du coroner

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

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

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

Ces mesures ont permis d'amorcer une réduction des délais jusqu'en 2016, où le délai moyen a atteint 10,9 mois. Toutefois, la tendance s'est ensuite renversée puisqu'il est remonté à 12,5 mois en 2017.

Au cours de l'année 2017, 3 313 dossiers ont été terminés, soit une faible baisse de 3,6 % par rapport à 2016. En date du 31 décembre 2017, les investigations en cours (5 565 dossiers) l'étaient depuis en moyenne 8,6 mois, tandis qu'à pareille date en 2016, les investigations en cours (4 241 dossiers) l'étaient depuis en moyenne 7,5 mois.

L'allongement des délais et le nombre élevé d'investigations toujours en cours à la fin de l'année 2017 s'expliquent par une combinaison de facteurs :

- la livraison plus rapide des projets de rapports par les coroners se fait parfois au détriment de la qualité, de sorte que plusieurs échanges et demandes de changements sont nécessaires;
- le resserrement parallèle des critères de qualité que doivent respecter les rapports d'investigation;
- l'implantation du nouveau système informatique GECCO en mai 2016 a comporté son lot d'impondérables, sollicité des ressources normalement affectées à l'assurance qualité et augmenté globalement le temps de traitement des dossiers;
- le nombre relativement élevé de décès signalés au coroner en 2015, en 2016 et en 2017.

L'élaboration d'une directive claire et synthétique sur les normes de qualité que doit respecter un rapport d'investigation et l'embauche d'un quatrième technicien en assurance qualité permettront de réduire les délais à moyen terme.

De plus, comme l'indique le tableau suivant, la pratique d'une autopsie contribue à augmenter le

délai de production du rapport d'investigation, le coroner devant alors attendre le rapport d'autopsie pour être en mesure de produire le sien.

LE DÉLAI MOYEN EN MOIS POUR TERMINER UNE INVESTIGATION, SELON LA CATÉGORIE

CATÉGORIE D'INVESTIGATION	2017 BUREAU DU CORONER	2016 BUREAU DU CORONER	2015 BUREAU DU CORONER	2014 BUREAU DU CORONER	2013 BUREAU DU CORONER	2012 PROTECTEUR DU CITOYEN
Sans autopsie ni autre expertise	11,8 mois	10,5 mois	10,4 mois	11,5 mois	10,4 mois	9,6 mois
Sans autopsie, avec autre expertise	12,0 mois	10,0 mois	10,8 mois	11,6 mois	11,1 mois	10,5 mois
Avec autopsie, sans autre expertise	14,9 mois	11,8 mois	15,3 mois	16,0 mois	13,0 mois	12,3 mois
Avec autopsie et autre expertise	13,5 mois	11,8 mois	13,2 mois	15,4 mois	15,0 mois	15,1 mois

Les autopsies et les examens de laboratoire

Des autopsies ont été ordonnées pour 34,6 % des décès signalés aux coroners, pour un total de 1 709 autopsies. Elles sont pratiquées dans des hôpitaux ou au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale.

Des analyses toxicologiques sont aussi fréquemment demandées par les coroners pour éclaircir les causes et les circonstances d'un décès. Les données provisoires pour 2017 montrent que de telles analyses sont ordonnées par les coroners dans 58,3 % des cas. Elles sont réalisées soit au Centre de toxicologie du Québec, qui relève de l'Institut national de santé publique du Québec, soit au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale.

D'autres expertises sont ordonnées dans une faible minorité de cas (4,3 %). Il s'agit, par exemple, d'expertises en anthropologie judiciaire, d'analyses d'ADN ou d'analyses balistiques.

Le tableau suivant présente la répartition des expertises demandées par les coroners en 2017.

DÉCÈS AYANT FAIT L'OBJET D'EXPERTISES ORDONNÉES PAR LE CORONER

EXPERTISES	NOMBRE	POURCENTAGE*
Autopsie	1 709	34,6
Toxicologie	2 884	58,3
Autres expertises	214	4,3

*Les pourcentages sont calculés en fonction des 4 946 décès signalés en 2017.

Quelques rapports d'investigation déposés en 2017

1. Une courbe à corriger sur la route 155

Une femme de 38 ans et sa fille de 10 ans ont perdu la vie dans une violente collision au kilomètre 107 de la route 155, à La Tuque.

L'accident est survenu sur un tronçon bien connu des usagers et des policiers pour ses dangers. Les automobilistes circulant vers le sud doivent s'engager dans une courbe prononcée qui descend de façon abrupte et dont la chaussée est cahoteuse. La configuration de la route fait en sorte que les conducteurs n'aperçoivent les automobiles en sens inverse qu'au dernier instant, ce qui rend les manœuvres d'évitement difficiles.

Cette courbe a été le théâtre de nombreux accidents au cours des dernières années, dont un (non mortel) la veille de l'événement dont les circonstances sont similaires. Bien que plusieurs éléments entrent en ligne de compte lors d'un accident, la configuration de la route au kilomètre 107 apparaît comme étant un facteur déterminant. Le D^r Jean-Pierre Blais, coroner, avait déjà recommandé 2012 que ce tronçon soit amélioré, mais aucune action n'a été entreprise en ce sens.

Le double décès survenu en janvier 2017 a suscité un vif intérêt chez la population. Les autorités municipales latuquoises, supportées par la famille des victimes, ont rencontré les représentants du ministère des Transports, de la Mobilité durable et de l'Électrification des transports.

Dans les semaines qui ont suivi l'accident, le ministère a pris certaines mesures pour limiter la vitesse dans ce secteur. Toutefois, la configuration de la route reste inchangée, avec tous les dangers qu'elle comporte. C'est pourquoi D^r Jean-Pierre Blais recommande au ministère des Transports, de la Mobilité durable et de l'Électrification des transports de corriger cette courbe dans les deux directions aussitôt que possible.

2. Des mesures concrètes pour limiter les morsures de chiens

Une femme de 55 ans a été attaquée mortellement par un chien de type « pitbull » dans la cour arrière de sa résidence. Le chien, qui appartenait à un voisin, a mordu la victime au bras gauche et aux jambes. La perte de sang a été telle qu'elle a entraîné un arrêt cardiaque, puis le décès de la dame.

Fait à noter, ce chien avait déjà attaqué deux personnes auparavant. Selon le rapport de police, le propriétaire a alors été avisé que son dossier ferait l'objet d'un suivi par la municipalité, ce qui ne semble pas s'être concrétisé. Les conditions de vie du chien ont probablement contribué à en faire un animal agressif.

La violence de cet événement a ravivé les discussions sur le contrôle des chiens dits « dangereux » et a éventuellement mené au dépôt du projet de loi 128 (*Loi visant à favoriser la protection des personnes par la mise en place d'un encadrement concernant les chiens*).

Dans le cadre de son investigation, le coroner, D^r Ethan Litchblau, a procédé à une étude exhaustive de la législation visant à réduire l'occurrence des morsures de chien. Il a ainsi pu constater l'existence de deux approches : l'interdiction de races spécifiques et la responsabilisation des propriétaires. Le coroner a également consulté les rapports de recommandations que l'Ordre des médecins vétérinaires du Québec et le Comité de travail sur l'encadrement des chiens dangereux ont déposés à la suite de ce décès.

D' Lichtblau recommande au ministère de la Sécurité publique d'intégrer les éléments suivants au projet de loi 128 :

- la centralisation des signalements de blessures infligées par un chien dans un registre québécois dont les données seraient accessibles à des fins de recherche et de prévention;
- l'obligation pour tous les propriétaires d'enregistrer leur chien auprès de leur municipalité et de prévoir des moyens pour verser les données dans le registre québécois;
- une incitation à stériliser les chiens, quelle que soit la race;
- une incitation pour les municipalités à former des équipes de contrôle des animaux;
- des dispositions visant à définir des moyens objectifs et équitables pour déclarer un chien ou un propriétaire de chien comme étant « dangereux », « potentiellement dangereux » ou « nuisible » et l'élaboration de mesures exécutoires.

Il recommande enfin que toute loi visant l'encadrement des chiens dangereux soit accompagnée par le développement de programmes pour sensibiliser le public à la sécurité canine et à la prévention des morsures de chiens.

3. Un meilleur suivi des polytoxicomanes

Un homme de 40 ans est décédé accidentellement après avoir consommé un cocktail de fentanyl intraveineux, de méthamphétamines et d'hydromorphone.

Il était suivi pour des douleurs au dos et aux membres inférieurs découlant d'un accident et consommait de l'hydromorphone Contin et du Dilaudid. Il était connu des policiers pour revendre sa médication afin de pouvoir s'acheter du fentanyl.

Selon le coroner D' Paul G. Dionne, cette situation montre les lacunes d'un système de santé qui, malgré certains contrôles de base, ne parvient pas à endiguer l'abus des substances prescrites à des fins médicales. Dans ce cas précis, le pharmacien tentait par tous les moyens que les médicaments soient utilisés de façon adéquate. Le médecin semble aussi avoir fait des efforts pour limiter la médication, mais il n'avait pas vu son patient depuis 20 mois. Les informations contenues au dossier médical n'indiquent la participation d'aucun autre intervenant (centre de désintoxication, aide psychologique ou psychiatrique, CLSC, etc.).

Le suivi d'un polytoxicomane est difficile et devrait reposer sur le travail d'équipe. En décembre 2016, le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des pharmaciens du Québec ont d'ailleurs exprimé publiquement leur volonté d'unir leurs efforts pour mieux contrôler la prescription et la dispensation d'opioïdes.

Le coroner estime que les efforts des deux ordres professionnels sont plus que pertinents dans un contexte de hausse des intoxications aux opioïdes et méritent d'être appuyés par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Il recommande en outre au Collège des médecins de revoir les habitudes du médecin prescripteur dans ce dossier.

4. Un plan de traitement particulier pour les personnes refusant les produits sanguins

Deux femmes ont perdu la vie à quelques jours d'intervalle à la suite de leur accouchement. Puisqu'elles ont toutes les deux refusé de recevoir des produits sanguins en raison de leurs croyances religieuses, la question du consentement libre et éclairé a été soulevée au moment de leur décès. C'est M^e Luc Malouin, coroner en chef adjoint, qui a été mandaté pour éclaircir les causes et les circonstances de chacun.

Dans le premier cas, la femme a clairement spécifié au moment de son admission à l'hôpital qu'elle refusait toute transfusion sanguine. Lorsque son état s'est détérioré, son conjoint, qui était aussi son mandataire, a maintenu la position de son épouse. Il a plus tard consenti à ce qu'elle reçoive des produits sanguins, mais malgré les transfusions, elle est décédée des complications liées à son accouchement. Le coroner n'est pas en mesure de se prononcer sur les conséquences du délai pour recevoir le sang.

Les circonstances du second cas sont similaires : un refus clair de toute transfusion de produits sanguins, des complications médicales dans les heures suivant l'accouchement. La jeune mère a souffert d'une hémorragie majeure ne répondant pas aux traitements médicaux.

Comme l'explique M^e Malouin, « La seule solution médicale qui existait (...) afin de recouvrer la santé consistait à recevoir des produits sanguins, mais elle a toujours refusé de le faire ». Lorsqu'elle n'a plus été en mesure de donner son consentement, son conjoint, également son mandataire, a maintenu le refus, ce qui a éventuellement mené à son décès.

Dans le cadre de son investigation, M^e Malouin s'est particulièrement intéressé à la notion de consentement libre et éclairé et au droit à la liberté de conscience et de religion. Il conclut que « Mis ensemble, ces deux principes juridiques fondamentaux font en sorte qu'une personne majeure, saine d'esprit, consciente et bien renseignée peut refuser un traitement médical pour une raison de conscience personnelle fondée sur ses croyances religieuses. Le personnel médical ne pourra en aucune façon agir à l'encontre des volontés de cette personne même si la conséquence ultime pourrait être son décès ». Or, dans les deux situations, les patientes avaient été informées des conséquences du refus et ont exprimé leur choix sans entrave.

M^e Malouin reconnaît les efforts de l'Hôtel-Dieu de Lévis et de sa gestionnaire des risques. Il recommande tout de même la rédaction d'un plan de traitement particulier pour chaque patiente afin de prévoir à l'avance les gestes médicaux à poser en cas de pertes sanguines importantes. Il invite également les médecins appelés à travailler avec cette clientèle à participer activement à la mise en place de tels plans de traitement. Il demande enfin au ministère de la Santé et des Services sociaux de diffuser son rapport dans les établissements où se pratique l'obstétrique.

5. Des GPS pour des routes mieux entretenues

Une jeune fille de 15 ans est décédée dans un accident de la route près de Drummondville. Ce matin-là, la chaussée était couverte de glace et la conductrice a perdu le contrôle du véhicule. L'automobiliste qui venait en sens inverse n'a pu éviter la collision et a heurté de plein fouet le côté arrière droit du véhicule, où prenait place la jeune fille. Malgré des manœuvres de réanimation, son décès a été constaté à l'hôpital.

Le coroner, M^e Yvon Garneau, s'est particulièrement intéressé à l'état de la chaussée et au travail de l'entrepreneur chargé de l'entretien. Puisque l'entrepreneur a une obligation de résultat, il lui appartient prendre les actions nécessaires pour que la route soit conforme aux exigences de son contrat avec le ministère des Transports, de la Mobilité durable et de l'Électrification des transports (MTMDET). Or, dans ce cas précis, les solutions retenues par l'entrepreneur se sont avérées inadéquates. Le MTMDET était d'ailleurs intervenu à quelques reprises au cours de la saison, les résultats étant insatisfaisants.

Comme l'explique M^e Garneau dans son rapport, « La perte de contrôle du véhicule a été l'élément à l'origine de l'impact mortel. Le principal facteur contributif a manifestement été la chaussée glacée, mal entretenue ».

Afin d'éviter d'autres décès, le coroner recommande au MTMDT d'obliger les entrepreneurs à munir les véhicules de GPS et de spécifier les données devant lui être transmises. Le ministère pourrait donc suivre l'activité des camions en temps réel et procéder à des analyses.

6. Un personnel hospitalier mieux formé et mieux encadré

Un homme de 50 ans est décédé à l'hôpital de Gatineau des complications d'un arrêt cardiorespiratoire alors qu'il était contentionné, sous sédation et surveillé par un préposé aux bénéficiaires. Il avait été admis neuf jours plus tôt pour une pneumonite et un sevrage alcoolique sévère.

Après un séjour aux soins intensifs, le patient a été transféré dans un autre secteur de l'hôpital, où il était sous la surveillance constante d'un préposé. La coroner, M^e Pascale F. Boulay, identifie une multitude de facteurs qui, combinés, ont entraîné le décès.

Elle note entre autres le manque de formation du personnel sur le Protocole de contention et les facteurs devant être observés dans une situation à risque comme celle de ce patient. La coroner constate également des lacunes dans la surveillance des signes vitaux du patient et le partage de l'information entre les membres du personnel, de même que l'absence de directives claires à plusieurs niveaux. Selon le dossier médical, l'homme présentait un haut risque de développer une insuffisance respiratoire et a donné des signes de dépression respiratoire dans la nuit précédant son décès. Or, l'infirmière de nuit était inexpérimentée et le préposé assigné au chevet du patient n'a pas su reconnaître la détresse du patient.

Puisque cette situation a fait l'objet de recommandations de la part du médecin-examineur et du Commissaire aux plaintes du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais, M^e Boulay demande que le ministère de la Santé et des Services sociaux s'assure de leur mise en œuvre. Elle souhaite également que l'adhésion à la Fédération professionnelle des préposés aux bénéficiaires soit obligatoire afin d'assurer une formation uniforme et continue de ses membres. Elle requiert enfin que la qualité de l'acte professionnel et des soins reçus par le patient soient examinés et les infirmières récemment diplômées, mieux encadrées.



Pour la vie!

LES ENQUÊTES

L'évolution du nombre d'enquêtes ordonnées au cours de la dernière décennie

ANNÉE	NOMBRE D'ENQUÊTES	NOMBRE DE DÉCÈS
2008	7	7
2009	4	7
2010	2	4
2011	6	8
2012	3	16
2013	3	3
2014	5	36
2015	4	4
2016	4	9
2017	2	2
TOTAL	40	96

En 2017, le coronier en chef a ordonné deux enquêtes publiques. Ces deux enquêtes étaient toujours en cours au 31 décembre 2017, de même qu'une enquête ordonnée en 2016 et une autre ordonnée en 2015.

Quatre enquêtes ordonnées en 2015 et en 2016 se sont également terminées au cours de l'année 2017. Celles-ci sont résumées dans les pages qui suivent.

Les enquêtes en cours au 31 décembre 2017

NOM / PRÉNOM NATURE ET DATE DU DÉCÈS	DATE DE L'ORDONNANCE	CORONER	LIEU DE L'ENQUÊTE
Barbe, Vincent Collision entre un véhicule et une autopatrouille 2015-04-30	2016-07-08	M^e Andrée Kronström	Palais de justice de Laval
Duval, Réal Collision entre un véhicule et une remorqueuse 2014-06-13	2015-12-10	M^e Luc Malouin	Palais de justice de Shawinigan
Maurice, Brandon Décès au cours d'une intervention policière 2015-11-16	2017-05-19	M^e Luc Malouin	Palais de justice de Gatineau
Boucher, Mario-Nelson Pendaison dans un centre de réinsertion sociale Le ou vers le 2016-06-01	2017-05-17	M^e Andrée Krönstrom	À déterminer

Les rapports d'enquête déposés en 2017

1. Le suicide dans les communautés autochtones

Entre le 10 février 2015 et le 31 octobre 2015, cinq décès par suicide sont survenus dans la communauté innue d'Uashat Mak Mani-Utenam, composée d'environ 3 400 habitants et située dans les limites de la ville de Sept-Îles.

Le coroner, M^e Bernard Lefrançois, avait deux grands objectifs : examiner les causes et les circonstances de chacun des décès, puis en faire une analyse commune afin de mieux comprendre la problématique liée au suicide dans les communautés autochtones, et plus particulièrement celles d'Uashat Mak Mani-Utenam et de Kawawachikamach.

Il a ainsi pu constater que ces cinq suicides avaient une trame de fond commune. Si chaque personne avait une histoire personnelle et une trajectoire de vie bien à elle, toutes étaient autochtones et en proie à une souffrance individuelle sur fond de mal-être collectif. Ce constat soulève la question des conditions de vie dans les communautés autochtones et du manque de moyens pour pallier les difficultés généralement associées au suicide.

Il ressort de l'enquête que les Autochtones en général sont plus touchés et concernés par le manque d'emploi, la pauvreté, la consommation d'alcool et de drogues, la criminalité et l'incarcération, la violence conjugale, le décrochage scolaire, le placement d'enfants et le suicide que les autres groupes démographiques. Pour prévenir le suicide chez les Autochtones, il faut donc améliorer les conditions de vie dans leurs communautés, ce qui comprend les conditions économiques, culturelles, sociales et communautaires. Or, malgré tous les efforts investis au cours des dernières décennies, peu de choses changent. Le coroner considère donc qu'il faut aborder les problèmes différemment et envisager d'autres solutions.

La Loi sur les Indiens, en premier lieu, est désuète et nuit à l'épanouissement individuel et collectif. Si les Autochtones sont campés et souvent malheureux dans des réserves où ils ne peuvent ni se développer ni s'émanciper, il leur est aussi pénible de les quitter sous peine d'être rejetés par leurs pairs et de perdre leur identité. Le coroner propose de revoir le régime des réserves afin de permettre aux Autochtones de mieux se définir et de renforcer leur identité.

Le coroner s'est intéressé en second lieu aux ressources disponibles. Différents services sont offerts aux communautés autochtones, mais que ceux-ci sont souvent peu adaptés à leur réalité, si bien que la personne en détresse ne sait pas toujours vers qui se tourner. La langue constitue également une barrière importante, puisque de nombreux Autochtones ne s'expriment qu'en anglais ou dans leur langue maternelle.

L'alcool et la drogue jouent également un rôle de premier ordre dans les cinq décès examinés lors de l'enquête. En plus d'être à l'origine de problèmes sociaux chez les Autochtones, ces substances intoxicantes agissent comme un catalyseur lors des crises suicidaires.

Au terme de son enquête, le coroner a conclu que ces décès étaient évitables et a formulé un grand nombre de recommandations, dont plusieurs sont axées sur la prévention et la formation. La liste de ces recommandations étant très longue, elle ne peut être reproduite dans le présent rapport. Elle peut toutefois être consultée sur le site du Bureau du coroner, dans la section intitulée « Calendrier des enquêtes publiques ».

2. Une rupture d'anévrisme sans lien avec les manipulations d'un naturopathe

Une dame de 61 ans est décédée de la rupture d'un anévrisme cérébral quelques heures après avoir consulté un naturopathe. Dans son rapport d'investigation, le coroner investigateur a conclu à un lien de causalité entre la manipulation effectuée par le naturopathe et le décès. La contestation de ce rapport par la personne ayant pratiqué la manœuvre a entraîné la tenue d'une enquête publique.

Il ressort de cette enquête que le naturopathe avait les compétences requises pour effectuer la manipulation cervicale, même s'il a reconnu avoir pratiqué sans autorisation des actes réservés aux chiropraticiens, aux physiothérapeutes et aux médecins. Les témoignages des experts n'ont pas convaincu le coroner, M^e Luc Malouin, que la rupture de l'anévrisme est la conséquence d'un traumatisme, l'artère ne s'étant pas disséquée. Il conclut donc que la manipulation cervicale n'a pas de lien avec la rupture et que le décès est d'origine naturelle.

3. Noyades évitables dans la rivière du Sud

Deux adolescentes sont décédées, emportées par le courant, lors d'une activité de baignade dans le secteur du Rocher Blanc dans la rivière du Sud, à Saint-Raphaël.

Pendant le congé scolaire estival, les deux victimes et d'autres jeunes s'initient au fonctionnement d'une coopérative de travail. Ils sont accompagnés par une animatrice pour la mise sur pied de leur entreprise, ainsi que pour le choix et la tenue d'activités sociales, dont l'excursion improvisée au sentier du Rocher Blanc. Pour tenter d'expliquer les décès, il faut considérer un ensemble de facteurs, notamment les caractéristiques de la rivière, la méconnaissance des dangers de l'eau vive et le sauvetage. La rivière constitue un lieu de baignade très attirant, mais l'eau vive comporte des dangers. Les décès des adolescentes étaient évitables car plusieurs facteurs modifiables ont été identifiés, conclut la coroner, M^e Andrée Kronström.

La coroner mentionne dans son rapport qu'en eau vive, il faut préférer le rafraîchissement à la baignade. Dans le but d'accroître les connaissances sur l'eau vive et d'informer davantage sur les dangers de celle-ci, elle recommande à la Commission scolaire de la Côte-du-Sud, de concert avec la Société de sauvetage, de sensibiliser annuellement les élèves aux risques de noyade dans les eaux d'une rivière comme celle du site du sentier du Rocher Blanc et d'encourager ses établissements possédant des piscines à offrir le programme *Nager pour survivre Plus*.

Elle recommande au ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur de compléter le déploiement du programme *Nager pour survivre*. Elle recommande également à la Société de sauvetage de bonifier son cours Croix de bronze pour y inclure une capsule sur les dangers de l'eau vive et son programme *Nager pour survivre Plus* pour y ajouter des messages spécifiques sur le danger de noyade en eau vive et sur l'autosauvetage. La coroner formule également plusieurs recommandations à l'intention du Mouvement des amis de la rivière du Sud et de la municipalité de Saint-Raphaël. Afin de promouvoir un aménagement sécuritaire des sites donnant accès aux rivières, elle recommande à la Mutuelle des municipalités du Québec de concevoir un guide d'aménagement et d'exploitation des sites où se trouvent des rivières et des plans d'eau, de le diffuser et d'aider ses membres à réaliser leur plan d'aménagement.

4. Défenestration d'intention indéterminée

Un homme de 50 ans a sauté de la fenêtre de sa chambre à coucher et est décédé des suites de l'impact au sol.

Pour tenter d'expliquer le déroulement des événements du 29 mars 2013, il a fallu considérer les facteurs objectifs relevés sur la scène par les policiers, le passé médical du défunt et les témoignages de son entourage. Plusieurs hypothèses ont été avancées pour expliquer les actes du défunt, dont celles du suicide, de l'état psychotique ou du somnambulisme.

Malgré l'analyse des documents et l'écoute des témoignages, dont ceux des experts, la coroner, M^e Andrée Kronström, n'a pu déterminer les raisons à l'origine du geste du défunt.

LES RECOMMANDATIONS ET LEUR TRAITEMENT

À l'occasion d'une investigation ou d'une enquête, le coroner peut, s'il le juge à propos, formuler des recommandations afin de prévenir les décès et de protéger la vie humaine.

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

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

En 2017, les coroners ont déposé 141 rapports comportant des recommandations. Chaque recommandation peut être transmise à un ou à plusieurs intervenants, soit pour information, soit pour suivi. Ces recommandations sont de nature publique puisqu'elles font partie intégrante du rapport du coroner.

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

RAPPORTS DE CORONERS AVEC RECOMMANDATIONS EN 2017

TYPE DE DÉCÈS	NOMBRE DE RAPPORTS	POURCENTAGE
Traumatisme non intentionnel	86	61,0
Suicide	29	20,6
Cause naturelle	24	17,0
Homicide	1	0,7
Décès de cause indéterminée	1	0,7
TOTAL	141	100

Pour la vie!



LE BILAN STATISTIQUE DES TRAUMATISMES MORTELS AU QUÉBEC

Fichier du coroner en chef

Depuis 1986, le coroner en chef tient un fichier informatisé des causes et des circonstances des décès par traumatisme qui surviennent au Québec. Les pages suivantes présentent le portrait des décès par traumatisme pour 2014 et 2015, en le comparant à la moyenne des années 2009 à 2013.

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

Délais dans le dépôt des rapports

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

Cette façon de faire signifie aussi que les chiffres peuvent varier légèrement d'un bilan à l'autre, car la banque de données est en constante évolution. L'information contenue dans chaque nouveau rapport est intégrée à la banque dès qu'elle est accessible, quelle que soit l'année du décès.

État des rapports de 2014, selon les données à jour au 5 février 2018

4 292 décès soumis au coroner

- 4 276 rapports déposés (99,6 %)
- 16 rapports à venir (0,4 %)

État des rapports de 2015, selon les données à jour au 5 février 2018

4 633 décès soumis au coroner

- 4 473 rapports déposés (96,5 %)
- 160 rapports à venir (3,5 %)

LES DÉCÈS PAR TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS ASSOCIÉS AU TRANSPORT TERRESTRE

	MOYENNE 2009-2013	NOMBRE 2014	% VARIATION 2014/ 2009-2013	NOMBRE 2015
Occupant d'une automobile	271	179	-33,9	206
Piéton	74	50	-32,4	51
Motocycliste	49	44	-10,2	48
Motoneigiste	24	20	-16,7	34
Occupant d'un VTT	28	28	0,0	25
Cycliste	23	17	-26,1	19
Occupant d'une camionnette	23	18	-21,7	13
Occupant d'un camion lourd	9	4	-55,6	5
Occupant d'un véhicule agricole	7	7	0,0	3
Occupant d'un véhicule industriel	3	0	-100,0	2
Occupant d'un véhicule à trois roues	1	1	0,0	1
Occupant d'un autobus	1	2	100,0	1
Occupant d'un véhicule de construction	2	1	-50,0	0
Autre	2	3	50,0	7
En cours	0	1	—	19
TOTAL	517	375	-27,5	434

LES DÉCÈS PAR TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS ASSOCIÉS AU TRANSPORT PAR EAU

	MOYENNE 2009-2013	NOMBRE 2014	% VARIATION 2014/ 2009-2013	NOMBRE 2015
Événements entraînant la noyade et la submersion	19	18	-5,3	10
Événements entraînant d'autres lésions traumatiques	5	2	-60,0	0
TOTAL	24	20	-16,7	10

LES DÉCÈS PAR TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS ASSOCIÉS AU TRANSPORT AÉRIEN

	MOYENNE 2009-2013	NOMBRE 2014	% VARIATION 2014/ 2009-2013	NOMBRE 2015
TOTAL	14	3	-79	6

LES DÉCÈS PAR TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS ASSOCIÉS
À DES CAUSES EXTERNES AUTRES QUE LE TRANSPORT

	MOYENNE 2009-2013	NOMBRE 2014	% VARIATION 2014/ 2009-2013	NOMBRE 2015
Chute	260	309	18,8	387
Intoxication	237	298	25,7	317
Suffocation, strangulation et obstruction des voies respiratoires	70	81	15,7	66
Exposition à la fumée, au feu ou aux flammes	50	75	50,0	58
Noyade*	55	50	-9,1	55
Complications de soins médicaux	23	27	17,4	23
Exposition aux forces de la nature	29	18	-37,9	18
Heurt par ou contre un objet	14	16	14,3	18
Contact avec une machine ou un dis- positif de levage	12	14	16,7	11
Exposition au courant électrique	6	5	-16,7	8
Compression entre des objets	4	2	-50,0	7
Décharge d'arme à feu	2	3	50,0	2
Contact avec de l'eau chaude	3	3	0,0	2
Explosion	3	2	-33,3	0
Autre	21	20	-4,8	21
En cours	0	0	—	0
TOTAL	789	923	17,0	993

*Décès associés au transport par eau exclus

LES DÉCÈS PAR TRAUMATISMES INTENTIONNELS AUTO-INFLIGÉS

	MOYENNE 2009-2013	NOMBRE 2014	% VARIATION 2014/ 2009-2013	NOMBRE 2015
Pendaison et strangulation	594	597	0,5	586
Intoxication à des substances liquides ou solides	179	186	3,9	174
Décharge d'arme à feu	129	128	-0,8	121
Intoxication à un gaz	50	55	10,0	58
Précipitation dans le vide	45	39	-13,3	45
Collision d'un véhicule à moteur	35	32	-8,6	39
Noyade	40	42	5,0	32
Utilisation d'un objet tranchant	30	29	-3,3	27
Exposition à la fumée, au feu ou aux flammes	9	9	0,0	6
Autre	6	14	133,3	18
En cours	0	3	—	29
TOTAL	1117	1134	1,5	1135

LES DÉCÈS PAR TRAUMATISMES INTENTIONNELS INFLIGÉS PAR AUTRUI

	MOYENNE 2009-2013	NOMBRE 2014	% VARIATION 2014/ 2009-2013	NOMBRE 2015
Agression par arme à feu	28	27	-3,6	27
Agression par objet tranchant	24	22	-8,3	26
Agression par strangulation	9	3	-66,7	6
Agression par objet contondant	9	8	-11,1	5
Bagarre, rixe (sans arme)	5	5	0,0	4
Agression par la fumée, le feu ou les flammes	3	0	-100,0	0
Autre	8	5	-37,5	6
En cours	0	0	—	3
TOTAL	86	70	-18,6	77

LES DÉCÈS PAR TRAUMATISMES D'INTENTION INDÉTERMINÉE

	MOYENNE 2009-2013	NOMBRE 2014	% VARIATION 2014/ 2009-2013	NOMBRE 2015
Intoxication	46	31	-32,6	27
Noyade	6	7	16,7	6
Collision d'un véhicule à moteur	3	0	-100,0	2
Chute	4	3	-25,0	2
Pendaison	3	3	0,0	1
Autre	8	7	-12,5	2
En cours*	0	5	—	21
TOTAL	70	56	-20,0	61

* Pour une grande partie des investigations en cours, l'intention associée au traumatisme qui a causé le décès sera connue une fois le rapport du coroner terminé.

Pour la vie!

Bureau
du coroner

Québec 