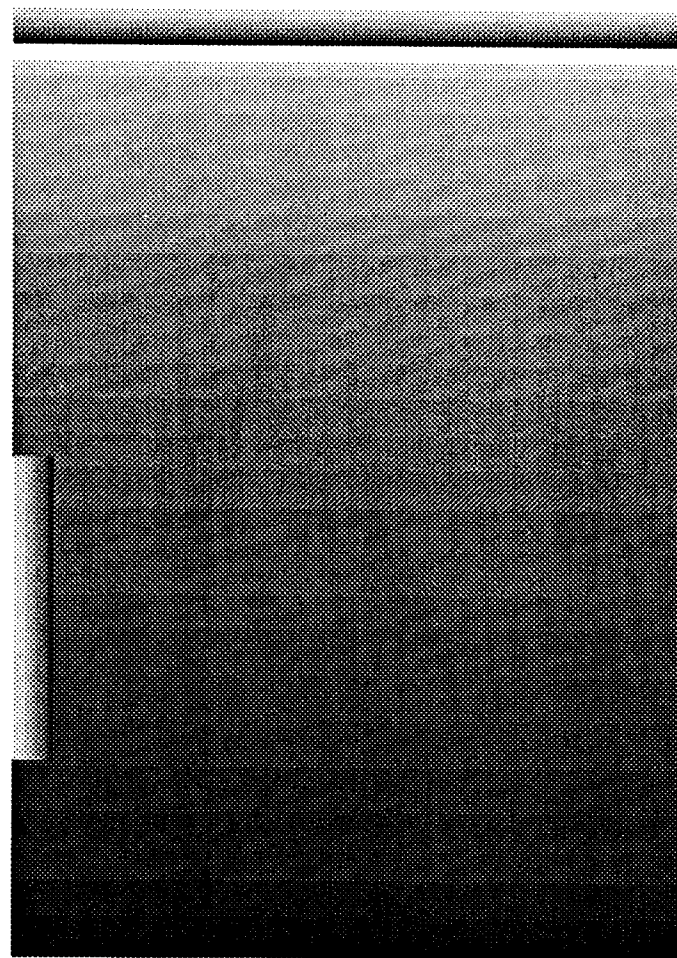


ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997

S42A1
C33
1996/97
3
QL
P. gouv.

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS

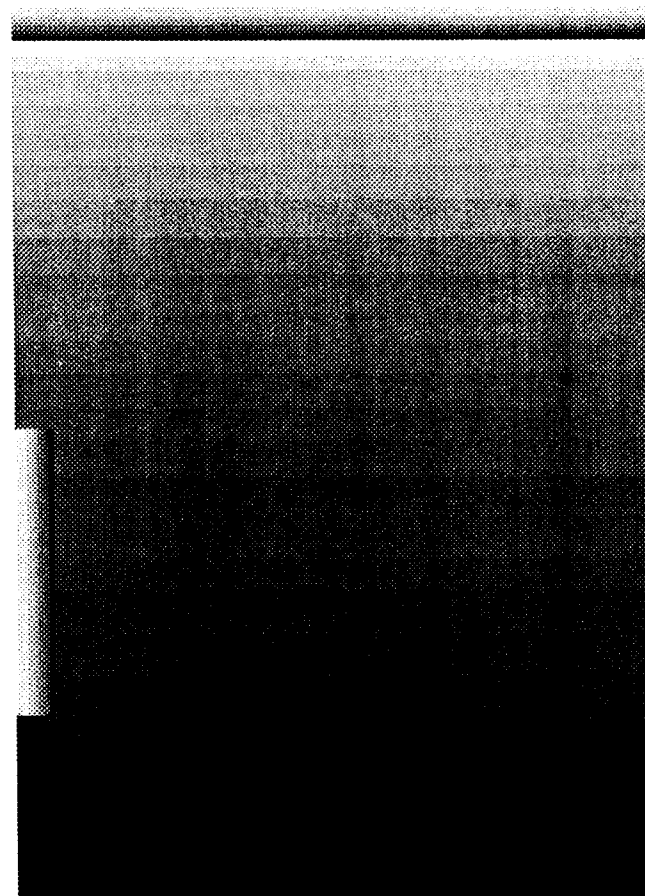
LES DONNÉES DE LA SÛRETÉ DU QUÉBEC
FONT L'OBJET D'UNE PRÉSENTATION DISTINCTE.



ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS

LES DONNÉES DE LA SÛRETÉ DU QUÉBEC
FONT L'OBJET D'UNE PRÉSENTATION DISTINCTE.



MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE

ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997

TABLE DES MATIÈRES

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE
ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997
RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS REQUIS PAR L'OPPOSITION OFFICIELLE
LISTE DES QUESTIONS

QUESTIONS N°	LIBELLÉ DE LA QUESTION	PAGE
1.	Mandats donnés à la Société immobilière du Québec pour la location, l'achat, l'aménagement, la décoration et les travaux divers en régie et/ou par sous-contrats, en 1995-1996.	1
2.	Copie des recommandations émises par les coroners, en 1995-1996, concernant spécifiquement le gouvernement, ses ministères et ses organismes.	3
3.	Liste des coroners pour 1995-1996 avec pour chacun, la nature de son poste, les dossiers sous sa responsabilité et la date des mandats confiés.	99
4.	État de situation relatif aux enquêtes concernant la conduite de coroner(s), conformément à la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès.	103
5.	Coûts rattachés aux procédures relatives aux enquêtes concernant la conduite de coroner(s), conformément à la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès.	107
6.	Nombre de détenus qui, durant l'année 1995-1996, n'étaient pas en centre de détention alors qu'ils devaient normalement y être en raison de la nature de leur sentence, en précisant pour chacun et ce, pour chaque centre qu'il aurait dû occuper : a) la nature de la sentence; b) le motif de la libération.	111
7.	Nombre de plaintes reçues par les services de traitement des plaintes des établissements carcéraux et/ou reçues par le Ministère au 31 mars 1996, en précisant la nature de chacune et le suivi apporté.	115
8.	Pour chacun des centres de détention, indiquer : a) le nom de l'établissement, sa capacité d'accueil et le taux d'occupation 1994-1995 et 1995-1996. b) les dépenses 1994-1995 et 1995-1996. c) les coûts per diem 1994-1995 et 1995-1996. d) les crédits alloués 1996-1997. e) le plan triennal d'immobilisation.	127

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE
ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997
RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS REQUIS PAR L'OPPOSITION OFFICIELLE

LISTE DES QUESTIONS

QUESTIONS N°	LIBELLÉ DE LA QUESTION	PAGE
9.	Montant total du Fonds central pour le bénéfice des personnes incarcérées au 31 mars 1996, avec précisions sur les dépenses effectuées à partir de ce fonds, les sources de financement et la ventilation pour chacun des fonds locaux.	131
10.	Bilan 1995-1996 du programme de travail auprès d'organismes communautaires en remplacement des sentences de fins de semaine, en précisant la nature des travaux effectués et s'il s'agit d'hommes, de femmes ou de jeunes.	135
11.	Bilan pour l'année 1995-1996 de l'aide financière accordée aux organismes communautaires de réhabilitation sociale.	139
12.	Répartition, au 31 mars 1996, des effectifs de la Sûreté du Québec par districts et par postes, avec les unités de patrouille qui en dépendent, en distinguant l'effectif de jour de celui de nuit.	143
13.	Répartition, au 31 mars 1996, des membres de l'escouade Carcajou de la Sûreté du Québec, lieux de leur affectation et budget rattaché.	145
14.	Nombre d'heures et le coût par postes du temps supplémentaire effectué à la Sûreté du Québec, avec précisions sur le type de dossier auquel le temps supplémentaire a été accordé.	147
15.	Liste des nouveaux officiers de la Sûreté du Québec et ceux qui ont fait l'objet d'une promotion, par postes, pour l'année 1995-1996.	149
16.	Effectif de la Sûreté du Québec affecté à la surveillance de chacun des territoires autochtones, pour 1995-1996, avec précisions sur les coûts inhérents à la surveillance de ces territoires.	151
17.	Liste des services de télécommunication avec précisions, pour chacune des régions, de l'effectif et les coûts réels qu'ils représentent.	153

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE
ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997
RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS REQUIS PAR L'OPPOSITION OFFICIELLE

LISTE DES QUESTIONS

QUESTIONS N°	LIBELLÉ DE LA QUESTION	PAGE
18.	Nombre de plaintes adressées, en 1995-1996, au Commissaire à la déontologie policière avec précisions sur : a) le nombre de plaintes par poste; b) leur nature; c) le traitement apporté et les décisions, le cas échéant.	157
19.	Nombre de dossiers traités, en 1995-1996, par le Comité de déontologie policière, en précisant, pour chacun des dossiers, la nature, le traitement, le résultat final avec la décision rendue, selon les postes visés.	161
20.	Liste des membres du Comité de déontologie policière avec leurs responsabilités.	165
21.	Nombre de policiers affectés à la lutte à la contrebande d'alcool et d'armes, en 1995-1996.	169
22.	Concernant la contrebande d'alcool et d'armes, nombre et valeur approximative des saisies effectuées par la Sûreté du Québec et les corps policiers municipaux, en 1995-1996.	173
23.	Concernant les appareils de vidéo-poker, nombre et valeur des saisies effectuées par la Sûreté du Québec et les corps policiers municipaux, par régions, depuis 1992.	177
24.	Nombre de plaintes de propriétaires d'immeubles dont un des locataires a fait l'objet d'une perquisition ou d'une intervention policière dans son logement, au 31 mars 1996, avec pour chacune, le montant en cause et le suivi assuré.	181
25.	Nombre de policiers impliqués, à titre de témoins, dans un dossier judiciaire en 1995-1996, par postes. Nombre de policiers qui se déplacent au Palais de justice, alors qu'il y a eu abandon de procédures. Nombre d'heures de travail payées, avec les conditions et le taux, pour chaque poste.	183
26.	Liste des effectifs des corps de police municipaux.	185
27.	Liste de toutes les interventions (soutien, enquête, etc.) de la Sûreté du Québec auprès de chacun des corps de police municipaux.	193

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE
ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997
RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS REQUIS PAR L'OPPOSITION OFFICIELLE

LISTE DES QUESTIONS

QUESTIONS N°	LIBELLÉ DE LA QUESTION	PAGE
28.	Nombre d'agents de la Sûreté du Québec affectés à des corps policiers municipaux, avec leurs fonctions.	195
29.	Liste de toutes les dépenses relatives à la résidence officielle du 1080, rue Des Braves, depuis octobre 1994.	197
30.	Liste des règlements en processus d'élaboration ou de modification au Ministère, avec la date du début du processus et l'état d'avancement.	199
31.	Liste des programmes d'aide mis sur pied pour la sécurité civile, avec un bilan, par programme : a) du budget; b) de l'effectif; c) des dépenses; d) du nombre et de la nature des réclamations.	203
32.	Liste des bureaux régionaux pour la sécurité civile en précisant, pour chacun, l'effectif et le budget alloué.	211
33.	Copie du Plan stratégique 1996-1997, présenté au Conseil du trésor.	215
34.	Prévision de référence ayant servi à l'élaboration du Plan stratégique 1996-1997, présenté au Conseil du trésor.	217
35.	Nombre de policiers-pompiers, de pompiers professionnels et de pompiers volontaires au Québec, en indiquant à quels services ils sont rattachés.	221

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE
ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997
RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS REQUIS PAR L'OPPOSITION OFFICIELLE

LISTE DES QUESTIONS

QUESTIONS N°	LIBELLÉ DE LA QUESTION	PAGE
36.	En indiquant la nature du contrat, le processus d'attribution, le nom du contractuel, la durée, le coût et le résultat, liste des contrats octroyés en 1995-1996 par : a) le Bureau du coroner; b) l'Institut de police de Nicolet; c) la Régie des alcools, des courses et des jeux; d) la Sûreté du Québec; e) la Commission québécoise des libérations conditionnelles; f) le Comité de déontologie; g) le Commissaire à la déontologie.	225
37.	Nombre de sentences d'emprisonnement de moins de 2 ans et description des délits depuis 1991.	227

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE

ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997

1. MANDATS DONNÉS À LA SOCIÉTÉ IMMOBILIÈRE DU QUÉBEC EN 1995-1996

(La réponse à cette question sera fournie par la Société immobilière du Québec)

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE

ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997

**2. RECOMMANDATIONS ÉMISES EN 1995-1996 PAR LES CORONERS
CONCERNANT SPÉCIFIQUEMENT LE GOUVERNEMENT,
SES MINISTÈRES ET SES ORGANISMES**

«ACCIDENTS DE LA CIRCULATION»

NUMÉRO : 1 Véhicule à moteur - Conducteur	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-34744 79828	<p>Après avoir passé la soirée en compagnie d'un copain au bar Le Shack situé à Saint-Jérôme, un individu en état d'ébriété avancé prend la route pour finalement perdre le contrôle de son véhicule, et être éjecté après que ce dernier ait effectué plusieurs tonneaux.</p> <p>Considérant la condition dans laquelle elle se trouvait à la sortie du bar, les tenanciers étaient en mesure de constater que l'individu en question était inapte à prendre le volant. À nouveau, ce décès soulève toute la question de la responsabilité des détenteurs de permis d'alcool à l'égard de la règle de vigilance et de prudence qui devrait être observée dans de telles situations.</p>	<p>Que la Régie des alcools, des courses et des jeux voie à l'application de la <i>Loi sur les permis d'alcool</i> et de la <i>Loi sur les infractions en matière de boissons alcooliques</i> à l'égard du bar Le Shack, tout en voyant à apporter les sanctions jugées nécessaires.</p>
DATE DU DÉCÈS : 23.12.94		<p>Que la Régie des alcools, des courses et des jeux fasse parvenir - dans le cadre d'un envoi massif - à tous les détenteurs de permis d'alcool, un article rédigé par M^c Luc Dignard et qui porte, entre autres, sur le refus d'accès aux personnes en état d'ébriété, le rappel aux employés que la loi interdit de servir de la boisson à un client en état d'ébriété, et l'importance de donner des directives précises (par écrit) aux employés concernant les clients aux facultés affaiblies ou en état d'ébriété.</p>
ORGANISME(S) VISÉ(S) :		<p>Que les brasseurs et distillateurs (Association des brasseurs du Québec, Association des distillateurs du Québec, Association des microbrasseries du Québec, Associations des viculteurs du Québec, Association des détaillants en alimentation du Québec et Société des alcools du Québec) prennent en considération le rôle majeur à jouer dans la prévention de l'ivresse en conscientisant davantage leur clientèle à l'effet que la modération a bien meilleure goût.</p>
Régie des alcools, des courses et des jeux Association des brasseurs du Québec Association des distillateurs du Québec Association des microbrasseries du Québec Associations des viculteurs du Québec Association des détaillants en alimentation du Québec Société des alcools du Québec		

NUMÉRO : 2 Véhicule à moteur - Conducteur	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-76503 74359	Une collision frontale entre deux voitures fait une victime sur la route 148 à proximité du village de Saint-Philippe (Chatham). Le véhicule de la victime a été heurté par l'autre véhicule après que ce dernier se soit mis à déraper en raison d'une vitesse imprudente sur une chaussée glissante. Plusieurs accidents ont été constatés dans le secteur où a eu lieu la collision en raison principalement du mauvais entretien de la route par le contracteur.	Que le ministère des Transports exerce un contrôle adéquat sur les responsables de l'entretien de la route 148 afin qu'elle réponde aux normes de sécurité en tout temps.
DATE DU DÉCÈS : 02.01.94		
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Ministère des Transports		

NUMÉRO : 3 Véhicule à moteur - Conducteur	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-76737 76556 A-76738 76536	Une collision entre un camion remorque et un véhicule de type pick-up fait deux victimes sur la route 101, à Laniel. L'accident est survenu après que le conducteur du véhicule lourd ait perdu le contrôle dans une courbe prononcée.	Que le ministère des Transports :
DATE DES DÉCÈS : 06.05.94	Même s'il s'agit du premier accident mortel à cet endroit, c'est le deuxième accident à survenir en moins de deux ans. À chaque fois, la raideur de la courbe était en cause.	- améliorer la signalisation indiquant une courbe raide à cet endroit;
ORGANISME(S) VISÉ(S) :		- devance la signalisation qui indique les limites de réduction de vitesse, car elle est actuellement située trop près de la courbe en question.
Ministère des Transports		

NUMÉRO : 4 Véhicule à moteur - Conducteur	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-79049 78568	Une collision entre deux véhicules fait une victime sur la route 138 à Rivière-Malbaie. L'accident est survenu non loin de la halte routière située au pied de la côte Cabot. À cet endroit, on retrouve une courbe prononcée vers la droite avec un accotement très faible, suivie d'une courbe vers la gauche juste au sommet d'une côte. La victime aurait perdu le contrôle de son véhicule en négociant la seconde courbe pour se retrouver sur la voie inverse.	Que le ministère des Transports profite des travaux de réfection du tronçon de la route 138 situé entre Clermont et La Malbaie et qui sont prévus pour l'été 1995, pour :
DATE DU DÉCÈS : 24.09.94	Des travaux de réfection devaient débiter à l'été 1995 sur la route 138, entre Clermont et La Malbaie.	- élargir la section de route située entre le pont Leclerc et la halte routière;
ORGANISME(S) VISÉ(S) :		- éliminer les deux courbes prononcées dans ce secteur;
Ministère des Transports		- réduire l'inclinaison de la pente dans ce secteur tout en l'allongeant;
		- mettre en place un accotement plus large de chaque côté de la route.

NUMÉRO : 5 Véhicule à moteur - Conducteur	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-82236 79156	Une collision entre deux véhicules fait une victime à l'intersection de la route 116 et de la rue Demers Est à Princeville. La victime a omis d'effectuer un arrêt obligatoire avant de s'engager sur la route 116.	Que le ministère des Transports revoie et améliore la signalisation à l'intersection en cause.
DATE DU DÉCÈS : 03.11.94	Après investigation, il appert que la signalisation au lieu de l'événement peut prêter à confusion pour une personne qui n'a pas l'habitude d'y circuler.	
ORGANISME(S) VISÉ(S) :		
Ministère des Transports		

NUMÉRO : 6 Véhicule à moteur - Conducteur	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-84501 71856 à à A-84520 71875	<p>Une collision frontale entre un minibus et un camion léger de type pick-up fait 20 victimes à la hauteur du kilomètre 216 de la route 155, à Lac Bouchette. L'accident est survenu après que le conducteur du camion se soit endormi au volant et que son véhicule se soit retrouvé dans la voie opposée. Suite à la collision, un violent incendie s'est déclaré d'où le nombre important de victimes.</p> <p>Le camion léger transportait dans sa boîte arrière un réservoir de diesel en plus de tracter une remorque dans laquelle se trouvaient deux autres réservoirs de diesel. Ces réservoirs étaient pratiquement vides au moment de l'accident.</p> <p>Bien que la remorque n'ait joué aucun rôle dans le déroulement de cet événement, il faut noter que sa masse (1135 kg) et sa vitesse ont contribué à générer une force d'impact beaucoup plus élevée entre les deux véhicules, et à provoquer de fortes déformations sur la partie arrière de la camionnette. Ce qui a pu contribuer aux dommages subis par le réservoir de la camionnette et à la fuite de carburant qui en a résulté. Autrement dit, le produit pétrolier (diesel) transporté dans le réservoir sur la camionnette a fort probablement été la cause d'une propagation rapide de l'incendie. Sous la forte décélération amenée par la collision, le carburant encore présent semble avoir exercé une pression suffisante pour provoquer la rupture de l'une des soudures (de piètre qualité) et l'ouverture du réservoir. Une déchirure le long du réservoir est compatible avec cette hypothèse.</p> <p>Afin de palier à ce qui précède, il existe depuis peu une norme établie par les Laboratoires des Assureurs du Canada qui exige, entre autres, des méthodes précises de soudage qui assurent une bien meilleure solidité que celle constatée sur le réservoir accidenté.</p>	<p>Que le ministère des Transports voie à ce que la construction des réservoirs de petite capacité installés sur les camionnettes répondent aux exigences de la norme ULC/ORD-C142.13-M1988 afin de diminuer la possibilité d'incendie.</p>
DATE DU DÉCÈS : 16.07.93		
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Ministère des Transports		

NUMÉRO : 7 Véhicule à moteur - Conducteur	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-91066 75843	<p>Un accident de la route fait une victime sur un pont situé sur la route 343 à Saint-Alphonse. En empruntant le tablier du pont, le véhicule de la victime s'est mis à déraiper pour finalement heurter un autre véhicule qui circulait sur la voie inverse.</p> <p>En raison d'une nuit particulièrement froide, une condensation et une formation de verglas avaient rendu la chaussée glissante. Après vérification, aucun panneau indicateur ne signalait la possibilité de chaussée glissante sur le pont.</p>	<p>Que le ministère des Transports envisage d'ajouter à proximité du pont une signalisation indiquant la possibilité de chaussée glissante.</p>
DATE DU DÉCÈS : 23.10.93		
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Ministère des Transports		

NUMÉRO : 8 Véhicule à moteur - Conducteur	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-91657 79340	<p>Un accident de la route fait une victime sur la route 138 à Sainte-Thérèse de Colombier. En tentant de ramener son véhicule sur la voie principale après avoir touché l'accotement, la conductrice en a perdu le contrôle. La voiture a par la suite fait quelques tonneaux pour finalement revenir sur la voie initiale.</p> <p>Bien que la route au lieu de l'événement soit plane et sans courbe, on note que l'accotement est en gravier. Par ailleurs, le temps était nuageux avec de très forts vents au moment de l'accident. La composante de la force des vents et l'inégalité de la chaussée par rapport à l'accotement en gravier ont donc fortement contribué à cet événement.</p>	<p>Que le ministère des Transports encourage l'ajout d'accotements asphaltés dans la planification de la route 138 sur la Côte-Nord.</p>
DATE DU DÉCÈS : 15.11.94		
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Ministère des Transports		

NUMÉRO : 9 Véhicule à moteur - Conducteur	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-91681 80953 A-91684 80952	<p>Une collision entre une voiture et un camion remorque fait deux victimes sur la Route 138 à proximité du village des Escoumins.</p> <p>Dans une courbe légère, le conducteur de l'automobile a effectué une manoeuvre sur sa droite alors que le véhicule lourd s'approchait en sens inverse. Ce faisant, la voiture a quitté la partie asphaltée de la chaussée. En tentant de ramener le véhicule sur la voie, il y a eu perte de contrôle sur une chaussée glissante et enneigée. Le véhicule s'est finalement retrouvée en position perpendiculaire sur la voie opposée pour y être heurté par le camion remorque.</p> <p>Au site de l'accident, on note une dénivellation d'au moins 4 cm entre la route asphaltée et l'accotement de gravier. La perte de contrôle serait directement reliée à cette dénivellation.</p>	<p>Que le ministère des Transports voie à ce que les accotements qui longent la route 138 soient asphaltés afin de permettre l'arrêt sécuritaire des automobilistes en difficulté tout en donnant une marge de manoeuvre sécuritaire en cas de besoin (incidemment, l'ajout d'accotements asphaltés devraient faire parti de la planification de la Route 138 sur la Côte-Nord et ce, non strictement aux endroits constitués de courbes et de pentes).</p>
DATE DES DÉCÈS : 06.03.95		
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Ministère des Transports		

NUMÉRO : 10 Véhicule à moteur - Conducteur		DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-91877 81010 A-91879 81009 A-91878 81011 A-91882 81012		<p>Une collision entre trois véhicules fait quatre victimes sur la route 365, à Neuville.</p> <p>La collision a eu lieu après qu'un minibus se soit mis à dérapier à la sortie d'une courbe où la surface de la route était glacée (une légère neige tombait à ce moment), et où on constatait des ornières d'usure associées à un affaissement de la chaussée d'environ 26mm. Ces éléments ont donc favorisé le dérapage du véhicule en question qui s'est retrouvé dans la voie inverse où circulait une automobile et une mini-fourgonnette de type «Voyager» dans laquelle prenaient place les victimes.</p>	<p>Que le ministère des Transports prenne les dispositions nécessaires afin que soit corrigé l'affaissement de la chaussée et les ornières d'usure que l'on retrouve sur la section de la route 365, entre le village de Pont-Rouge et l'autoroute 40.</p>
	DATE DES DÉCÈS : 09.03.95		
	ORGANISME(S) VISÉ(S) : Ministère des Transports		

NUMÉRO : 11 Véhicules à moteur - Conducteur		DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-94497 79232		<p>Un individu décède des suites de ses blessures subies après que sa voiture soit entrée en collision avec un arbre.</p> <p>Conduit au Centre hospitalier Comtois, un transfert vers le Centre hospitalier Sainte-Marie a été demandé en raison des traumatismes sévères. Cependant, aucune intubation n'a été faite pour stabiliser l'état du patient avant son départ.</p> <p>Une fois à destination, de nombreux facteurs ont influencé le cours des événements. Ainsi, il s'est écoulé plus de deux heures avant que le neurochirurgien (prévenu de l'arrivée du patient) ne se présente. Entre-temps, près d'une heure s'est écoulée avant que le chirurgien de garde ne puisse être rejoint. Finalement, une seule salle d'opération était disponible sans compter le fait qu'elle était déjà occupée. Bref, considérant la «Golden Hour», il y a eu beaucoup trop de temps avant qu'une action concrète ne soit prise, ce qui se traduit par un manque de disponibilité dans un hôpital à vocation régionale reconnu comme centre de traumatologie.</p>	<p>Que la direction des services professionnels et le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du Centre hospitalier Sainte-Marie voient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à ce que le plan d'action élaboré pour faire face à de telles situations soit revu de façon à assurer aux médecins de garde la disponibilité d'un lieu pour prodiguer les soins nécessaires; - à réviser les règlements du département de chirurgie concernant la disponibilité du chirurgien au moment d'effectuer sa garde.
	DATE DU DÉCÈS : 30.10.94		
	ORGANISME(S) VISÉ(S) : Centre hospitalier Sainte-Marie Centre hospitalier Comtois		

NUMÉRO : 12 Véhicules à moteur - Conducteur	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-94515 77012	<p>Une collision entre deux voitures fait une victime à l'intersection du boulevard du Sommet (2e Rang) et de la route 232, à la hauteur de Sainte-Odile (Rimouski). La victime n'aurait pas fait un arrêt obligatoire à la jonction avec la route 232 alors qu'elle circulait sur le boulevard du Sommet.</p> <p>Comme particularité à l'intersection en cause, on note d'abord que la route 232 et le 2e Rang sont des routes qui sont de plus en plus utilisées, en raison des développements domiciliaires qui augmentent depuis quelques années dans ce secteur. Par ailleurs, le développement de l'autoroute 20, la sortie de cette autoroute qui est à peine quelques centaines de mètres au nord de l'intersection ainsi que la voie d'accès à cette autoroute pour la direction est qui sera ouverte dans les prochains mois, tendent à favoriser un accroissement du débit de circulation. Finalement, depuis janvier 1993, on dénombre au-delà de quatorze accidents à cette intersection.</p> <p>Pour expliquer une partie des accidents survenus, on constate qu'il y a une illusion d'optique sur le boulevard du Sommet en direction ouest, dans la mesure où le véhicule qui arrive à cette intersection est surpris d'arriver si vite étant donné les grands espaces. La route semble se poursuivre sans qu'il y ait d'arrêt, malgré les différentes indications indiquant le contraire.</p>	<p>Que le ministère des Transports voie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à ce que la limite de vitesse qui débute à 90 km/h en direction sud, quelques centaines de mètres avant l'intersection en cause, soit reportée plus loin en direction sud, soit après l'intersection; - à ce que le même principe s'applique en direction nord, c'est-à-dire que la limite de vitesse à 70 km/h soit située quelques centaines de mètres avant l'arrivée au niveau de l'intersection (il est évident que ce secteur devra être réévalué par les ingénieurs du ministère étant donné les nouvelles variables concernant l'environnement immédiat).
DATE DU DÉCÈS : 19.06.94		<p>Que la municipalité de Sainte-Odile, dans le but d'attirer davantage l'attention des automobilistes qui circulent sur le 2e Rang (soit en direction ouest ou en direction est), voie à ce qu'il y ait des lignes d'arrêt bien visibles sur la chaussée (ce qui pourrait favoriser une meilleure attention du conducteur et éviter le type d'erreur qui a provoqué l'accident).</p>
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Ministère des Transports Municipalité de Sainte-Odile		

NUMÉRO : 13 Véhicules à moteur - Conducteur		DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-94849 80668 A-98526 80671 A-98523 80670 A-98527 80672		<p>Un accident de la route fait quatre victimes sur l'autoroute 15 à proximité de la frontière canado-américaine.</p> <p>L'accident est survenu alors que six jeunes américains retournaient aux États-Unis (Massachusetts) aux petites heures du matin, après avoir passé la soirée dans une discothèque de Montréal. Bien qu'il y ait eu un conducteur désigné pour conduire le groupe, il semble que celui-ci, qui n'était pas sous l'influence de l'alcool, se soit endormi au volant. Ce faisant, il n'aurait pas respecté un arrêt obligatoire situé à la croisée de la route 15 et du Chemin Ridge que l'on retrouve à proximité de l'édifice de Douanes Canada (poste de Saint-Bernard de Lacolle). Comme l'indique l'absence de traces de freinage, le véhicule automobile se serait donc dirigé de plein fouet sur l'extrémité d'une glissière de type New-Jersey (en ciment), qui était parallèle à la route. Cette glissière ne présente pas de courbe et est placée directement le long du terre-plein. Elle ne permet donc pas de canaliser les voitures correctement comme elle le devrait, compte tenu que la largeur de la chaussée diminue à cet endroit.</p> <p>Par ailleurs, à l'approche de l'arrêt en question, il y a une simple indication de diminution de vitesse de 100 à 50 km/h que n'aurait pas respecté le conducteur.</p>	<p>Que le ministère des Transports voie à ce que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la zone marquée à 50 km/h soit annoncée par des feux clignotants jaunes avertissant les conducteurs à se préparer à arrêter; - des feux de circulation rouges d'intensité importante et au nombre minimum de deux soient installés de sorte que l'arrêt obligatoire soit davantage visible; - la glissière de type New-Jersey actuellement en place le long du terre-plein soit modifiée de sorte que le début de cette glissière soit en forme de courbe afin d'empêcher tout véhicule de la percuter de front; - le lampadaire muni de multiples lumières et qui est monté sur une base de béton à proximité de la glissière en cause, soit également protégé par celle-ci.
	DATE DES DÉCÈS : 04.02.95		
	ORGANISME(S) VISÉ(S) : Ministère des Transports		

NUMÉRO : 14 Véhicules à moteur - Conducteur		DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-95410 75692 A-96552 75470		<p>Une collision entre deux voitures fait deux victimes à l'intersection de la route 271 et de la route 112 (ancienne route 1), à Sacré-Coeur de Marie. Le véhicule dans lequel prenaient place les deux victimes ne s'est pas immobilisé à un arrêt obligatoire situé sur la route 112.</p> <p>Au cours des années qui ont précédé, d'autres collisions à l'intersection en question ont causé un décès et occasionné six blessés graves et six blessés légers.</p>	<p>Que le ministère des Transports:</p> <ul style="list-style-type: none"> - remplace les panneaux avertisseurs d'arrêt actuels sur la route 112 (ancienne route 1) situés à deux cent mètres de part et d'autre de l'intersection avec la route 271 par des panneaux avertisseurs clignotants; - suspende au centre de cette intersection un signal lumineux clignotant rouge dans l'axe de la voie secondaire (l'ancienne 1) et ambre dans l'axe de la voie principale (la 271).
	DATE DES DÉCÈS : 06.03.94 14.03.94		
	ORGANISME(S) VISÉ(S) : Ministère des Transports		

NUMÉRO : 15 Véhicules à moteur - Conducteur	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-95485 79160	Une collision frontale entre deux voitures sur l'autoroute Duplessis fait une victime.	Que le ministère des Transports considère l'ajout de quelques poteaux en ciment, sur la ligne divisant les deux voies contraires de la rue de la Pérade à Sainte-Foy et donnant sur la bretelle double de l'autoroute Duplessis - Quatre-Bourgeois à Québec.
DATE DU DÉCÈS : 30.10.94	L'accident est survenu peu de temps après que la victime se soit retrouvée sur une section de l'autoroute Duplessis en y circulant en sens inverse. L'erreur d'aiguillage se serait produite à l'intersection des rues de la Pérade et de Brabant; intersection qui est située à proximité de la bretelle double d'accès à l'autoroute en question.	
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Ministère des Transports	Outre une signalisation de non-entrée qui apparaît adéquate, l'ajout d'obstacles visuels sous forme de poteaux (avec base pyramidale de ciment) auraient pu permettre d'accroître la sécurité à l'intersection qui est réputée dangereuse.	

NUMÉRO : 16 Véhicule à moteur - Conducteur	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
<p>AVIS/DOSSIER : A-95938 78532 A-95940 78531 A-95939 78533 A-95941 78534</p> <p>Une cinquième victime est décédée en Ontario</p>	<p>Une collision entre deux véhicules fait 5 victimes sur la route 148 près de l'Île aux Allumettes (à 850 mètres à l'ouest du Chemin Cottage à l'Île Morisson). L'accident s'est produit un peu après 1h30 a.m. dans le Pontiac.</p> <p>Suite à l'investigation, il appert évident que l'alcool a été un facteur majeur dans le décès des cinq victimes. Mais ce qui est le plus troublant, c'est le fait que le contexte dans lequel a eu lieu cet accident représente une situation fréquente et particulière à l'Outaouais, tant québécois qu'ontarien. En fait, le problème particulier de l'Outaouais est favorisé par la réglementation différente en ce qui concerne l'ouverture des heures de bar. En général, en Ontario, les bars ferment leurs portes à 1h. a.m. alors qu'au Québec, ils ferment à 3h a.m., ce qui provoque entre minuit et 1h30 un mouvement important de consommateurs ontariens vers les bars québécois.</p> <p>Malgré les barrages routiers et la publicité positive, le problème reste entier. Il y a bien eu dans le passé quelques tentatives de vouloir amender la réglementation pour tenter d'uniformiser les heures d'ouverture des bars des deux côtés de la rivière, mais ces efforts ont été vains, principalement en raison des considérations financières négatives perçues par les commerçants. Il y a malheureusement un manque flagrant de concertation vis-à-vis cette problématique. Tout le monde a des intérêts divers et se protège sous différents articles de loi qui sont souvent flous et laissent place à l'interprétation.</p> <p>Il est donc grand temps qu'une réflexion sérieuse et profonde entourant toutes les questions d'alcool en Outaouais soit effectuée dans un futur rapproché. Comme société, nous devons cesser de jouer aux autruches et devons prendre des résolutions sévères pour entreprendre le XXI^e siècle du bon pied.</p>	<p>Qu'une copie du rapport soit transmis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - au délégué régional de l'Outaouais (Monsieur Yvon Blais) afin que le gouvernement du Québec prenne l'initiative de faire progresser ce dossier et qu'il parraine un colloque régional regroupant tous les intervenants majeurs des deux côtés de la rive de l'Outaouais s'étendant du côté du Québec de Grenville jusqu'à l'Île-aux-Allumettes et du côté de l'Ontario de Hawkebury à Pembroke (de sorte que toutes les facettes du problème des heures d'ouverture des bars pourraient être abordées et qu'un consensus soit atteint suite au colloque ou suite à d'autres rencontres post-colloques); - au président-directeur général de la Régie des alcools, des courses et des jeux pour que cet organisme étudie sérieusement cette problématique et produise un document de travail étoffé qui pourrait servir de toile de fond au colloque régional sur l'alcool; - aux différents médias parlés et écrits de la région outaouaise québécoise et ontarienne.
<p>DATE DES DÉCÈS : 25.09.94</p>		
<p>ORGANISME(S) VISÉ(S) :</p> <p>Délégué régional de l'Outaouais Régie des alcools, des courses et des jeux</p>		

NUMÉRO : 17 Véhicule à moteur - Conducteur	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-96133 78362	<p>À l'approche d'une courbe prononcée située sur la route 139 près du chemin Draper, le conducteur d'une voiture perd le contrôle de son véhicule après que celui-ci eut empiété sur l'accotement. En tentant de revenir sur la route, la voiture dérape puis capote. Le conducteur qui ne portait pas sa ceinture de sécurité est éjecté.</p> <p>Au cours des deux années qui ont précédé cet événement, 11 accidents ont eu lieu à cet endroit dont 8 avec dommages matériels et 2 avec blessés. Selon les observations, il semble que la présence d'une petite côte à l'approche de la courbe en question en cacherait l'accès. L'installation de panneaux rouges avec flèches orientées vers la gauche pourraient permettre de corriger la situation.</p>	<p>Que le ministère des Transports voie à l'installation de panneaux indiquant l'imminence d'une courbe assez raide vers la gauche en direction de Cowansville.</p>
DATE DU DÉCÈS : 01.09.94		
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Ministère des Transports		

NUMÉRO : 18 Véhicule à moteur - Conducteur	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-96977 78010 A-96978 78012 A-96979 77995	<p>Une collision frontale entre deux voitures fait trois victimes sur la route 55, à L'Avenir. L'un des deux véhicules a empiété sur la voie de gauche à la suite d'une manoeuvre pour éviter des canetons.</p> <p>À noter que l'une des victimes est décédée à son arrivée à l'hôpital à la suite d'un choc hémorragique. Il appert que le remplacement de volume par voie intraveineuse en soins pré-hospitaliers aurait pu éviter l'hypovolémie et l'arrêt cardiorespiratoire dont elle a été victime.</p>	<p>Que le ministère de la Santé et des services sociaux, l'Association des médecins d'urgence du Québec et le Rassemblement des techniciens ambulanciers du Québec étudient la possibilité que les ambulanciers, dans certaines occasions et après formation appropriée, puissent débiter des intraveineuses.</p>
DATE DES DÉCÈS : 20.08.94		
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Ministère de la Santé et des Services sociaux Association des médecins d'urgence du Québec Rassemblement des techniciens ambulanciers du Québec		

NUMÉRO : 19 Véhicule à moteur - Conducteur		DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER :	A-99124 80044	<p>Une collision entre une voiture et un camion transportant de la bière fait une victime sur la route 116 à Saint-Agapit (Lotbinière).</p> <p>Au moment de l'événement, la chaussée était glissante et enneigée par une neige légère qui tombait continuellement. Dans ces conditions, le conducteur du véhicule qui circulait à bonne vitesse, perdit le contrôle de son véhicule, se mis à zigzaguer pour finalement entrer en collision avec le camion qui venait en sens inverse.</p> <p>Suite à différentes observations, il a été constaté que les automobilistes qui circulaient dans ce secteur avaient tendance à dépasser les limites de vitesse permises, ce qui s'avère dangereux considérant les courbes plus ou moins prononcées que l'on retrouve dans le secteur ainsi que les dangers potentiels que constituent les traverses de motoneige à proximité de ces courbes.</p>	<p>Que la Sûreté du Québec (secteur Laurier Station) accentue les contrôles routiers dans le secteur en cause de la route 116, afin d'inciter le plus possible les automobilistes à la prudence et au respect des limites de vitesse.</p> <p>Que la municipalité de Saint-Agapit voie à sensibiliser sa population au respect des limites de vitesse sur les routes accidentées, principalement lorsque les conditions climatiques sont difficiles.</p>
DATE DU DÉCÈS :	04.01.95		
ORGANISME(S) VISÉ(S) :	Sûreté du Québec (Laurier Station) Municipalité de Saint-Agapit		

NUMÉRO : 20 Véhicules à moteur - Conducteur		DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-99906 80811 A-99907 80803		Une collision entre une voiture et un camion semi-remorque fait deux victimes sur la route 309 à quelque 200 mètres à l'intérieur de la municipalité de Notre-Dame de Pontmain. À la sortie d'une courbe, la conductrice de la voiture a perdu le contrôle de son véhicule après avoir empiété sur l'accotement. Dans une manoeuvre pour revenir sur la route, elle a plutôt dirigé sa voiture dans la voie opposée où le camion semi-remorque circulait. Après investigation, il appert que trois éléments ont contribué à cet accident. D'abord, on a observé au site de l'événement une dénivellation d'environ 6 cm entre la chaussée asphaltée et l'accotement. Également, on note que la route était recouverte de neige dans une proportion d'environ 50 à 70% sans compter le fait qu'elle était glacée par endroit. Finalement, on doit considérer le manque d'expérience de la conductrice à reprendre le contrôle de sa voiture en amorce de dérapage. Outre ce qui précède, l'investigation a également permis de constater que l'entretien de la route en question était parfois médiocre en hiver (certains endroits sont très bien entretenus alors que d'autres laissent nettement à désirer). De plus, en raison du nombre considérable de véhicules lourds qui circulent sur la route 309, des ornières se sont créées dans la chaussée. Celle-ci est donc très abîmée en certains endroits.	Que le ministère des Transports : - procède à une étude de densité de circulation relativement aux véhicules lourds qui circulent sur la route 309 entre Mont-Laurier et Notre-Dame de Pontmain; - revoie et supervise les activités de déneigement confiées aux entreprises privées ou aux municipalités sur les tronçons de la route 309 entre Mont-Laurier et Notre-Dame de Pontmain de sorte que les méthodes utilisées soient adéquates et comparables sur l'ensemble du territoire; - priorise dans un avenir rapproché la réfection de la route 309 sur son ensemble en préconisant l'asphaltage des accotements que l'on retrouve au niveau des courbes prononcées. Que la Société de l'assurance automobile du Québec, via les cours de conduite, mette de l'emphase sur les techniques à utiliser lorsqu'un véhicule empiète sur un accotement et que ces techniques soient mises en application dans le cadre de séances pratiques.
DATE DES DÉCÈS : 21.02.95			
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Ministère des Transports Société de l'assurance automobile du Québec			

NUMÉRO : 21 Véhicule à moteur - Conducteur	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-99856 81666 A-99858 81660	<p>Tôt en matinée, par un temps brumeux et sur une chaussée mouillée, une collision survient entre une voiture et un camion remorque sur la rue principale à Notre-Dame-de-Lourdes. Le camion effectuait alors une manoeuvre de recul dans une cour privée. C'est au moment où le camion s'est retrouvé en position perpendiculaire (jack-knife) que la collision s'est produite.</p>	<p>Que la Société de l'assurance automobile du Québec, de concert avec ses partenaires de l'industrie (telle l'Association du camionnage du Québec) vise à approfondir sa campagne de visibilité des camions lourds.</p>
DATE DES DÉCÈS : 29.04.95	<p>Selon toute vraisemblance, la conductrice de la voiture n'a pas vu la remorque qui obstruait le passage considérant plutôt que l'ensemble du poids lourd se retrouvait dans la voie opposée. Il est de plus possible qu'elle ait subi un certain éblouissement par les phares du tracteur qui lui faisait face.</p>	<p>Que Transports Canada termine l'élaboration des lois et règlements visant l'installation de bandes réfléchissantes sur les nouveaux camions lourds.</p>
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Société de l'assurance automobile du Québec Transports Canada Association du camionnage du Québec Bureau d'assurance du Canada Ministre déléguée à l'Administration et à la Fonction publique et Présidente du Conseil du Trésor	<p>Après investigation, il semble évident que si la remorque avait été munie de bandes réfléchissantes, la conductrice aurait pu apercevoir plus tôt le véhicule lourd et ainsi réagir plus rapidement pour éviter la collision.</p>	<p>Que la Société de l'assurance automobile du Québec considère la possibilité de défrayer le coût des bandes réfléchissantes à être ajoutées sur les camions fabriqués avant la législation.</p> <p>Que l'Association du camionnage du Québec continue la sensibilisation auprès de ses membres aux bénéfices des bandes réfléchissantes (études coûts/bénéfices, rapports accidents, etc.).</p> <p>Que le Bureau d'assurance du Canada voie à ce que les assureurs de camions lourds envisagent la possibilité de diminuer les primes d'assurances des camions portant des bandes réfléchissantes.</p> <p>Que la ministre déléguée à l'Administration et à la Fonction publique et Présidente du Conseil du Trésor voie à ce tous les ministères, organismes et sociétés para-gouvernementales priorisent l'application de bandes réfléchissantes sur leurs véhicules lourds dans un geste de respect pour la vie des citoyens.</p>



NUMÉRO : 22 Véhicule à moteur - Conducteur	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-100844 82007 A-105341 82566 A-100845 82016 A-105342 82573	<p>Une collision entre deux voitures fait quatre victimes sur l'autoroute 40 ouest à Lanoraie. L'accident est survenu après que la conductrice de l'une des voitures impliquées se soit engagée en sens inverse sur l'autoroute en question.</p> <p>La conductrice à l'origine de l'accident venait de passer la soirée à fréquenter différents bars. Selon des témoins, elle était en état d'ébriété et sous l'influence de la drogue au moment où elle a pris la route. Incidemment, cet accident soulève toute la problématique entourant les responsabilités des citoyens et des tenanciers de bars à l'égard des personnes qui prennent la route en état d'ébriété.</p>	<p>Que la Régie des alcools, des courses et des jeux fasse parvenir - dans le cadre d'un envoi massif - à tous les détenteurs de permis d'alcool, un article rédigé par M^e Luc Dignard et qui porte, entre autres, sur le refus d'accès aux personnes en état d'ébriété, le rappel aux employés que la loi interdit de servir de la boisson à un client en état d'ébriété, et l'importance de donner des directives précises (par écrit) aux employés concernant les clients aux facultés affaiblies ou en état d'ébriété.</p>
DATE DES DÉCÈS : 22.05.95		<p>Que le ministère de la Sécurité publique, en collaboration avec la Régie des alcools, des courses et des jeux examine des moyens plus efficaces permettant de transmettre à la Régie les informations nécessaires à l'application des lois concernant les permis de tenanciers de bar et cueillies par les agents de la paix suite aux accidents de la route, de sorte que la Régie revoie l'histoire de ces accidents et approfondisse - si nécessaire - son investigation dans les établissements concernés.</p>
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Régie des alcools, des courses et des jeux Ministère de la Sécurité publique Association des brasseurs du Québec Association des distillateurs du Québec Association des microbrasseries du Québec Associations des vigneurs du Québec Association des détaillants en alimentation du Québec Société des alcools du Québec Société de l'assurance automobile du Québec Conseil de presse du Québec		<p>Que les brasseurs et distillateurs (Association des brasseurs du Québec, Association des distillateurs du Québec, Association des microbrasseries du Québec, Associations des vigneurs du Québec, Association des détaillants en alimentation du Québec et Société des alcools du Québec) se penchent spécifiquement sur la publicité qui est faite par ces différentes organisations, afin d'y inclure des éléments de conscientisation des utilisateurs face aux dangers de l'alcool (en plus de favoriser des opérations comme «nez rouge», de «conducteur désigné», ces associations doivent trouver les moyens pour impliquer des groupes (ou encore mieux leur organisme) sur une base permanente afin de conseiller, d'aider et d'assister les citoyens ivres dans leurs actions publiques).</p> <p>Que la Société de l'assurance automobile du Québec s'implique davantage dans la lutte contre les drogues.</p> <p>Que les médias incitent par tous les moyens les citoyens à se responsabiliser devant l'abus d'alcool et de drogues, et que le Conseil de presse du Québec analyse la possibilité de créer un sous-comité afin de soumettre à ses membres un cadre d'intervention en ce sens.</p>

NUMÉRO : 23 Véhicule à moteur - Conducteur	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
<p>AVIS/DOSSIER : A-106446 77423 A-106448 77393 A-106447 77392</p> <p>DATE DES DÉCÈS : 12.07.94</p>	<p>Une collision entre deux voitures fait trois victimes sur la route 132 dans la municipalité de Pointe-à-la-Croix, à environ trois kilomètres à l'ouest de l'intersection de la route 132 et de La Gaspésienne est. L'accident est survenu au cours d'une chasse à l'homme effectuée par des policiers de la Sûreté du Québec.</p> <p>La personne qui était poursuivie avait fait l'objet d'une arrestation dans les heures qui ont précédé l'accident par des agents de la Sûreté du Québec du poste de New-Richmond. Suite à son arrestation, le prévenu avait démontré certains malaises qui pouvaient laisser croire à un sevrage d'héroïne. Devant son état, il a donc été conduit au Centre hospitalier de Baie-des-Chaleurs pour y être examiné. Après différents examens, le prévenu a réussi à échapper à l'attention de la seule policière qui le surveillait. Il a profité de la configuration des lieux (salle au niveau du sol) et du fait qu'il a pu barrer la porte de la salle où il se trouvait, pour fracasser une vitre et s'enfuir. Il a par la suite subtiliser une voiture pour finalement être l'objet d'une chasse à l'homme, qui s'est cependant terminée par une collision frontale avec un autre véhicule lors d'une manoeuvre de dépassement.</p> <p>Parmi les éléments qui caractérisent cet événement, il y a d'abord le fait que le prévenu n'a pas fait l'objet d'une évaluation formelle en ce qui a trait au danger ou à l'agressivité qu'il pouvait présenter. Par ailleurs, la policière qui gardait le prévenu était seule (son confrère ayant quitté pour aller souper) et n'avait pas de moyen de communication autre que le téléphone de l'hôpital pour demander assistance, en cas de besoin. De même, elle ne disposait pas de véhicule pour partir à la poursuite de l'évadé.</p>	<p>Que les autorités du Centre hospitalier de Baie-des-Chaleurs mette à la disposition du personnel de l'Urgence et en un lieu connu et sécuritaire, une clé pouvant, si nécessaire, permettre de débarrer rapidement la salle des consultants.</p> <p>Que la Sûreté du Québec, pour les individus sous mandat d'arrestation mais dont on doit assurer la garde dans un milieu médical, étudie la possibilité de déterminer certains critères permettant d'évaluer le degré d'agressivité et de dangerosité de ces individus, de façon à mieux cerner le type de surveillance requise.</p> <p>Que la Sûreté du Québec, suite à l'utilisation d'un nouveau système de communication qui consiste en des radios-portatifs, s'assure que lorsqu'un policier assume la garde d'un détenu, que son radio-portatif soit opérationnel en tout temps (ainsi, si le policier ne peut avoir à sa disposition un véhicule de police, que rapidement d'autres confrères soient en mesure d'apporter de l'aide).</p>
<p>ORGANISME(S) VISÉ(S) :</p> <p>Centre hospitalier de Baie-des-Chaleurs Sûreté du Québec Association des Hôpitaux du Québec</p>	<p>Bien qu'un individu qui se retrouve à l'hôpital soit sujet à de multiples examens, les policiers devraient toujours être en mesure d'intervenir rapidement, tout particulièrement si un détenu peut s'enfermer à l'intérieur d'une pièce en barrant la porte. Ainsi, il ne devrait pas se répéter des événements comme ceux qui se sont produits au cours de cette évasion à savoir qu'il a fallu attendre de longues minutes avant que le gardien de sécurité de l'hôpital ne soit disponible pour débarrer la porte.</p>	<p>Que l'Association des Hôpitaux du Québec voie à sensibiliser l'ensemble des hôpitaux afin que lorsqu'un détenu y est gardé par un ou des policiers, le personnel s'assure que les pièces utilisées pour ces détenus puissent être débarrées très rapidement (ce qui permettra aux policiers d'intervenir le plus rapidement et le plus efficacement possible lorsqu'une urgence se présente, de manière à assurer une meilleure protection du détenu et de la population en général).</p>

NUMÉRO : 24 Véhicule à moteur - Conducteur	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-107843 83532	<p>Une collision entre deux voitures à l'intersection du rang 7 et du chemin Kavanagh à Saint-Jovite fait une victime. L'un des conducteurs qui était en état d'ébriété et qui circulait sur le rang 7 n'a pas fait un arrêt obligatoire à l'intersection. Il a par la suite heurté la voiture qu'occupait la victime.</p> <p>Outre la conduite avec facultés affaiblies, notons que la visibilité de la signalisation pour les automobilistes circulant sur le rang 7 laisse à désirer. Entre autres, des arbres obstruent la vue des conducteurs à l'approche de l'intersection. De plus, on constate qu'il s'agit d'un endroit où la vitesse est souvent élevée, aux dires des personnes qui résident à proximité.</p>	<p>Que la paroisse de Saint-Jovite s'assure que les panneaux de signalisation sur le rang 7 à la hauteur du chemin Kavanagh soient visibles, c'est-à-dire que les arbres soient émondés en conséquence et que les panneaux soient déplacés pour être plus près de la rue.</p> <p>Que la ville de Saint-Jovite et la paroisse de Saint-Jovite travaillent ensemble afin d'installer des signaux d'arrêt aux quatre coins de cette intersection.</p> <p>Que la Sûreté du Québec (poste de Sainte-Agathe) et la Sûreté municipale de Saint-Jovite intensifient les patrouilles dans ce secteur.</p>
DATE DU DÉCÈS : 09.04.95		
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Municipalité de Saint-Jovite Paroisse de Saint-Jovite Sûreté du Québec (Sainte-Agathe) Sûreté municipale de Saint-Jovite		

NUMÉRO : 25 Véhicule à moteur - Passager	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-88995 75042	<p>Un individu décède des suites d'une collision frontale entre deux voitures survenue à l'intersection de la route 309 et du chemin Deschênes, à l'Ange-Gardien. Le conducteur du véhicule qui a heurté celui qu'occupait la victime a perdu le contrôle en raison d'une manoeuvre de freinage sur une chaussée glissante.</p> <p>Après la collision, la victime a été transportée au Centre hospitalier de Buckingham. Devant l'étendue de ses blessures et le peu d'unités de sang disponibles, un transfert vers un autre centre a été demandée. Toutefois, deux hôpitaux de la région ont refusé le patient qui a finalement dû être dirigé vers l'Hôpital Général d'Ottawa, où il est finalement décédé.</p> <p>Bien que le retard au plan du transfert n'ait pas eu de conséquences directes sur le décès, il appert que les problèmes liés aux transferts entre centres hospitaliers se produisent régulièrement dans cette région. Une tentative d'organisation d'une politique de transferts avec les hôpitaux d'Ottawa est actuellement en cours, mais n'avait pas encore été finalisée en janvier 1995.</p>	<p>Que les centres hospitaliers de la région de l'Outaouais (Centre hospitalier de Buckingham, Centre hospitalier régional de Gatineau, Centre hospitalier de Gatineau, Centre hospitalier Gatineau Memorial, La Corporation du Centre hospitalier de Maniwaki, l'Hôpital communautaire du Pontiac inc.) voient à réviser, si nécessaire, la politique de transfert actuelle et qu'elle soit appliquée avec le plus de rigueur possible.</p>
DATE DU DÉCÈS : 09.01.94		
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Centre hospitalier de Buckingham Centre hospitalier régional de Gatineau Centre hospitalier de Gatineau Centre hospitalier Gatineau Memorial Corporation du Centre hospitalier de Maniwaki Hôpital communautaire du Pontiac inc.		

NUMÉRO : 26 Véhicule à moteur - Passager	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-96136 78689	<p>Une collision entre une voiture et une fourgonnette fait une victime à l'intersection de la rue Principale (3è Rang Ouest) et de la route 137, à Sainte-Cécile de Milton. Après avoir fait son arrêt obligatoire, le conducteur de l'automobile s'est engagé sur la route 137 sans apercevoir l'autre véhicule qui arrivait de la droite et qui n'a pu freiner à temps.</p> <p>À noter que trois gros arbres sur la propriété située sur le coin de la rue Principale et de la route 137 peuvent avoir caché l'arrivée de la fourgonnette.</p>	<p>Que le ministère des Transports ainsi que la municipalité de Sainte-Cécile de Milton étudie la possibilité d'émonder ou d'abattre un ou des arbres situés à l'intersection en question, de façon à la dégager en tout temps.</p>
DATE DU DÉCÈS : 28.06.94		
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Ministère des Transports Municipalité de Sainte-Cécile de Milton		

NUMÉRO : 27 Véhicule à moteur - Passager	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-96626 77120	<p>Une collision frontale entre deux voitures fait une victime sur la 25ième avenue, à Saint-Eustache. L'accident est survenu après que le conducteur de l'un des véhicules impliqués ait débordé dans la voie inverse alors qu'il négociait une courbe prononcée.</p> <p>À l'endroit de l'accident, la vitesse est limitée à 35 km/h en raison de la forte courbe. Par ailleurs, même si la pente penche vers l'intérieur, elle donne l'apparence de faire le contraire, ce qui donne de faux signaux aux conducteurs non avertis ou peu familiers avec les lieux. De 1993 à 1995, on a dénombré onze accidents avec blessés à cet endroit.</p>	<p>Que la ville de Saint-Eustache procède à l'étude des modifications possibles en vue d'améliorer l'aspect physique de la courbe située sur la 25ième avenue près de l'intersection de la rue Côte Croisée.</p> <p>Que le ministère des Transports procède à l'évaluation de ladite courbe et fasse des suggestions à la municipalité de Saint-Eustache en vue de sécuriser cette portion de route.</p> <p>Que la Sûreté municipale de la ville de Saint-Eustache continue à superviser étroitement cet endroit en vue de prévenir d'autres décès semblables en attendant que la municipalité et le ministère des Transports fassent leurs recommandations.</p>
DATE DU DÉCÈS : 28.06.94		
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Ville de Saint-Eustache Ministère des Transports Sûreté municipale de Saint-Eustache		

NUMÉRO : 28 Véhicule à moteur - Passager	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-99103 78841 A-99104 78842	<p>Un accident de la circulation fait deux victimes sur le Chemin Saint-Louis à Sillery.</p> <p>En tentant de se ranger dans la voie de gauche après avoir dépassé une automobile, le conducteur de la voiture dans laquelle prenaient place les deux victimes a perdu le contrôle de son véhicule. Celui-ci traversa rapidement le terre-plein, heurta un arbre, entra en collision avec l'arrière d'un véhicule taxi qui circulait en sens inverse, se dirigea vers un mur de ciment, puis s'immobilisa finalement 400 pieds plus loin après avoir effectué plusieurs tonneaux. Les deux victimes furent éjectées du véhicule. Au moment de l'événement, il a été établi que la voiture circulait à une vitesse approximative de 135 km/h alors que la limite permise était de 50 km/h.</p> <p>Les cinq jeunes revenaient d'une soirée passée dans différents bars de Québec. Outre les deux personnes décédées qui démontraient un taux d'alcoolémie supérieur à la limite légale, le conducteur a fait l'objet d'une accusation pour conduite en état d'ébriété.</p> <p>Cet accident soulève à nouveau toute la problématique de la conduite avec facultés affaiblies chez les jeunes. Différentes solutions existent pour prévenir de telles événements dont celle du conducteur désigné. Cependant, pour qu'une telle habitude s'enracine et qu'elle fasse partie de nos moeurs, il y a un bon bout de chemin à faire. En ce sens, une publicité continue devrait être amorcée immédiatement.</p>	<p>Que le ministère de l'Éducation intensifie la publicité dans les divers milieux pédagogiques concernés (2^e secondaire et plus, cégepiens, universitaires), relativement aux dangers de l'alcool au volant, et la nécessité incontestable de décider d'un conducteur désigné lorsqu'un party de jeunes est prévu.</p> <p>Que la Régie des alcools, des courses et des jeux mette en place de la publicité à propos de la modération et de l'importance de choisir un conducteur désigné lors de l'émission de permis d'alcool dans les bars.</p> <p>Que la Société de l'assurance automobile du Québec reprenne la publicité sur l'alcool au volant en insistant sur l'importance de choisir préalablement un conducteur désigné lorsque des jeunes organisent une fête quelconque.</p>
DATE DES DÉCÈS : 14-10-94		
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Ministère de l'Éducation Régie des alcools, des courses et des jeux Société de l'assurance automobile du Québec		

NUMÉRO : 29 Véhicule à moteur - Passager	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-99133 80242	<p>Une collision entre une voiture et une ambulance fait une victime sur la route 132 à l'Isle-Verte. Une distraction ou une perte de contrôle de la part de l'ambulancier à l'approche d'une légère courbe serait à l'origine de la collision.</p> <p>Au moment de l'accident, l'ambulance effectuait en urgence le transfert de la victime du Centre hospitalier de Trois-Pistoles vers le Centre hospitalier régionale du Grand-Portage en raison de crises épileptiques répétées. Outre la victime qui était couchée sur une civière, on retrouvait à bord de l'ambulance la mère de celle-ci ainsi que deux ambulanciers et une infirmière. Seul la mère portait sa ceinture de sécurité au moment de l'impact qui est survenu à une vitesse de l'ordre de 130 km/h. Par ailleurs, il n'y avait aucun mécanisme de retenu du patient sur la civière qui aurait ainsi évité que celui-ci ne se fracture la colonne cervicale en chutant au moment de l'impact.</p>	<p>Que la Conférence des Régies régionales et, de façon plus spécifique, la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mettent sur pied de façon opérationnelle des normes et protocoles précis de déplacement des véhicules ambulanciers selon les conditions cliniques du patient; - voient à ce qu'ils soient connus de toutes les compagnies ambulancières; - s'assurent régulièrement que tous les ambulanciers les respectent; - dispensent à tous les conducteurs ambulanciers des cours de conduite sécuritaire afin de bien maîtriser ces types de véhicule et de pouvoir se déplacer avec le minimum de risque dans les situations d'urgence. <p>Que le Collège des médecins du Québec et l'Association des médecins d'urgence du Québec voient à sensibiliser adéquatement tous les médecins, principalement ceux qui demandent des transports ambulanciers, à l'importance de bien préciser le type de transport sollicité, et de connaître les implications éventuelles que peut avoir un transport en mode urgent.</p> <p>Que la compagnie Ambulances Pro-Médic de Trois-Pistoles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - rappelle régulièrement à tous ses employés l'importance du port de la ceinture de sécurité lors de leur travail; - insiste sur la nécessité d'utiliser tous les moyens pouvant être mis à sa disposition afin de faciliter la concentration du conducteur, et ce davantage lors d'un transport en mode urgent. <p>Que la ministère de la Santé et des Services sociaux revoie l'équipement obligatoire à bord d'un véhicule ambulancier afin d'y considérer l'ajout de moyens plus efficaces pour immobiliser les patients (bandoulières d'épaule, matelas coquille, etc).</p>
DATE DU DÉCÈS : 18-01-95		
<p>ORGANISME(S) VISÉ(S) :</p> <p>Conférence des Régies régionales Régie régionale du Bas-Saint-Laurent Collège des médecins du Québec Association des médecins d'urgence du Québec Ambulances Pro-Médic de Trois-Pistoles Ministère de la Santé et des Services sociaux</p>		

NUMÉRO : 30 Véhicule à moteur - Passager		DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-99571 79003 A-99572 78870		Une collision entre deux voitures fait deux victimes à l'intersection de la route 221 et de la route 209, à la hauteur de Saint-Rémi. Le conducteur de l'un des véhicules a omis d'effectuer un arrêt obligatoire pour continuer sa route et percuter l'autre véhicule. Les deux victimes étaient passagères de la voiture qui ne s'est pas arrêtée. Il s'agissait de touristes américains qui n'étaient pas familiers avec la région. Le conducteur de ce véhicule roulait plus vite que la limite permise dans la mesure où il aurait mépris l'indication 50 km/h pour 50 m/h. De plus, il n'aurait pas su interpréter la signalisation «Arrêt». La situation vécue ici s'est produite à quelques reprises depuis 1992.	Que le ministère des Transports voie:
DATE DES DÉCÈS : 19-10-94			- à l'installation de panneaux de signalisation bilingues à l'intersection en question compte du fait qu'il s'agit d'un secteur fréquemment emprunté par des visiteurs américains;
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Ministère des Transports			- à l'installation de feux de circulation à ladite intersection.

NUMÉRO : 31 Véhicule à moteur - Passager	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-105657 82707 A-105658 82708	<p>Une collision entre une voiture et un train du Canadien National au passage à niveau situé sur la route 298 à Luceville (au point millière 113.65 de la subdivision de Mont-Joli), fait deux victimes.</p> <p>L'accident est survenu à un moment de la journée où l'ensoleillement aurait pu empêcher la conductrice de voir les signaux lumineux indiquant le passage du convoi. Par contre, d'autres éléments ont pu contribuer à cet événement comme l'absence de barrières et la position des feux lumineux situés en hauteur. À ce sujet justement, le Canadien National n'avait pas procédé à l'amélioration de la signalisation à cet endroit, bien que les sommes nécessaires au réaménagement avaient été allouées.</p>	<p>Que Transports Canada voie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à ce que malgré l'octroi de budgets pour l'amélioration de la sécurité au passage à niveau de Luceville, à prioriser spécifiquement le dossier de barrières de sécurité au passage de la voie ferrée et de la route 298 (étant donné l'historique de cet endroit et ce, en ne tenant pas compte du fait qu'il ne rencontre pas la norme de conflit vectoriel présumé); - à s'assurer de la concrétisation des travaux d'amélioration des passages à niveau, lorsque des budgets sont spécifiquement octroyés en ce sens.
DATE DES DÉCÈS : 07.07.95		<p>Que le ministère des Transports du Québec priorise spécifiquement ce dossier de barrières de sécurité au passage à niveau de la route 298 dans leur programmation des travaux pour l'année 1996-97, et de le prioriser de façon très significative dans le contexte des autres priorités retenues et des disponibilités budgétaires.</p>
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Transports Canada Ministère des Transports Canadien National		<p>Que le Canadien National :</p> <ul style="list-style-type: none"> - continue de prioriser le dossier des barrières de sécurité pour le passage à niveau de Luceville au point millière 113.65 de la subdivision de Mont-Joli et s'assure qu'elles soient posées dans les plus brefs délais; - fasse en sorte que des mesures soient prises afin que l'installation de systèmes de sécurité soit faite de façon diligente lorsqu'elle a été jugée nécessaire et que les budgets sont accordés; - fasse en sorte qu'en attendant que cette barrière de sécurité soit installée, de s'assurer de mesures de déneigement efficace afin de favoriser une visibilité satisfaisante pour les voitures arrivant à cette voie ferrée; - poursuive les vérifications et les contrôles des systèmes de sécurité en place de façon rigoureuse.

NUMÉRO : 32 Véhicule à moteur - Passager	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-107856 82529	<p>Un accident de la route fait une victime sur la route 370 (aussi appelée le Chemin de Sainte-Marguerite) au niveau de la côte appelée communément la Côte du Alpine, dans le village de Sainte-Adèle. L'accident est survenu après que le véhicule qu'occupait la victime se soit mis à déraiper dans une section qui côtoie une future voie de service, au moment où un orage important avait drainé du gravier et du sable sur la chaussée, la rendant extrêmement glissante.</p> <p>Depuis trois ans, le ministère des Transports aménage en effet à cet endroit une voie de dépassement. Toutefois, le même problème survient à chaque fois qu'il y a une ondée, c'est-à-dire que le drainage de la future voie de service, actuellement sur le concassée et la terre, s'effectue mal vers le fossé temporaire et prend la direction de la route, rendant cette dernière dangereuse. Le phénomène en question était bien connu du contracteur responsable des travaux et des autorités du ministère.</p> <p>Outre le problème soulevé précédemment, le coroner a constaté d'autres facteurs qui ont caractérisé ce décès. D'abord, on doit noter la lenteur des travaux. En effet, les travaux effectués sur une distance de 1 km ont été ponctués de malentendus entre l'entrepreneur et le ministère. À cet égard, des démarches de la part des autorités municipales avaient été faites afin que le chantier soit terminé le plus tôt possible. Également, on notait sur le site une signalisation inadéquate, un éclairage dans la côte à toute fin pratique absente, la présence de concassé et de terre sur la route, et la mauvaise localisation d'un ponceau de béton, soit exactement à l'emplacement où les automobiles doivent invariablement aboutir, s'il y a perte de contrôle au bas de la côte. Finalement, des problèmes rencontrés pour rejoindre l'entrepreneur en cause par l'intermédiaire du ministère des Transports ont caractérisé les communications. De nombreux intervenants au ministère ont été parties à ce dossier. Des problèmes similaires ont été observés au moment où les personnes impliquées dans l'entretien des routes au ministère ont été contactées pour corriger la situation créée par les pluies importantes. Bref, des délais appréciables ont été observés.</p>	<p>Que le ministère des Transports :</p> <ul style="list-style-type: none"> - voie à l'amélioration de ses moyens de communication en diminuant le nombre d'intervenants utiles (qu'il soit possible de rejoindre seulement les décideurs qui devraient se rendre sur les lieux pour évaluer le problème, et par la suite rejoindre les opérateurs de machinerie); - mette tout en oeuvre pour que les travaux soient terminés tel que promis, soit autour du 15 septembre 1995 (car c'est le seul moyen de régler définitivement le problème de drainage de la route et des dangers reliés à la construction).
DATE DES DÉCÈS : 25.06.95		
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Ministère des Transports		

NUMÉRO : 33 Véhicule à moteur - Motocycliste	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-91393 76580	Un motocycliste décède après avoir perdu le contrôle de sa motocyclette dans une courbe, en raison d'une vitesse excessive.	Que le ministère de la Sécurité publique s'assure que les véhicules de patrouille de tous les corps policiers du Québec, tant municipaux que celui de la Sûreté du Québec, soient munis d'appareils de détection approuvés, de type A.L.E.R.T.
DATE DU DÉCÈS : 16.05.94	Élément caractéristique de ce dossier, une enquête publique a été ordonnée compte tenu du fait que la victime était sous l'influence de l'alcool au moment de l'accident, et qu'elle avait fait l'objet d'une interception par un policier de la Sûreté municipale de Mirabel dans les minutes qui ont précédé. Il appert cependant à la lumière des témoignages, que le policier en cause ne s'est pas suffisamment approché du motocycliste pour sentir une odeur d'alcool, d'autant plus que le même motocycliste aurait tout fait pour bien camoufler son état.	
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Ministère de la Sécurité publique	À la lumière des observations faites, le coroner est d'avis que le policier aurait pu, s'il avait été en possession d'un appareil de détection approuvé, demander au motocycliste de lui fournir immédiatement un échantillon d'haleine; cette opération lui aurait alors fourni le motif raisonnable nécessaire pour sommer l'individu de le suivre au poste de police, pour y subir une analyse d'alcoolémie plus exhaustive.	

NUMÉRO : 34 Véhicule à moteur - Motocycliste	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-92399 77847	<p>Une collision entre une motocyclette et un camion-remorque fait une victime à l'échangeur des routes 20 et 132, au Bic.</p> <p>Au site de l'accident, la transition entre la route 20 et la route 132 se fait par continuité c'est-à-dire qu'il n'y a aucun changement de direction à effectuer pour accéder à la route 132 en direction ouest. Il en va de même pour celui qui veut accéder à la route 20 à partir de la route 132. Cependant, lorsqu'un conducteur décide de poursuivre sur la route 132 (en direction de Rimouski), il doit changer de direction et tourner vers la gauche. Pour ce faire, il doit emprunter une voie d'évitement et attendre que la circulation dans l'autre sens lui permette de passer.</p>	<p>Que le ministère des Transports recoure à l'un des deux scénarios suivants afin de corriger la situation:</p> <p>1er scénario:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la fermeture de la voie permettant aux véhicules circulant sur la route 132 en direction est, pour tourner vers la gauche et continuer sur la route 132; - la construction des voies d'accès entre la Montée Brillant et la route 20, afin de permettre aux véhicules circulant en direction est de pouvoir quitter la route 20 pour avoir accès à la route 132 et de pouvoir permettre aux véhicules circulant sur la route 132 d'avoir accès à la route 20 en direction est (les véhicules circulant sur la route 132 en direction ouest continueraient sur cette route en empruntant le site de la jonction avec la route 20 déjà aménagé); - le devancement des travaux pour aménager la Montée Brillant à la jonction avec la route 20 est l'hypothèse de premier choix, en autant que ces aménagements puissent être faits de façon permanente.
DATE DU DÉCÈS : 10.01.94	<p>Au moment où la victime est arrivée à la fin de la route 20 et qu'elle s'apprêtait à continuer sur la route 132, le poids lourd a obstrué la voie qui devait être utilisée.</p> <p>Bien qu'il s'agisse du premier accident mortel à se produire à ce site, plusieurs accidents importants y sont déjà arrivés. Entre autres, il appert qu'il y ait un nombre trop importants de panneaux de signalisation adressés au conducteur qui circule sur la route 132 en direction est à l'approche de l'intersection des deux routes. En d'autres termes, le conducteur doit alors assimiler, sur une distance d'un kilomètre, de trop nombreux renseignements en peu de temps et peut être distrait par cette somme d'informations.</p>	<p>2ème scénario:</p> <ul style="list-style-type: none"> - une diminution du nombre de panneaux de signalisation sur la route 132 en direction est sur 1 kilomètre précédant le site de l'accident; - une modification des panneaux composés de balises de danger et de contournement d'obstacles qui sont actuellement installées sur les terre-pleins et qui nuisent à la vision des conducteurs qui sont sur la voie d'évitement pour tourner vers la gauche et continuer sur la route 132; - un élargissement des voies sur la route 132 en direction est près du site de l'accident, afin de permettre le passage simultané de deux camion-remorques, de façon plus sécuritaire; - la fermeture du chemin d'accès aux résidences privées tel qu'aménagé actuellement avec la construction d'un accès pour ces résidences, sur le chemin du Complexe sportif; - l'interdiction de toute circulation lourde sur la route 132, sauf pour la circulation locale, et ceci sur toute la distance où sera aménagé la route 20.
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Ministère des Transports		

NUMÉRO : 35 Véhicule à moteur - Motocycliste		DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER :	A-95472 78624	<p>Une collision entre une voiture et une mobylette fait une victime sur la route 265 à Deschaillons.</p> <p>L'accident est survenu au moment où la conductrice de l'automobile qui suivait le cyclomoteur effectuait une manoeuvre pour le doubler. Elle croyait que le conducteur de la mobylette s'apprêtait à tourner à droite alors qu'il effectua la manoeuvre contraire. Il s'agissait d'un adolescent de 15 ans. À noter que le cyclomoteur n'était équipé d'aucun rétroviseur (ce qui aurait pu permettre à la victime d'apercevoir l'automobile avant d'effectuer sa manoeuvre).</p> <p>Par ailleurs, suite à d'autres incidents de cette nature impliquant également des jeunes, le coroner estime maintenant nécessaire que les instances gouvernementales se penchent sur la formation des conducteurs de cyclomoteurs et sur l'âge autorisée pour conduire ce type de véhicule.</p>	<p>Que la Société de l'assurance automobile du Québec revoie l'âge autorisé pour conduire un cyclomoteur à la hausse et la formation requise pour l'obtention d'un permis de conduite de ce type de véhicule.</p>
DATE DU DÉCÈS :	01.10.94		
ORGANISME(S) VISÉ(S) :	Société de l'assurance automobile du Québec		

NUMÉRO : 36 Véhicule à moteur - Motocycliste		DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER :	A-97211 79013	<p>Une collision entre une motocyclette et une voiture fait une victime à l'intersection de la route 153 et du Chemin Saint-Pierre, à Hérouxville. Le conducteur du véhicule qui venait en sens inverse a tenté un virage à gauche pour accéder au Chemin Saint-Pierre, sans pour autant céder le passage au motocycliste.</p> <p>Après investigation, il appert que les panneaux de signalisation situés au centre de la route 153 auraient pu obstrué la visibilité de l'automobiliste et du motocycliste. Par ailleurs, trois accidents dont celui en cause ont eu lieu au même endroit en 1994.</p>	<p>Que le ministère des Transports modifie l'emplacement des panneaux de signalisation situés au centre de la route 153 à la hauteur de l'intersection avec le Chemin Saint-Pierre.</p>
DATE DU DÉCÈS :	24.10.94		
ORGANISME(S) VISÉ(S) :	Ministère des Transports		

NUMÉRO : 37 Véhicule à moteur - Motocycliste		DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER :	A-100763 81680	<p>Une collision entre une motocyclette et une voiture fait une victime. L'accident est survenu à l'angle des routes 125 et 158, à Saint-Esprit. La conductrice de la voiture a omis de céder le passage au motocycliste en omettant d'effectuer complètement un arrêt obligatoire.</p> <p>L'intersection où est survenue la collision est réputée dangereuse. D'abord, il s'agit d'un endroit où la circulation est dense puisqu'il s'agit de deux routes importantes. Par ailleurs, plusieurs automobilistes ont l'habitude de ne pas effectuer l'arrêt obligatoire situé sur la route 158.</p>	<p>Que le ministère des Transports examine le problème relatif à l'intersection des routes 158 et 125 et voie à mettre en place les changements ou les mesures nécessaires pour éviter d'autres accidents de même nature.</p>
DATE DU DÉCÈS :	17.04.95		
ORGANISME(S) VISÉ(S) :	Ministère des Transports		

NUMÉRO : 38 Véhicule à moteur - Motocycliste		DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER :	A-105699 82679	Une collision frontale entre une voiture et une motocyclette fait une victime sur la route 112, à Omerville. La collision est survenue alors que le véhicule automobile s'est retrouvé en travers de la route pour accéder à un commerce situé de l'autre côté d'une voie double. L'endroit où a eu lieu la traverse est fréquemment utilisé par les automobilistes alors que la configuration des lieux ne s'y prête pas, ce qui rend la manoeuvre dangereuse.	Que le ministère des Transports place à l'extrémité ouest du terre-plein sur la route 112 sous le viaduc de l'autoroute 55 sur une distance approximative de 200 mètres, un obstacle physique afin d'entraver la traversée de la chaussée par les véhicules.
DATE DU DÉCÈS :	30.06.95		
ORGANISME(S) VISÉ(S) :	Ministère des Transports		

NUMÉRO : 39 Véhicule à moteur - Motoneigiste		DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER :	A-30304 73722 A-30305 73723	Alors qu'il revient du quai de Saint-Augustin situé à Pointe-à-la-Truite, le conducteur d'une motoneige quitte la piste pour se diriger vers un endroit où la glace n'était pas gelée. Les deux occupants du véhicule se retrouvent alors sous les glaces, emportés par un fort courant. Une forte poudrerie et l'absence de route auraient contribué à la sortie de piste par le conducteur.	Que le ministère des Transports voie à baliser le sentier reliant le village de Saint-Augustin (Pakuashipi) au quai de Pointe-à-la-Truite.
DATE DES DÉCÈS :	23.12.92		
ORGANISME(S) VISÉ(S) :	Ministère des Transports		

NUMÉRO : 40 Véhicule à moteur - Motoneigiste	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-91242 74599 A-91243 74705	<p>Deux motoneigistes décèdent après avoir fait une chute dans un ravin.</p> <p>Les deux motoneiges circulaient en soirée, l'une derrière l'autre, sur le sentier Trans-Québec #23 en direction de Lachute. À la hauteur de Saint-Hermas, les motoneigistes ont traversé la Route 148 et poursuivi leur trajet sur une portion du sentier qui est en ligne droite sur une bonne distance. Au bout de cette ligne droite, on retrouve une courbe assez raide qui permet d'éviter un ravin. Malheureusement, le premier motoneigiste qui ne connaissait pas le tracé a poursuivi sa route pour finalement chuter dans le ravin en question. L'autre motoneigiste qui suivait de près s'est également retrouvé au fond du ravin. Ce n'est que douze heures après l'événement qu'ils seront retrouvés.</p>	<p>Que la Fédération des clubs de motoneige du Québec:</p> <ul style="list-style-type: none"> - s'assure que tous les sentiers de motoneige sous sa juridiction aient une signalisation respectant les «Règlements sur la motoneige»; - sensibilise ses membres au respect des «Règlements sur la motoneige» et de l'importance d'une conduite préventive de ces engins.
DATE DES DÉCÈS : 16.01.94	<p>L'une des victimes est décédée sur les lieux alors que l'autre a pu être rescapée et conduite à l'Hôpital Sacré-Coeur de Montréal. Toutefois, malgré les soins prodigués, celle-ci est décédée quelques jours après une opération chirurgicale.</p> <p>Deux éléments en particulier caractérisent l'événement et le décès de l'un des motoneigistes. D'une part, on note l'absence d'une signalisation ou de balises permettant de délimiter la portion en ligne droite qui précède le courbe en cause. Également, à environ 70 mètres du début de cette même courbe, on retrouve une petite pancarte non-réglementaire avec l'inscription «Danger» (sans indiquer de quel type il s'agit), mais dont les lettres sont en partie effacées par l'usure. Finalement, juste à l'entrée de la courbe, il y a une autre pancarte qui indique un virage à 90 degrés et qui est également non-réglementaire. La flèche est en partie effacée et n'est pas rélectorisée. Considérant la ligne droite qui précède la courbe et qui peut inciter à la vitesse, une signalisation adéquate prend ici toute son importance.</p>	<p>Que l'Hôpital du Sacré-Coeur revoie sa politique concernant les appels d'urgence pour réduire au maximum les délais entre l'appel et l'intervention du médecin (en situation d'urgence).</p>
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Fédération des clubs de motoneige du Québec Hôpital du Sacré-Coeur	<p>D'autre part, le décès survenu au centre hospitalier est caractérisé par un problème de communication. Devant l'état du patient qui s'est détérioré rapidement quelques jours après son admission, l'infirmière en poste au moment du décès a tenté de contacter le médecin de garde en orthopédie, mais sans succès. Ce n'est que sept minutes plus tard qu'elle cherchera à rejoindre le médecin de garde à l'urgence. Le patient décède néanmoins d'un arrêt cardiorespiratoire malgré l'intervention de ce dernier.</p>	

NUMÉRO : 41	Cycliste	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-90691 77043		Un jeune enfant de huit ans décède après avoir été heurté par une automobile. L'accident est survenu à l'intersection de la «route à péton» et du Rang Double (route 204) à Saint-Pamphile.	Que tous les intervenants, que ce soit la Fédération des C.L.S.C. du Québec, l'Association des médecins d'urgence, la Conférence des Régies régionales et le Collège des médecins du Québec, soient saisies de ce dossier afin de parer rapidement à l'ambiguïté qui caractérise les soins de première ligne jusqu'à ce jour.
DATE DU DÉCÈS : 23.06.94		Après la collision, la victime a été conduite au C.L.S.C. des Appalaches où des manoeuvres ont été tentées. Néanmoins, l'enfant présentait toujours des signes de mort clinique. Près de deux heures plus tard, on décide un transfert à l'Hôtel-Dieu de Montmagny où les manoeuvres sont cessées peu de temps après l'arrivée.	
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Fédération des C.L.S.C. du Québec Association des médecins d'urgence Conférence des Régies régionales Collège des médecins du Québec		L'étude de ce dossier par le coroner soulève le problème de fond quant à l'organisation des services d'urgence pré-hospitaliers au niveau des intervenants de première ligne en dehors des centres urbains.	

NUMÉRO : 42	Cycliste	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-97439 78167		Alors qu'il circule sur le boulevard Saint-Luc à Saint-Luc (route 104), un cycliste qui ne portait pas de casque est heurté à la tête par le miroir latéral d'un camion.	Que le ministère des Transports voie à ce que la vitesse sur la route 104 menant au centre-ville de Saint-Luc soit réduite à 70 km/h. Que la ville de Saint-Luc : - se penche sur la faisabilité de mettre en place une piste cyclable sur le tronçon de la route 104 qui mène au centre-ville; - encourage le port du casque protecteur chez ses résidents qui circulent à bicyclette.
DATE DU DÉCÈS : 25.08.94		L'endroit où est survenu l'événement constitue la seule voie disponible pour permettre aux résidents qui demeurent à proximité, de se rendre au centre-ville de Saint-Luc. Incidemment, la route 104 où la vitesse permise est de 90 km/h, est utilisée par plusieurs personnes qui y circulent à pied ou à vélo, sans pour autant qu'il y ait de piste cyclable.	
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Ministère des Transports Ville de Saint-Luc			

NUMÉRO : 43	Piéton	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-86289 78935		Un piéton est heurté par un véhicule automobile alors qu'il traverse le boulevard Gaboury (route 132) face aux Galeries Mont-Joli, à Mont-Joli. La collision est survenue après que la victime se soit arrêtée au centre du boulevard pour laisser passer un véhicule, sans pour autant en apercevoir un second qui suivait.	<p>Que le ministère des Transports:</p> <ul style="list-style-type: none"> - prévoit un éclairage adéquat sur le boulevard en question ou du moins sur la portion du boulevard en cause; - prévoit la mise en place, dans un délai qui soit le plus bref possible, de voies de circulation piétonnières (trottoirs) et de les rendre accessibles, surtout en hiver. <p>Que la Ville de Mont-Joli organise une campagne de sensibilisation auprès de la population à propos de l'obligation de traverser un boulevard aux feux de circulation.</p>
DATE DU DÉCÈS : 20.10.94		C'est le quatrième événement similaire à survenir à cet endroit au cours des dix dernières années. L'éclairage y semble déficient. De plus, aucun trottoir n'existe de part et d'autre du boulevard pour permettre une circulation sécuritaire des piétons.	
ORGANISME(S) VISÉ(S) :			
Ministère des Transports Ville de Mont-Joli			

NUMÉRO : 44	Piéton	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-86291 79811		Alors qu'elle traverse à l'intersection de la rue du Phare Ouest et de l'avenue Saint-Jérôme pour se rendre aux Galeries du Vieux Port à Matane, une personne âgée est heurtée par une voiture. L'accident est survenu en fin de journée alors que la circulation était dense et que le temps était nuageux.	<p>Que la Ville de Matane :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mette en place une campagne de publicité visant à informer la population de l'obligation de traverser une rue ou un boulevard aux feux de circulation; - bloque l'espace entre les blocs de béton, du côté nord du trottoir, en face de la traverse piétonnière peinte sur la chaussée. <p>Que le ministère des Transports :</p> <ul style="list-style-type: none"> - fasse disparaître le tracé de la traverse piétonnière située du côté ouest de la rue Lebel; - considère le recours à des solutions définitives telles l'installation d'une passerelle surélevée ou d'un tunnel piétonnier.
DATE DU DÉCÈS : 17.12.94		Bien que le ministère des Transports ait entrepris l'installation d'un signal lumineux au site de l'accident, le coroner considère que les mesures envisagées sont insuffisantes compte tenu du fait qu'il s'agit d'une route à quatre voies, qu'un nombre important de personnes âgées résident à proximité et que la circulation y est relativement importante.	
ORGANISME(S) VISÉ(S) :			
Ville de Matane Ministère des Transports			

NUMÉRO : 45	Piéton	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-92121 74185		Une adolescente est heurtée par une voiture alors qu'elle traverse la rue Notre-Dame (boul. du Jardin) à proximité de la rue des Acadiens, à Charlesbourg. La collision est survenue au moment où la conductrice du véhicule a tenté d'éviter une autre voiture qui circulait dans la même direction et qui s'apprêtait à emprunter la rue des Acadiens.	<p>Que le ministère de la Sécurité publique:</p> <ul style="list-style-type: none"> - prenne des mesures afin que soient uniformisés les rapports d'enquête de tous les corps policiers afin de pouvoir y retrouver tous les éléments nécessaires au suivi et recommandation lors d'accident impliquant blessés et pertes de vie; - prenne les mesures nécessaires afin que le titulaire d'un permis appreni soit astreint à la tolérance zéro en termes de consommation d'alcool; - voie à ce que la mesure de tolérance zéro s'applique également à tous les jeunes conducteurs de moins de 20 ans; - instaure une formation continue auprès des corps policiers afin d'assurer au public ainsi qu'aux responsables de la protection du public des rapports complets lors d'accidents impliquant blessés et pertes de vie. <p>Que la Sûreté municipale de Charlesbourg utilise le rapport «Enquête Accident» tel qu'utilisé par plusieurs autres corps policiers du Québec et cela afin de rendre la couverture de ces accidents plus complète.</p>
DATE DU DÉCÈS : 17.12.93		À noter que la conductrice impliquée dans cet événement conduisait en vertu d'un permis temporaire et qu'elle avait consommé de la bière peu de temps auparavant. Le taux d'alcool s'est révélé être légèrement inférieur à la limite légale. Dans sa condition, elle aurait dû vraisemblablement laissé sa place à la personne qui l'accompagnait dans la mesure où le type de permis qu'elle possédait exigeait la présence d'un détenteur de permis de conduire en règle et en pleine possession de tous ses moyens.	
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Ministère de la Sécurité publique Sûreté municipale de Charlesbourg		Par ailleurs, aucune mesure n'a été prise par les policiers de Charlesbourg afin de mesurer les aptitudes du passager. Incidemment, le rapport des policiers ne renferme aucune information quant à l'emploi du temps ni des quantités de consommation de boissons alcoolisées prises par le propriétaire du véhicule qui accompagnait la conductrice impliquée.	

NUMÉRO : 46	Piéton	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-97837 78811		Un piéton décède après avoir été heurté par un camion à ordures qui reculait. La victime venait tout juste de rattraper le camion afin d'y jeter ses ordures. Elle a trébuché pour finalement être écrasée par le véhicule en question.	<p>Que le directeur de la Sûreté municipale de Ville de Laval émette une directive à ses policiers quant à l'application rigoureuse de l'article 417.51 du Code de la sécurité routière du Québec.</p> <p>Que la Commission de la santé et de la sécurité du travail détermine des modifications à apporter, dans les sphères de sa compétence, afin d'assurer une meilleure protection de la santé et de la sécurité du travailleur et, par voie de conséquence, celles des autres usagers des voies publiques.</p>
DATE DU DÉCÈS : 10.10.94		À noter la présence sur le marchepied arrière d'un travailleur qui n'a pu cependant prévenir la victime du danger de la situation. Par ailleurs, le conducteur du camion ne respectait pas l'article 417.51 du Code de la sécurité routière à l'effet qu'un véhicule routier ne peut faire marche arrière à moins que cette manoeuvre soit effectuée sans danger. Finalement, d'autres cas similaires ont déjà eu lieu au cours des années précédentes et pour lesquels était soulevée la problématique liée aux véhicules lourds qui effectuent des marches arrières sans prendre toutes les précautions qui s'imposent.	
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Sûreté municipale de Ville de Laval Commission de la santé et de la sécurité du travail			

NUMÉRO : 47		DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER :	A-107945 83024	<p>Une femme qui attend l'autobus à l'intérieur d'un abribus décède après que le conducteur d'une voiture ait perdu le contrôle de son véhicule qui, par la suite, est allé percuter l'abribus en question. La perte de contrôle se serait produite au moment où le conducteur aurait été victime d'une crise d'épilepsie.</p> <p>Actuellement, les mécanismes en place pour évaluer les compétences d'un conducteur à la suite d'une demande des services policiers à l'effet qu'un conducteur fautif soit soumis à un examen médical ainsi qu'à un test de route, afin de déterminer s'il possède encore les capacités essentielles pour la conduite d'un véhicule automobile, font en sorte que le délai maximum accordé en vue de l'examen médical est de l'ordre de 90 jours.</p>	Que la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) :
DATE DU DÉCÈS :	26.07.95		<ul style="list-style-type: none"> - établit une procédure d'urgence lui permettant d'obliger un conducteur à rencontrer un médecin désigné par la SAAQ dans un court délai, lorsque quelqu'un l'avise d'une situation à risque; - annule le délai de quinze jours actuellement accordé suite à un avis de suspension de permis de conduire lorsqu'elle considère qu'un conducteur est inapte à conduire pour des raisons médicales; - communique aux policiers, aux médecins et aux intervenants d'urgence la nouvelle procédure lorsqu'elle sera mise en vigueur.
ORGANISME(S) VISÉ(S) :	Société de l'assurance automobile du Québec		

«AUTRES DÉCÈS ACCIDENTELS»

NUMÉRO : 48		Arme blanche	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER :		A-92946 80893	<p>Un individu suivi en psychiatrie et en psychologie depuis plusieurs mois s'inflige des blessures profonde au cou à l'aide d'un couteau alors qu'il est en délire paranoïde. Suite à son geste, il est conduit au Centre hospitalier Pierre-Boucher où différentes manoeuvres sont effectuées en vue de le soigner.</p> <p>À l'hôpital, diverses évaluations faites par le personnel infirmier font état de pertes de sang lorsque la victime est déplacée. Cependant, les saignements constatés ne sont pas considérés dans leur ensemble, ce qui a amené l'équipe soignante à sous-estimer les pertes sanguines. Le patient a donc peu à peu perdu beaucoup de sang, sans pour autant qu'il y ait un apport plus grand en liquide intraveineux (ou sang). Il s'ensuit éventuellement un état de choc profond. Par ailleurs, comme la région du cou peut appartenir à la fois à la chirurgie générale et à l'oto-rhino-laryngologie (ORL), il semble y avoir eu un ballonnement au moment de référer le patient en ORL, ce qui a pu retarder l'évaluation complète du patient.</p> <p>Somme toute, le patient aurait bénéficié d'une meilleure surveillance clinique, d'un apport plus grand en liquide intraveineux (ou sang) et probablement d'une expertise médicale spécialisée.</p>	<p>Que la directrice des services professionnels, la directrice des soins infirmiers et le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du Centre hospitalier Pierre-Boucher revoient (ou établissent, selon le cas) un protocole d'intervention détaillé pour les patients présentant des saignements ou des plaies au cou (ce protocole devrait, entre autres, être explicite quant à la perte de sang observée, tout en précisant quel consultant est responsable du cas) compte tenu des problèmes de communication évidents qui sont apparus tout au long du suivi de la victime en salle d'urgence.</p> <p>Que la directrice des services professionnels de concert avec l'exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du Centre hospitalier Pierre-Boucher voient à la formation d'un comité de discipline, afin d'étudier les détails des actes posés dans le traitement du présent dossier et de prendre, si cela devient nécessaire, les décisions appropriées considérant le temps pris par les consultants à examiner la victime et à répondre à la demande de consultation de leurs confrères généralistes.</p> <p>Que le syndic du Collège des médecins du Québec procède à l'étude de ce dossier.</p>
DATE DU DÉCÈS :		02-03-95		
ORGANISME(S) VISÉ(S) :		Centre hospitalier Pierre-Boucher Collège des médecins du Québec		

NUMÉRO : 49		Asphyxie	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER :		A-59168 65598	<p>Une personne âgée hospitalisée à l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal pour un syndrome de démence décède d'asphyxie par contention. Elle fut retrouvée à l'extérieur de son lit et assise par terre, attachée à son lit à l'aide d'un gilet de sécurité (style poncho) de marque Laframboise, dans une position telle que la tête était demeurée coincée entre le matelas et la ridelle du lit. Le corps était maintenu par le gilet de sécurité qui remontait à la partie supérieure du thorax et appuyait au niveau du cou.</p> <p>Déjà à quelques reprises, la victime avait réussi à se dégager de son gilet de contention. Par ailleurs, dans le cadre de son investigation, le coroner n'a pu mettre la main sur le gilet en question puisqu'il avait été remis au lavage.</p>	<p>Que la direction du personnel infirmier et infirmière de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - conserve les éléments clefs pouvant servir lors d'une enquête de coroner (dans le cas présent, il aurait été important d'examiner le gilet en question); - utilise d'autres méthodes de contention ou d'observation lorsqu'une méthode s'avère inefficace.
DATE DU DÉCÈS :		01.08.92		
ORGANISME(S) VISÉ(S) :		Hôpital du Sacré-Coeur de Jésus		

NUMÉRO : 50	Asphyxie	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-95121 75248		<p>Une patiente hospitalisée à l'Hôpital Notre-Dame de la Mérci décède d'asphyxie alors qu'elle est sous contention (de marque Ségufix). L'une des ridelles du lit qu'occupait la victime était descendue, ce qui a permis à la victime de glisser et de rester coincée.</p> <p>Après investigation, il appert que la ridelle en question se désamorçait assez souvent (possiblement à la suite de mouvements de la malade) et que la surveillance aurait dû être plus grande étant donné l'état dans lequel se retrouvait la patiente, c'est-à-dire sous contention.</p>	<p>Que la direction de l'Hôpital Notre-Dame de la Mérci:</p> <ul style="list-style-type: none"> - émette des directives à suivre pour chaque classification de bénéficiaires selon leur degré de vulnérabilité, dans la mesure où certains cas sont plus lourds que d'autres et qu'ils requièrent plus d'attention et de soins (personnes non-autonomes); - émette des directives au sujet des bénéficiaires sous contention afin d'assurer leur sécurité au maximum.
DATE DU DÉCÈS : 21-02-94			
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Hôpital Notre-Dame de la Mérci			

NUMÉRO : 51	Asphyxie	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-96379 79426		<p>Une patiente du Centre hospitalier Robert-Giffard est retrouvée sans vie au moment où elle était en isolement complet, souffrant d'une schizophrénie paranoïde dangereuse pour les autres. Le décès est attribuable à une asphyxie (obstruction du larynx par des matières alimentaires).</p> <p>En soirée, des visites régulières ont été effectuées par le personnel infirmier, tel que le stipule le protocole de soins lors d'isolement simple. Cependant, entre 20h00 et 21h00 (moment de la découverte de la victime), aucune visite n'a été notée au dossier.</p>	<p>Que le chef du département de psychiatrie du Centre hospitalier Robert-Giffard établisse des normes quant à la durée maximale d'isolement d'un bénéficiaire (lorsque cette durée maximum établie aura été atteinte, d'autres alternatives tel un transfert devraient aussitôt être envisagées).</p> <p>Que le directeur des soins infirmiers du Centre hospitalier Robert-Giffard voie à une application stricte des règlements retrouvés dans le procédé de soins infirmiers lors d'isolement, surtout en ce qui a trait à la fréquence des visites en chambre d'isolement.</p>
DATE DU DÉCÈS : 20.11.94			
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Centre hospitalier Robert-Giffard			

NUMÉRO : 52	Asphyxie	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-97708 77817		<p>Un bénéficiaire du Centre d'hébergement et de soins de longue durée Gouin inc., décède après s'être étouffé accidentellement avec de la nourriture. Malgré les diverses manoeuvres qui ont permis d'extirper du pain, la victime est décédée à son admission au Centre hospitalier Fleury.</p> <p>Bien qu'il s'agisse d'une mort de nature violente, le coroner n'a été contacté que quatre jours après le décès.</p>	<p>Que le directeur des services professionnels du Centre hospitalier Fleury voie à émettre un avis à tous les médecins oeuvrant au sein de l'institution de l'obligation de déclarer au coroner tout décès par mort violente.</p>
DATE DU DÉCÈS : 08.05.94			
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Centre hospitalier Fleury			

NUMÉRO : 53		Asphyxie	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER :		A-107807 82630	<p>Un individu en état d'ébriété avancé décède après s'être étouffé avec de la nourriture alors qu'il se retrouvait dans un restaurant de la chaîne Nickels. Aucune manoeuvre n'a été tenté par le personnel en place ou par les clients présents.</p> <p>Il est connu depuis longtemps que les gens ivres sont à plus grand risque d'aspirer de la nourriture lors d'un repas. Dans de telles situations, le recours à la manoeuvre de Heimlich est nettement conseillé, ce qui n'a pas été fait dans le présent cas.</p> <p>Par ailleurs, il semble aussi évident que les gens qui ont plus de chances de rencontrer ce type d'urgence sont les employés d'établissements hôteliers et de restaurants détenteurs de permis d'alcool. Ces employés devraient donc avoir la formation nécessaire afin de reconnaître les signes de détresse respiratoire et ainsi voir à appliquer, dès que possible, la manoeuvre en question.</p>	<p>Que la chaîne de Restaurants Nickels :</p> <ul style="list-style-type: none">- s'assure que les signes et symptômes de l'asphyxie alimentaire soient connus de tout son personnel;- voie à ce que son personnel soit formé à porter plus d'attention aux clients en état d'ébriété;- voie à ce que tous les établissements affichent une carte de premiers soins sur laquelle la manoeuvre de Heimlich est décrite. <p>Que l'Association des hôteliers et restaurateurs du Québec poursuive la sensibilisation de ses membres à la technique de Heimlich.</p> <p>Que le ministère de l'Éducation s'assure que les dangers d'aspiration alimentaire soient connus des étudiants dans les différentes écoles d'hôtelleries de la province.</p>
DATE DU DÉCÈS :		07.01.95		
ORGANISME(S) VISÉ(S) :				
Restaurants Nickels Association des hôteliers et restaurateurs du Québec Ministère de l'Éducation				

40

NUMÉRO : 54		Asphyxie	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER :		A-107818 83173	<p>Une femme souffrant de troubles psychiatriques est retrouvée décédée dans son logement. Après avoir fait une chute, la victime s'est retrouvée couchée à plat ventre en ayant sa tête appuyée contre la porte. Demeurée inconsciente dans cette position, elle se serait par la suite asphyxiée progressivement en raison du mauvais positionnement.</p> <p>Ce décès est caractérisé par une gestion particulière de la victime au moment où elle était suivie en externe à l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme, pour des problèmes d'ordre psychiatrique. Entre autres, des problèmes de communication entre les différents intervenants concernés et la famille ont mené à différents problèmes en regard du suivi et de la continuité des soins. En ce sens, un jugement de cour pour évaluation a même dû être délivrée. Encore une fois, un problème de communication est apparu.</p>	<p>Que le directeur général et le directeur des services professionnels de l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme s'assurent du fonctionnement optimal du service de psychiatrie, en particulier en ce qui a trait aux soins externes.</p> <p>Que le directeur des services professionnels et le chef du service de psychiatrie de l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme s'assurent :</p> <ul style="list-style-type: none">- qu'un protocole clair et compris de l'évaluation d'une ordonnance de cour soit mis en place;- que ce protocole assure que le fonctionnement social de l'évalué soit connu;- que ce protocole indique que les motifs de l'ordonnance soient aussi connu du médecin évaluateur, et que les personnes ressources soient informées qu'elles pourront être contactées;- que ce protocole contienne également un élément de suivi afin que le médecin traitant - si tel est le cas - soit informé qu'une ordonnance d'évaluation psychiatrique a été exécutée. <p>Que le juge coordonnateur de la Cour du Québec à Saint-Jérôme fasse en sorte que les éléments identifiés lors de la requête pour l'ordonnance d'évaluation psychiatrique soient connus du psychiatre.</p> <p>Que le chef du service de psychiatrie de l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme s'assure, à l'aide de rencontres planifiées, que les organismes tels que Harfang des Neiges, l'Association Laurentienne des parents et amis du malade mental, le Centre d'intervention Le Faubourg et le Centre Florès soient connus de son personnel.</p>
DATE DU DÉCÈS :		11.08.95		
ORGANISME(S) VISÉ(S) :				
		Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme Juge coordonnateur de la Cour du Québec à Saint-Jérôme		

NUMÉRO : 55		Asphyxie	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER :		A-107838 83435	<p>Un individu décède à son arrivée au Centre hospitalier Jean-Talon d'un oedème cérébral suite à une aspiration bronchique.</p> <p>Différents facteurs ont caractérisé ce décès. D'abord, les premiers signes d'asphyxie se sont manifestés à la résidence de la victime. Après avoir contacté les services de la Corporation d'urgences-santé de la région de Montréal Métropolitain (Urgences-Santé), une ambulance et une voiture avec médecin furent dirigées sur les lieux. Cependant, le médecin est arrivé près de quatre minutes avant les ambulanciers, ce qui n'aurait pas dû l'empêcher de poser certains gestes dont une intubation et l'installation d'une ligne intraveineuse. De même, au cours du transport, la victime a fait un arrêt cardiorespiratoire. Les ambulanciers n'ont pu cependant installer une entrée veineuse puisqu'ils n'ont pas compétence en cette matière. Finalement, il a été possible de constater que la notion d'assurance qualité en regard des services qu'offrent Urgences-Santé ne semble pas bien comprise. L'évaluation d'un dossier ne se fait pas en mettant en interaction les différents intervenants concernés.</p>	<p>Que le Directeur des services professionnels, aidé de l'exécutif du Conseil des médecins et pharmaciens d'Urgences-Santé, voie à la formation d'un comité de discipline afin d'étudier en détails les actes posés dans le traitement de ce dossier et prenne, si cela devient nécessaire, les actions appropriées.</p> <p>Que le Collège des médecins du Québec soumette ce dossier au syndic afin qu'il en fasse l'étude approfondie.</p> <p>Que le président-directeur-général d'Urgences-Santé priorise l'établissement d'une assurance de qualité globale de ses patients et s'assure de la collaboration de tous.</p> <p>Que le président-directeur-général d'Urgences-Santé établisse de concert avec le directeur des services professionnels, un protocole d'assurance-qualité détaillé pour les patients présentant des problèmes respiratoires aigus.</p> <p>Que le président-directeur-général d'Urgences-Santé s'assure que cette approche est connue des intéressés, qu'elle est uniformisée et que le personnel en soit informé adéquatement.</p>
DATE DU DÉCÈS :		22.08.95		
ORGANISME(S) VISÉ(S) :		Corporation d'urgences-santé de la région de Montréal Métropolitain Collège des médecins du Québec		

NUMÉRO : 56		Chute	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER :		A-88578 75678	Une bénéficiaire du Pavillon Sinaï du Centre hospitalier Laurentien, décède des suites d'une chute de son fauteuil roulant. Compte tenu de sa condition physique, l'événement aurait possiblement pu être évité par l'application étudiée d'une contrainte physique adaptée aux besoins de la patiente. Par ailleurs, une politique d'utilisation des moyens de contrainte est en vigueur au Centre hospitalier Laurentien. Cependant, la dernière révision remonte à 1987.	Que la direction des services professionnels et la direction des soins infirmiers revoient les politiques d'utilisation de contentions physiques à l'intérieur du Centre hospitalier Laurentien.
DATE DU DÉCÈS :		21.03.94		Que le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du Centre hospitalier Laurentien révise l'utilisation de la contention physique et en discute le contrôle médical.
ORGANISME(S) VISÉ(S) :		Centre hospitalier Laurentien		

NUMÉRO : 57		Chute	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-92934 81202			<p>Un individu en état d'ébriété chute du haut d'un escalier et s'inflige une commotion cérébrale. Son fils qui le découvre inconscient loge un appel d'urgence à la Sûreté municipale de Mirabel dans le but de demander l'aide des ambulanciers. Cependant, un deuxième appel devra être effectué en raison d'un oubli du répartiteur de transférer l'appel aux services ambulanciers. Ce n'est donc que près d'une heure après le premier appel que la victime est finalement dirigée vers le Centre hospitalier de Saint-Eustache où un diagnostic erroné est posé, ce qui retardera l'administration de traitements adéquats. Quelques heures après son admission, un transfert au Centre hospitalier du Sacré-Coeur sera rendu nécessaire en raison de la détérioration de l'état de la victime. On procédera à cet endroit à une craniotomie d'urgence pour le drainage d'un hématome sous-dural occipito-frontal gauche. En cours d'opération, le patient subira toutefois un arrêt cardiorespiratoire.</p> <p>Outre ce qui précède, un autre élément concernant spécifiquement le service ambulancier a eu un impact sur le suivi du patient. En effet, une compréhension plus claire du protocole de transfert aurait probablement permis de sauver du temps, tout comme l'utilisation d'un code STAT de façon claire par l'infirmière aurait enlevé toute ambiguïté sur la condition du patient et la nécessité de son transfert en urgence.</p>	<p>Que le maire de la Ville de Mirabel discute, lors d'une réunion régulière du conseil municipal, l'opportunité que soit implanté un service 9-1-1 au sein de sa municipalité.</p>
DATE DU DÉCÈS : 24.03.95				<p>Que le Service de police de la Ville de Mirabel revoie la procédure de réception des appels sur la ligne d'urgence dans l'attente d'un réseau 9-1-1 efficace.</p> <p>Que la direction des services professionnels et la direction des soins infirmiers du Centre hospitalier de Saint-Eustache, ainsi que le service ambulancier Ambulances Goyer revoient, avec le personnel concerné, les ententes déjà prises en ce qui a trait au transport ambulancier (les discussions devraient, entre autres, porter sur les lignes téléphoniques d'urgence, de sorte qu'elles soient utilisées adéquatement, et sur les termes de demande de transport pour transfert).</p>
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Ville de Mirabel Centre hospitalier Saint-Eustache Régie régionale des Laurentides Ambulances Goyer				<p>Que les services préhospitaliers d'urgence de la Régie régionale des Laurentides s'assure du contrôle de la qualité de la transmission des appels d'urgence.</p> <p>Que la direction des services professionnels et la direction des soins infirmiers du Centre hospitalier de Saint-Eustache établissent un protocole clair d'intervention dans les cas de traumatisme crânien.</p>

NUMÉRO : 57 (suite)	Chute	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-92934 81202		<p>Une revue du dossier et des enregistrements électroniques des appels effectués par les différents intervenants révèle plusieurs délais : 1) un délai évalué à 23 minutes puisque l'appel de la famille n'a pas été rapporté immédiatement au service ambulancier; 2) un délai de 2 minutes dû au fait que la première ambulance dirigée vers les lieux n'a pu obtenir une vitesse de croisière suffisante à la suite de troubles mécaniques; 3) une possibilité de délai de 3 minutes rencontré lors de la tentative faite pour rejoindre une deuxième équipe d'ambulanciers qui se trouvait déjà au Centre hospitalier de Saint-Eustache (l'appel a dû être transmis par télé-avertisseur puisque le téléphone dédié aux ambulanciers dans cet établissement était utilisé pour une raison inconnue); 4) un délai important - qui ne pourra jamais être évalué précisément - relié au diagnostic d'hématome intracrânien durant l'hospitalisation au Centre hospitalier de Saint-Eustache; 5) un délai important de 40 minutes constaté entre la décision de transférer le patient au Centre hospitalier du Sacré-Coeur et l'avis faite aux ambulanciers; et 6) un dernier délai d'approximativement 25 minutes relié au transport vers le Centre hospitalier du Sacré-Coeur, où le manque de communications claires entre la répartition des ambulances et le centre hospitalier semble être à la source.</p> <p>Parmi les autres éléments importants, il faut tenir compte du fait que le répartiteur en devoir au service de police de la ville de Mirabel ne doit pas seulement répondre aux appels d'urgence mais également donner suite aux demandes des policiers qui désirent obtenir des informations par l'entremise du Centre de recherche de police du Québec, et surveiller les ondes des Travaux publics. Par ailleurs, en plus de répondre à des appels non urgents pour des demandes de renseignements, le répartiteur est situé physiquement à l'entrée du poste de police et assure ainsi un rôle de préposé à l'accueil. Compte tenu du système informatique disponible, le répartiteur doit prendre le temps nécessaire pour obtenir l'adresse, le nom et les symptômes observés pour éventuellement aviser les personnes responsables qui achemineront les secours spécifiques, en prenant soin de rappeler les personnes qui ont signalé la demande de secours afin de suggérer quelques mesures d'urgence.</p>	
DATE DU DÉCÈS : 24.03.95			
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Ville de Mirabel Centre hospitalier Saint-Eustache Régie régionale des Laurentides Ambulances Goyer			

NUMÉRO : 58	Chute	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-98136 79667		<p>Une personne âgée qui se plaint de difficultés respiratoires et qui souffrent de confusion est hospitalisée au Centre hospitalier La Providence de Magog. En raison de son état, un lit gériatrique lui est prescrit, de sorte que l'on puisse lever les ridelles pour éviter qu'elle ne se lève. Cependant, trois jours après son admission, la patiente se lève en se glissant hors du lit par l'extrémité. C'est à ce moment qu'elle fera une chute et se fracturera le fémur. Malgré une opération avec enclouage et plaque, la patiente décédera deux jours plus tard.</p> <p>Diverses questions ou points ont été soulevés en cours d'investigation. D'abord, il semble qu'une contention aurait pu être utilisée en raison des problèmes qu'éprouvait la victime au moment de son admission (se déplaçait à l'aide d'une canne, s'appuyait sur les murs pour marcher, avait un problème de vision basse et démontrait des signes de démence légère). De plus, on ne retrouve pas d'informations quant aux mesures immédiates qui ont été prises suite à la fracture, par le personnel infirmier. Finalement, l'accident en question n'a pas fait l'objet d'une enquête interne par les autorités du centre hospitalier.</p>	<p>Que la direction des services professionnels et la direction des soins infirmiers du Centre hospitalier La Providence étudient ce dossier afin de déterminer :</p> <ul style="list-style-type: none"> - si la victime était candidate à la contention; - quelles mesures immédiates d'immobilisation de la fracture ont été prises. <p>Que la direction des services professionnels et la direction des soins infirmiers du Centre hospitalier La Providence voient à ce qu'une enquête soit effectuée et documentée, lorsqu'un accident survient causant des blessures corporelles graves.</p>
DATE DU DÉCÈS : 12.04.94			
ORGANISME(S) VISÉ(S) :			
Centre hospitalier La Providence			

NUMÉRO : 59	Chute	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-100176 79762		<p>Une bénéficiaire du Centre d'accueil Judith Jasmin décède d'une hémorragie intracrânienne après qu'elle se soit heurtée la tête au sol. Ce n'est que quelques heures après la chute que les premiers signes (tension artérielle élevée, pouls accéléré, vomissements en jets) aient incité le personnel en place à recourir aux services de la Corporation d'urgences-santé de la région de Montréal Métropolitain (Urgences-Santé). Toutefois, un délai de deux heures a été observé entre le premier appel logé au service 9-1-1 et l'arrivée des ambulanciers.</p> <p>Compte tenu d'une pénurie d'ambulances et de l'état de la patiente, il avait été convenu avec l'infirmière du Centre d'accueil de retarder l'envoi d'une ambulance suite au premier appel. De façon implicite, l'infirmière devait en revanche contacter Urgences-Santé si l'état de la patiente se détériorait davantage au point de nécessiter un transport urgent. Cependant, une certaine mésentente semble s'être glissée à propos des directives qui devaient être suivies de part et d'autre, puisque l'infirmière s'attendait à ce qu'il y ait un rappel de fait auprès d'elle par le médecin d'Urgences-Santé.</p>	<p>Que la Corporation d'urgences-santé de la région de Montréal Métropolitain s'assure que toutes les fiches en attente soient réévaluées par communication directe avec l'appelant dès que la période de délai prévu est expirée.</p>
DATE DU DÉCÈS : 12.07.94			
ORGANISME(S) VISÉ(S) :			
Corporation d'urgences-santé de la région de Montréal Métropolitain			

NUMÉRO : 60	Chute	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-110230 83731		Un jeune qui assiste à une partie de base-ball au Stade olympique décède quelques mois après avoir fait une chute à partir d'un escalier mécanique.	Que la Régie des installations olympiques étudie la possibilité de sécuriser davantage les escaliers mécaniques.
DATE DU DÉCÈS : 09.12.95		L'examen des lieux a permis d'établir qu'il y a une distance de dix-huit pouces entre la courroie glissante sur l'escalier mécanique et le garde à l'étage inférieure.	
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Régie des installations olympiques		De plus, il n'y a aucune protection au niveau des escaliers mécaniques pour empêcher une chute.	

NUMÉRO : 61	Incendie	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	
AVIS/DOSSIER : A-98837 80902 A-102817 81877 A-98841 80931 A-105157 81826 A-100657 80615 A-105158 81827 A-100659 80706 A-105165 81828 A-102809 81509		RECOMMANDATION(S) <p>Que la Régie du bâtiment du Québec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de concert avec les services de prévention incendie des villes et municipalités, et tout intervenant concerné, s'applique à la simplification et à l'uniformisation des lois et règlements existants en matière de prévention des incendies traitant de la construction et de la rénovation des bâtiments, en continuant à tenir compte de l'usage que l'on en fait et de la condition physique et mentale des occupants; - voie à ce que les lois et l'interprétation que l'on en fait dans leur application soient identiques à travers toute la province; - dans les cas de résidences pour personnes âgées (autonomes ou non-autonomes), voie à ce que la hauteur du bâtiment ne soit pas un critère de distinction quant aux règles à appliquer; - voie à définir une nouvelle classe de bâtiments en regard de l'occupation et de l'usage que l'on en fait, laquelle se situera entre les simples locaux d'habitation (classe C) et les établissements de soins (B-2) (le chevauchement possible sur diverses catégories d'immeubles sera alors partiellement éliminé); - voie à ce que dans la nouvelle classe d'immeubles servant de logis aux personnes âgées, les mesures de sécurité-incendie suivantes soient appliquées : 	
DATE DES DÉCÈS : En février, mars, avril et mai 1995			
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Régie du bâtiment du Québec Association des directeurs de police et pompiers du Québec Association des chefs de services d'incendie du Québec Conférence des régies régionales Union des municipalités du Québec Union des municipalités régionales de comté et locales du Québec Ministère de la Sécurité publique			

NUMÉRO : 61 (suite) Incendie	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : <div> A-98837 80902 A-102817 81877 A-98841 80931 A-105157 81826 A-100657 80615 A-105158 81827 A-100659 80706 A-105165 81828 A-102809 81509 </div>		a. l'installation de gicleurs automatiques, tout en s'assurant que ce système soit combiné à des détecteurs de fumée et de chaleur, à un système d'alarme central (lui-même rattaché directement au service de protection contre les incendies de la municipalité), et qu'il soit à détection rapide, avec processus d'extinction immédiat, avis transmis aux pompiers sans délai, limitation et ralentissement de la progression de l'incendie, et évacuation facile et ordonnée des occupants;
DATE DU DÉCÈS : <div> En février, mars, avril et mai 1995 </div>		b. la pressurisation des cages d'escaliers et d'ascenseurs pour limiter ainsi au minimum la pénétration de la fumée dans ces endroits; c. l'installation de systèmes d'alarmes zonés et reliés à un système central de surveillance facile d'accès par le personnel, pour fins de vérification et d'intervention rapide;
ORGANISME(S) VISÉ(S) : <div> Régie du bâtiment du Québec Association des directeurs de police et pompiers du Québec Association des chefs de services d'incendie du Québec Conférence des régies régionales Union des municipalités du Québec Union des municipalités régionales de comté et locales du Québec Ministère de la Sécurité publique </div>		d. l'ajout d'avertisseurs sonores et visuels pour tenir compte des incapacités auditives et visuelles des personnes âgées; e. le déclenchement du système d'alarme ayant pour effet d'activer un mécanisme permettant d'ouvrir les portes d'accès au rez-de-chaussée, pour faciliter le travail des intervenants; f. la mise en place d'un accès facile pour les intervenants aux cages d'escaliers à l'étage de l'entrée principale; g. l'application du principe de la compartimentation de façon à réduire la superficie des aires séparées par des portes coupe-feu et permettre ainsi l'évacuation à l'horizontale; h. la mise en place de mesures nécessaires afin que les occupants ne puissent bloquer leur porte en position ouverte (un dispositif électromagnétique contrôlé par le système d'alarme est également suggéré); i. l'installation à l'entrée du bâtiment d'un plan des lieux pour faciliter le travail des pompiers qui arrivent bien souvent en territoire inconnu.

NUMÉRO : 61 (suite)	Incendie	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	
AVIS/DOSSIER : A-98837 80902 A-102817 81877 A-98841 80931 A-105157 81826 A-100657 80615 A-105158 81827 A-100659 80706 A-105165 81828 A-102809 81509		RECOMMANDATION(S) Que l'Association des directeurs de police et pompiers du Québec sensibilise ses membres concernés afin que les services de protection incendie :	
DATE DU DÉCÈS : En février, mars, avril et mai 1995		a. puissent avoir entre les mains un registre des bâtiments utilisés pour l'hébergement de personnes âgées avec mention en marge de chaque bâtiment de la condition physique (autonomie complète ou restreinte) des occupants; b. préparent pour ces endroits des plans d'interventions et d'évacuation qui seront préparés par eux, remis et expliqués aux intervenants de première ligne; c. voient à dépêcher sur les lieux d'un sinistre à de tels endroits, les unités et le personnel supplémentaire requis dès la première demande de secours; d. avisent l'autorité compétente de l'existence de tout foyer d'accueil clandestin qu'ils ont pu découvrir lors d'une intervention ou d'une visite préventive; e. exigent des propriétaires que l'on procède régulièrement sous surveillance à des exercices d'évacuation, afin de permettre aux occupants et au personnel de se familiariser aux méthodes qui doivent être suivies, tout en indiquant à ces derniers que l'évacuation par les balcons ne doit être utilisée qu'en dernier ressort;	
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Régie du bâtiment du Québec Association des directeurs de police et pompiers du Québec Association des chefs de services d'incendie du Québec Conférence des régies régionales Union des municipalités du Québec Union des municipalités régionales de comté et locales du Québec Ministère de la Sécurité publique		f. affectent le personnel requis au Service de la prévention des incendies de façon à ce que les mesures exigées des propriétaires puissent être sujettes à des inspections régulières.	

NUMÉRO : 61 (suite)	Incendie	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-98837 80902 A-102817 81877 A-98841 80931 A-105157 81826 A-100657 80615 A-105158 81827 A-100659 80706 A-105165 81828 A-102809 81509			<p>Que la Conférence des régies régionales voie à sensibiliser l'ensemble des régies régionales afin qu'elles :</p> <ol style="list-style-type: none"> aient toujours le personnel requis pour être en mesure de procéder de façon plus régulière à l'évaluation de toute la clientèle de personnes âgées qui est concernée, et de constater l'évolution de leur capacité physique et mentale, laquelle peut jouer un rôle important sur leur aptitude à évacuer un bâtiment en cas d'urgence; développent, de concert avec les CLSC, un processus plus rapide pour diriger sans délai les personnes en perte importante d'autonomie vers les établissements appropriés à leurs besoins; établissent une table de concertation permanente avec la Régie du bâtiment du Québec et les services de prévention incendie des municipalités, pour tenir à jour et améliorer si possible les méthodes de travail dans le domaine de la prévention incendie, et aider à la classification des bâtiments en fonction de leur usage; établissent des normes de compétence plus sévères pour les préposés au service des gens âgés en perte d'autonomie, et déterminent un nombre minimum de préposés en service en tout temps du jour et de la nuit, en fonction du nombre de personnes sous leur charge (une personne par étage semble acceptable).
DATE DU DÉCÈS : En février, mars, avril et mai 1995			
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Régie du bâtiment du Québec Association des directeurs de police et pompiers du Québec Association des chefs de services d'incendie du Québec Conférence des régies régionales Union des municipalités du Québec Union des municipalités régionales de comté et locales du Québec Ministère de la Sécurité publique		<p>Que l'Union des municipalités du Québec et l'Union des municipalités régionales de comté et locales du Québec voient à sensibiliser leurs membres à l'effet de remettre à l'entreprise privée les inspections des bâtiments, lorsque les ressources humaines et financières ne permettent pas d'avoir à leur disposition le personnel requis et nécessaire à cet fin.</p> <p>Que le ministère de la Sécurité publique, de qui relève le domaine sécurité et prévention en matière d'incendies, voie à ce que toute législation ou réglementation future en matière de prévention incendie ait un caractère péremptoire dès l'instant de sa promulgation, en y ajoutant cependant des délais raisonnables pour s'y conformer, et en y ajoutant un programme de subvention aux propriétaires à l'exemple de ce qui se fait à la ville de Québec pour faciliter l'installation de gicleurs automatiques dans les édifices.</p>	

NUMÉRO : 64		Noyade	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER :		A-95706 76544	<p>Lors d'une descente en radeau pneumatique (rafting) sur la rivière Jacques-Cartier (secteur Tewksbury) en compagnie de camarades, un individu se noie après que l'embarcation se soit renversée.</p> <p>Contrairement aux autres occupants, la victime n'a pu être secourue ou regagner le rivage par ses propres moyens. L'accident est survenu alors que le débit de la rivière était très élevé en cette journée du mois de mai (selon une échelle standardisée établie par un kayakiste habitué à fréquenter le secteur en question) et que la température de l'eau était très froide (environ 2°C).</p> <p>À noter que l'expédition était organisée par la compagnie les Excursions de la Jacques-Cartier Inc. qui, au moment de l'événement, n'était pas membre de l'Association des pourvoyeurs en rivière de l'Est du Canada. Le règlement de sécurité sur les expéditions en rivière rafting adopté par cette association et approuvé par la Régie de la sécurité dans les sports du Québec n'était donc pas appliqué.</p> <p>Par ailleurs, l'équipement fourni par les responsables de l'expédition n'était pas conforme aux normes établies (veston isothermique devant être utilisé pour une eau supérieure à 12°C), en plus d'être défectueux en ce qui concerne spécifiquement l'embarcation. Finalement, aucun des participants ne portait de cagoule pour la tête et n'a pris le soin de mouiller sa combinaison isothermique avant le départ, ce qui aurait eu pour effet d'en accroître l'efficacité.</p>	<p>Que le ministère des Affaires municipales autorise la Régie de la sécurité dans les sports du Québec (RSSQ) à émettre de façon spécifique un permis d'exploitation à tout individu ou organisme qui demanderait ce privilège, afin d'organiser des expéditions de rafting sur les rivières du Québec, et que cette licence soit conditionnelle à une inspection préliminaire et à une surveillance adéquate de la part de la RSSQ.</p> <p>Que la RSSQ :</p> <ul style="list-style-type: none">- veille à faire respecter les règlements de sécurité du Conseil des rivières canadiennes de sorte que tous les participants soient dans un état de sécurité lorsqu'ils pratiquent ce sport;- s'assure que toutes les organisations et tous les pourvoyeur effectuant des expéditions de rafting sur les rivières du Québec deviennent obligatoirement membres et assujettis au règlement de sécurité du Conseil des rivières canadiennes (Rafting);- voie à ce que la publicité qui est faite soit conforme et fasse état des dangers réels ou potentiels d'une descente en rivière, tout en faisant connaître aux futurs participants toutes les informations qui pourraient leur permettre d'évaluer les risques qu'ils prennent en s'y aventurant. <p>Que l'Association des pourvoyeurs en rivière de l'Est du Canada ajoute les dispositions suivantes à son règlement de sécurité sur les expéditions en rivière:</p> <ul style="list-style-type: none">- qu'un débit maximal soit établi pour chaque rivière de rafting au Québec au-delà duquel aucune expédition ne pourrait être autorisée;- que la rivière Jacques-Cartier (section Tewkesbury) comporte spécifiquement un débit maximal d'utilisation de 3.5 sur l'échelle standardisée apparaissant sur le pont surplombant la rivière au-delà duquel aucune expédition ne peut être autorisée.
DATE DU DÉCÈS :		21.05.94		
ORGANISME(S) VISÉ(S) :				
				<p>Ministère des Affaires municipales Régie de la sécurité dans les sports du Québec Association des pourvoyeurs en rivière de l'Est du Canada Excursions de la Jacques-Cartier Inc. Conseil des rivières canadiennes</p>

NUMÉRO : 64 (suite) Noyade	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-95706 76544		<p>Que la pourvoirie les Excursions de la Jacques-Cartier Inc.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - s'inscrive immédiatement comme membre de l'Association des pourvoyeurs des rivières du Canada afin de se conformer aux exigences de leurs règlements de sécurité; - utilise de façon non équivoque des équipements (radeau pneumatique, vêtements et cagoules isothermiques) conformes à la réglementation du conseil de sécurité; - se prévale de gilets de sécurité conformes aux exigences de Transports Canada; - respecte le débit limite maximal de 3.5 sur l'échelle standardisée apparaissant sur le pont surplombant la rivière au-delà duquel aucune expédition ne peut être autorisée. <p>Que les pourvoyeurs qui oeuvrent dans le secteur Tewksbury :</p> <ul style="list-style-type: none"> - respectent le débit limite maximal de 3.5 sur l'échelle standardisée apparaissant sur le pont surplombant la rivière au-delà duquel aucune expédition ne peut être autorisée; - voient à ce que des balises soient disposées le long du parcours de la portion Tewksbury de la rivière Jacques-Cartier, indiquant les sentiers d'évacuation vers la route la plus près, en cas de sinistre ou d'urgence.
DATE DU DÉCÈS : 21.05.94		
<p>ORGANISME(S) VISÉ(S) :</p> <p>Ministère des Affaires municipales Régie de la sécurité dans les sports du Québec Association des pourvoyeurs en rivière de l'Est du Canada Excursions de la Jacques-Cartier Inc. Conseil des rivières canadiennes</p>		

NUMÉRO : 65	Noyade	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-105389 82550		Un individu se noie au barrage de l'Hydro-Québec de la Pointe Juillet situé à Pointe-des-Cascades alors qu'il pêchait.	<p>Que la société Hydro-Québec voie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - à rallonger la clôture du côté est du barrage (en aval) d'environ vingt pieds afin que personne ne puisse la contourner pour se rendre près du bas de la chute, comme c'est le cas présentement; - à installer des affiches mentionnant de ne pas s'aventurer à cet endroit (tel que prévu en 1992).
DATE DU DÉCÈS : 22.06.95		Depuis la construction de ce barrage, plusieurs événements mortels et accidentels s'y sont produits. Or, depuis 1995, la municipalité de Pointe-des-Cascades a fait de la Pointe Juillet un parc municipal. Cependant, le terrain appartient à Hydro-Québec et le barrage ne possède aucune délimitation physique (clôture ou enseigne), de sorte que les gens qui fréquentent l'endroit croient que ce terrain fait partie intégrante du parc.	
ORGANISME(S) VISÉ(S) :			
	Hydro-Québec		

NUMÉRO : 66	Autre accident	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-95297 76489		Une personne âgée décède au Centre hospitalier régional de Lanaudière une semaine après avoir subi une dialyse rénale qui n'a pas bien fonctionné.	<p>Que le Service de néphrologie du Centre hospitalier régional de Lanaudière:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ne retienne que la première directive formulée par le Comité d'évaluation de l'acte médical soit celle de la vérification avant chaque utilisation d'un appareil à dialyse et que les résultats de la vérification soient notés au dossier du patient et au dossier de chaque appareil; - compile, dans un maître dossier, toutes les complications ayant incommodé un patient. <p>Que l'Association des néphrologues du Québec demande à ses membres de lui rapporter tout événement ou bris d'appareils, afin que les autres membres puissent en bénéficier en les leur diffusant.</p> <p>Que Santé Canada enquête sur la fiabilité de la sonde à Ph qui joue un rôle de contrôleur de la qualité lors de dialyse et qui doit continuellement assurer l'utilisateur de l'intégrité du système.</p>
DATE DU DÉCÈS : 24.03.94		D'abord, l'indicateur de Dyalisat sur l'appareil de marque COBE numéro 6 a été laissé en mode Acétate plutôt que positionné en mode Bicarbonate (outre la victime, d'autres patients ont été dialysés dans ce mode avant que l'erreur ne soit corrigée). Incidemment, les malaises très sévères qu'ont présenté les personnes dialysées de cette façon n'ont pas été investigués, prolongeant ainsi la possibilité de répétition des dangers reliés à la dialyse chez d'autres patients. Par ailleurs, une défectuosité de l'avertisseur au niveau de la sonde de Ph a contribué à sécuriser le personnel quant au bon fonctionnement de l'appareil en question, ce qui n'était pas le cas cependant. Finalement, il n'y avait aucune procédure de vérification avant chaque utilisation des appareils de dialyse. Malgré tout, le patient n'a pas accepté de subir une nouvelle dialyse, ce qui aurait pu permettre d'éviter qu'il ne décède.	
ORGANISME(S) VISÉ(S) :			
	Centre hospitalier régional de Lanaudière Association des néphrologues du Québec Santé Canada	À noter que suite à ce décès, le Comité de l'évaluation de l'acte médical a recommandé une procédure en deux volets pour éviter la répétition d'une telle situation. Toutefois, il appert que le deuxième volet atténue la portée générale de la directive en question.	

54

NUMÉRO : 67	Autre accident	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-95671 74782		<p>Un patient hospitalisé à l'Hôpital du Saint-Sacrement pour une chirurgie de correction et de reconstruction, décède d'une asphyxie cellulaire progressive avec oedème des poumons secondaire à une dépression respiratoire, suite à l'administration de morphine en post-opératoire.</p> <p>Au cours de sa jeunesse, le patient avait subi de multiples brûlures au visage lors de l'explosion d'une fournaise à l'huile. Il a donc dû subir plusieurs chirurgies dont une visant la reconstruction du nez par lambeau libre micro-anastomosé. Suite à cette dernière opération, de la morphine avait été prescrite afin de soulager la douleur. Une première dose de 10mg intraveineux n'a cependant pas été suffisante. Une deuxième dose de 10mg a donc été administrée deux heures après la première. Par la suite, on notait que l'oxymétrie avait tendance à diminuer et que le patient oubliait occasionnellement de respirer. Il doit donc être stimulé continuellement pour bien respirer.</p>	<p>Que le directeur des services professionnels de l'Hôpital du Saint-Sacrement voie à prendre les mesures suivantes concernant les protocoles ciblés:</p> <p>1) Protocole de réanimation:</p> <ul style="list-style-type: none">- Effectuer une révision du protocole titré code 99 (réanimation cardiorespiratoire) en soulignant de façon tangible l'urgence d'effectuer un avis immédiat à toute l'équipe dès la découverte d'un arrêt cardiaque ou respiratoire.- De voir à ce que l'équipe de réanimation cardiorespiratoire soit toujours disponible et complète dans l'institution 24/24 heures.- D'inclure au sein de l'équipe de réanimation cardiorespiratoire l'anesthésiste de garde ou en devoir, afin d'exécuter rapidement l'intubation chez les patients ayant des problèmes respiratoires majeurs. <p>2) Protocole de chirurgie faciale:</p> <ul style="list-style-type: none">- D'instaurer une politique adéquate concernant les patients qui ont subi une chirurgie faciale majeure dans les départements d'ORL, de plastie ou de maxillo-facial; chirurgies qui peuvent engendrer des phénomènes obstructifs respiratoires (avec détresse). À cet effet, une liste d'actes chirurgicaux devrait être élaborée, tout en constituant des demandes cibles pour admission d'emblée aux soins intensifs pour une période de 24 heures en post-opératoire.- Voir à une surveillance stricte des soins intensifs dans les cas identifiés où la dépression respiratoire peut survenir dans les heures qui suivent la chirurgie. <p>3) Protocole pharmacologique:</p> <ul style="list-style-type: none">- L'utilisation des drogues qui peuvent engendrer une dépression marquée des centres respiratoires devrait se faire dans un contexte d'un protocole précis, sans équivoque, sans aucune latitude, avec des dosages précis. La prescription de morphine en PRN, à des doses variées, selon l'état du patient ou à la discrétion du personnel infirmier est à proscrire.
DATE DU DÉCÈS : 22.01.94		<p>Malgré les deux doses de morphine, le patient accusait encore des douleurs. Une prescription de morphine 5 à 10mg intraveineux à l'heure par perfusion était alors prescrite. On débuta avec 5mg à l'heure, ce qui ne semblait pas suffisant. On augmenta ainsi la perfusion à 7mg à l'heure. Entre-temps, il recevait un suppositoire de 100mg de Gravol et du Valium 2.5mg intraveineux en raison de démangeaisons importantes. On ralentit la perfusion à 6mg à l'heure pour la faire passer finalement à 5mg à l'heure, puisque le patient ne semblait plus souffrir. La saturation se situait alors aux environs de 90 à 93%.</p> <p>Le lendemain matin suivant la chirurgie, une tournée était effectuée afin de vérifier l'oxymètre car au cours de la nuit, une réparation électrique attendue avait été effectuée. À ce moment, on notait que le patient dormait. Vingt minutes après cette tournée, il était cependant retrouvé en arrêt cardiorespiratoire. Le code fut signalé dans l'institution mais les premières manoeuvres de ventilation furent inefficaces en raison de la présence des pansements et de l'utilisation d'un masque. Une intubation fut faite par la suite par l'anesthésiste mais les manoeuvres furent néanmoins cessées peu de temps après.</p>	
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Hôpital du Saint-Sacrement			

NUMÉRO : 67 (suite)	Autre accident	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER :	A-95671 74782	<p>Différents facteurs ont contribué à ce décès. D'abord, le code de réanimation cardiorespiratoire s'est avéré boiteux. Entre autres, il y a eu un intervalle de 5 minutes entre la découverte de l'arrêt et l'appel général du code 99. Également, la ventilation a été effectuée au masque par-dessus les pansements et dans la région qui venait d'être tout juste opérée donc oedématisée, ce qui était pour ainsi dire inefficace. La vraie réanimation n'a donc débuté de façon valable que lors de l'intubation du patient soit 13 minutes après la découverte de l'asystolie, ce qui rendait le pronostic de réanimation tout à fait aléatoire. Enfin, il semble y avoir eu un problème de téléavertisseur concernant le code de réanimation.</p> <p>En ce qui concerne la dépression respiratoire progressive et sa létalité ultérieure, il semble qu'elle ait été due à un processus qui s'avère simple en lui-même. Suite à l'administration des différentes doses de morphine (auxquels on doit ajouter l'anesthésie qui a duré plus de 7h30min, le Pentobarbital ainsi que le Graval), le patient est devenu analgésié au cours de la nuit. Cependant, la concentration de morphine dans les tissus n'a cessé d'augmenter jusqu'à l'arrêt puisque la perfusion a été poursuivie. D'un point de vue pharmacocinétique, le patient a donc reçu davantage de médication qu'il n'a été en mesure de l'éliminer, ce qui l'a conduit à une dépression respiratoire irréversible. Incidemment, le personnel aurait dû s'inquiéter d'avoir à stimuler un patient afin qu'il respire puisque son oxymétrie avait tendance à diminuer et éviter de vaquer à d'autres occupations lorsque le patient a été soulagé ou qu'il ne s'est plus fait entendre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - L'utilisation d'une médication complémentaire qui peut engendrer une synergie avec la morphine (V.G. Graval ou Valium) devrait être effectuée avec une surveillance et une attention particulière. À cet effet, le comité de pharmacologie devrait instituer un protocole précis concernant la morphine en perfusion intraveineuse, soit par l'induction d'une analgésie avec un bolus précis selon le poids du patient puis une perfusion adéquate et sécuritaire sous surveillance constante et minutieuse. - L'adoption de la technique d'analgésie contrôlée par le patient (A.C.P.), de sorte que l'administration cesse dès qu'il s'endort.
DATE DU DÉCÈS :	22.01.94		
ORGANISME(S) VISÉ(S) :	Hôpital du Saint-Sacrement		

NUMÉRO : 68	Autre accident	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER :	A-107830 83343	<p>Un bébé décède quelques jours après qu'une erreur dans l'administration d'un traitement à la Mitoxantrone ait été commise par le pharmacien de l'Hôpital de Montréal pour enfants.</p> <p>La jeune victime était soumise à un traitement de chimiothérapie pour lutter contre une leucémie congénitale. Cependant, le dosage de l'un des médicaments a été cinq fois supérieur à ce qu'il devait être. Ce n'est que quatre jours après avoir débuté le traitement que l'erreur a été constatée. Malgré tous les efforts pour diminuer la toxicité cardiaque du produit, différentes complications sont apparues qui ont conduit au décès.</p> <p>À la revue du dossier, il a été découvert que l'erreur s'est produite au moment où le pharmacien a inscrit informatiquement le dosage du produit. Probablement distrait au moment de la saisie (les lieux sont petits et très occupés), le pharmacien a inscrit une dose de 10 mg au lieu de 2 mg.</p>	<p>Que le président du Conseil d'administration et le directeur général de l'Hôpital de Montréal pour enfants s'assurent que le Comité déjà mis sur pied (Task Force Management Committee) voie au bon contrôle de qualité dans l'optique d'une gestion totale de la qualité dans la section d'hémo-oncologie.</p>
DATE DU DÉCÈS :	21.08.95		
ORGANISME(S) VISÉ(S) :	Hôpital de Montréal pour enfants		

«ACCIDENTS DE TRAVAIL»

NUMÉRO : 69 Véhicule à moteur - Conducteur	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-81234 77363	<p>Le conducteur d'un camion-remorque chargé de madriers de bois perd le contrôle de son véhicule dans une courbe située sur la route 155, entre les villages de Mattawin et de Saint-Rock de Mékinac. Après s'être immobilisé dans un fossé, le tracteur a explosé. L'incendie qui a suivi a infligé des blessures mortelles au conducteur qui est demeuré coincé dans l'habitacle.</p> <p>Une vitesse trop élevée à l'approche de la courbe serait à l'origine du débalancement du chargement et de la perte de contrôle. À noter que de février à juin 1994, six autres accidents ont eu lieu au même endroit.</p>	<p>Que le ministère des Transports s'assure que la signalisation de la courbe en question et sa configuration sont adéquates.</p>
DATE DU DÉCÈS : 10.07.94		
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Ministère des Transports		

NUMÉRO : 70 Accident avec machines	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-96828 77082	<p>Lors de manoeuvres d'excavation d'une tranchée pour permettre le changement d'un tuyau de rejet d'eau usée à Chambly, un travailleur décède écrasé sous le poids d'une excavatrice (communément appelé pépène).</p> <p>La victime était au fond de la tranchée au moment où le conducteur de l'excavatrice s'apprêtait à s'éloigner. La chute de cette dernière est survenue alors que l'opérateur relevait les stabilisateurs et retournait son siège pour faire face au volant. Ce faisant, il aurait accroché le bras d'embrayage par mégarde, ce qui a amené le véhicule à faire marche arrière dès que les roues ont touché au sol, pour finalement se retrouver au fond de la tranchée. Le véhicule en question n'était pas muni d'un dispositif empêchant l'embrayage accidentel. Il est à noter également que le frein manuel n'était pas engagé lors des manoeuvres.</p>	<p>Que la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) intervienne, par les moyens qu'elle jugera appropriés, auprès des utilisateurs de machineries d'excavation, afin de promouvoir l'utilisation du frein manuel lors des manoeuvres d'excavation.</p>
DATE DU DÉCÈS : 20.03.95		
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Commission de la santé et de la sécurité du travail		

NUMÉRO : 71 Transport par air	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-92268 73368 A-92270 73365 A-92269 73366 A-92271 73367	<p>Au cours d'une opération de recherche à basse altitude, les quatre occupants d'un hélicoptère (dont trois policiers) décèdent suite à l'écrasement de l'appareil qu'ils occupent. L'hélicoptère identifié aux couleurs de la Sûreté du Québec est entré en collision avec un câble du téléphérique récemment installé sur le site des Chutes Montmorency, à Beauport.</p> <p>Après investigation, il appert que l'appareil n'avait aucune défectuosité préalable ayant pu en affecter la maîtrise avant la collision avec le câble, ni aucune défaillance technique qui a pu empêcher le moteur de tourner normalement. De plus, il a été démontré que le pilote connaissait bien l'endroit, qu'il était au courant que le téléphérique venait d'être installé et que sa dernière évaluation en vol avait été jugée entièrement satisfaisante. Par ailleurs, certaines questions ont été soulevées quant aux exigences requises pour les pilotes avançant en âge, particulièrement sur la pertinence d'un examen ophtalmologique complet, d'autant plus que le type de travail d'un pilote d'hélicoptère voyageant à basse altitude exige beaucoup d'observation.</p> <p>Somme toute, malgré son expérience, sa réputation et le fait qu'il connaissait bien la région, pour une raison qui demeure inconnue, le pilote n'a pu repérer à temps le câble non balisé du téléphérique.</p>	<p>Que Transports Canada:</p> <ul style="list-style-type: none"> - procède à une étude aéronautique appropriée du site des Chutes Montmorency en raison de l'installation récente du téléphérique afin de trouver des moyens adéquats pour que l'obstacle en question puisse être reconnu à temps par les pilotes d'hélicoptère ayant à effectuer des vols à basse altitude dans ce secteur, entre autres lors d'opérations policières; - revoie les exigences médicales pour les pilotes professionnels d'hélicoptère, afin d'y inclure à des moments précis l'obligation d'un examen oculaire complet en ophtalmologie en plus des examens de routine chez leur médecin examinateur. <p>Que le Fonds du Service aérien gouvernemental et la Sûreté du Québec (Service d'observation aérienne) favorisent une communication adéquate et raisonnable entre le pilote et l'observateur aérien avant une descente à basse altitude, afin de promouvoir un meilleur contrôle des obstacles potentiels.</p>
DATE DES DÉCÈS : 25.10.93		<p>Que le Fonds du Service aérien gouvernemental:</p> <ul style="list-style-type: none"> - rappelle régulièrement à ses pilotes, principalement ceux qui travaillent avec les corps policiers, l'importance de se limiter à leur propre fonction lors des envolées à des fins de recherches policières; - voie à ce que le pilote informe les passagers avant le décollage pour une opération à basse altitude, des principales particularités d'un tel vol ainsi que des normes de sécurité à respecter, afin que l'équipage favorise en tout temps une bonne concentration du pilote.
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Transports Canada Fonds du Service aérien gouvernemental Sûreté du Québec		

NUMÉRO : 72	Électrocution	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-92065 75422	<p>Un monteur de ligne à l'emploi de la société Hydro-Québec décède après s'être électrocuté alors qu'il s'apprêtait à remplacer des isolateurs au haut d'un poteau. Une fois au sommet, la victime aurait tenté une manoeuvre visant à se donner de l'espace et à effectuer une prise de tension, afin de se protéger. C'est toutefois au cours de cette manoeuvre que l'électrocution a eu lieu. L'accident est survenu à un endroit situé à environ 300 mètres de la route 138 dans le secteur de la rivière Vachon, non loin de Port-Cartier. Étant donné la saison, il fallait utiliser une motoneige pour s'y rendre.</p>	<p>Que la société Hydro-Québec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - adopte une attitude de tolérance zéro en termes de prise d'alcool durant les heures de travail pour tout métier à risque tel monteur de ligne ou autre, et assure une formation continue de ses employés à risque en matière de sécurité et de prévention; - assure une supervision adéquate pour tout projet à risque; - uniformise l'équipement de sécurité dans toutes les régions desservies, avec formation accrue en ce qui concerne l'auto-protection et les procédures entourant les autorisations de travail. 	
DATE DU DÉCÈS : 04.03.94	<p>Le chef-monteur qui accompagnait la victime a bien tenté de lui porter secours (la victime étant demeurée suspendue au haut du poteau), mais il ne pouvait le faire puisqu'il n'avait pas avec lui des éperons qui auraient pu lui permettre de grimper. Il a donc dû retourner au véhicule pour aller chercher l'équipement nécessaire et prévenir les ambulanciers. Ce n'est qu'après qu'il a pu installer une poulie d'urgence pour descendre la victime à l'aide d'un harnais de secours.</p> <p>Suite à des analyses effectuées sur la victime, une présence d'alcool a été notée. Il s'agit donc d'un facteur qui aurait pu contribuer à l'accident dans la mesure où le taux d'alcoolémie enregistré a pu entraîner une baisse de veille ou une diminution du jugement, ce qui a pu conduire à une certaine insouciance ou imprudence. Somme toute, il s'agit d'une situation difficilement acceptable dans tout travail demandant une attention constante tel celui de monteur de ligne à haute tension.</p>	<p>Que la Commission de la santé et de la sécurité du travail s'assure que tout protocole d'enquête sur un accident mortel comporte l'étude détaillée de facteurs humains pouvant fournir une explication non technique basée sur la performance ergonomique de l'employé en cause.</p>	
ORGANISME(S) VISÉ(S) :	<p>Hydro-Québec Commission de la santé et de la sécurité du travail</p>	<p>Par ailleurs, le coroner a noté l'absence de considérations des facteurs humains par l'enquêteur de la Commission de la santé et de la sécurité du travail dans son rapport. Les considérations techniques sont certes bien documentées, mais il n'est fait aucunement mention des allées et venues de la victime avant l'accident, de son état de santé, de son degré de vigilance, ni de son statut social. Ces considérations humaines devraient également occuper une place prédominante dans toute enquête sérieuse afin de prévenir la répétition de telles circonstances malheureuses.</p>	

NUMÉRO : 73		Électrocution	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER :		A-97423 77907 A-97424 77911	Deux travailleurs à l'emploi d'une entreprise spécialisée dans des travaux de peinture s'électrocutent au moment où l'échafaud qu'ils déplacent entre en contact avec une ligne à haute tension. L'absence de mesures sécuritaires pour s'assurer que les travailleurs respectent la distance minimale d'approche de la ligne électrique (3 mètres), et l'absence de supervision et de formation des travailleurs a permis à l'accident de se produire.	Que l'entreprise Décors J.P. Inc. (employeur des victimes): - se conforme à l'article 5.2.1 du Code de sécurité pour les travaux de construction; - s'assure que tous les travailleurs présents sur un chantier aient suivi un cours de sécurité, en faisant référence à l'article 2.4.2 i) dudit code. Que la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) modifie l'article 3.9.19 d) du Code de sécurité pour les travaux de construction afin d'y indiquer la hauteur maximale que doit avoir une tour d'échafaudage mobile dans le but de pouvoir effectuer un déplacement sécuritaire.
DATE DES DÉCÈS :		10.08.94		
ORGANISME(S) VISÉ(S) :		Décors J.P. Inc. Commission de la santé et de la sécurité du travail		

NUMÉRO : 74		Électrocution	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER :	A-105488 83482		Un travailleur est retrouvé électrocuté après qu'il ait mis sous tension une pompe qu'il croyait avoir débranchée au préalable. L'accident est survenu à la papeterie Cartons Saint-Laurent située à La Tuque, au cours de travaux majeurs d'installation d'une machine à papier nécessitant l'emploi d'un personnel supplémentaire entraînant une activité débordante. En ce sens, il eut été préférable qu'un représentant de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) soit présent sur les lieux pour exercer une surveillance plus étroite en regard du danger d'accident.	Que la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) évalue la possibilité qu'il y ait des inspecteurs présents lors de travaux d'envergure.
DATE DU DÉCÈS :	24.08.95			
ORGANISME(S) VISÉ(S) :	Commission de la santé et de la sécurité du travail			

NUMÉRO : 75 Explosion	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-97872 78932	<p>Un mécanicien décède quelques jours après avoir subi d'importantes brûlures à la suite d'une explosion.</p>	<p>Que la Commission de la santé et de la sécurité du travail voie à répéter les mises en garde lors d'un prochain envoi aux mécaniciens et aux gens travaillant dans l'industrie de l'automobile, tout en utilisant le présent dossier à titre d'exemple afin de bien illustrer les dangers.</p>
DATE DU DÉCÈS : 22.10.94	<p>Au moment de l'accident, la victime s'affairait à changer les lames de suspension d'un camion léger (type pick-up) lorsque la tête du boulon qui fixe la partie avant du ressort au châssis a frappé ou déchiré le réservoir d'essence qui est installé tout près. Le trou laissé par le boulon a provoqué un écoulement important d'essence (plus ou moins 65 litres) dans la fosse d'homme où la victime travaillait. Alors qu'il tentait de récupérer l'essence en compagnie de deux confrères de travail, une explosion s'est produite, blessant gravement les trois individus.</p>	<p>Que l'Association sectorielle des services automobiles rappelle à ses membres les dangers d'explosion reliés à ce type de travail.</p>
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Commission de la santé et de la sécurité du travail Association sectorielle des services automobiles	<p>Après investigation, il appert que le système de ventilation de la fosse n'était probablement pas fonctionnel lors de l'accident, ce qui a pu contribuer à accroître la concentration des vapeurs d'essence au point de causer l'explosion. Par ailleurs, la méthode de travail utilisée n'était pas adéquate pour éviter la perforation du réservoir, sans compter que le fabricant du véhicule recommandait qu'il soit enlevé lors de travaux sur les ressorts arrières. Il s'agit cependant d'une pratique répandue chez les mécaniciens afin de sauver du temps.</p>	

«SUICIDES»

NUMÉRO : 76	Suicide	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-60216 70672 A-87909 71824 A-80525 69884 A-91760 71575 A-87627 67727	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL Dans le but de sensibiliser la population sur l'entreposage, la mise en montre et le transport sécuritaire des armes à feu, une enquête publique a porté sur cinq suicides par armes à feu survenus en 1992 et 1993. Dans tous les cas, l'accessibilité aux armes utilisées par les victimes a été mise en cause. Entre autres, l'enquête a permis de démontrer que le Règlement sur l'entreposage, la mise en montre et le transport sécuritaire des armes à feu est source de confusion, et que la non-distinction entre les armes sans restriction et les armes à autorisation restreinte y contribue. De plus, ce même règlement permet également une mise en montre des armes susceptibles d'inciter au vol et de susciter la curiosité de personnes non autorisées qui voudraient les manipuler. Par ailleurs, il appert que les lots d'armes entreposés et transportés par un importateur ne font l'objet d'aucune réglementation spécifique, de sorte que l'importation d'armes au Canada non munies d'un dispositif de verrouillage sécuritaire est permise.	Que le ministère de la Justice du Canada voie à appliquer les recommandations suivantes: - Que le fond et la forme du libellé du Règlement concernant l'entreposage, la mise en montre, la manipulation et le transport de certaines armes à feu applicable au citoyen soit modifié. - Que le Règlement concernant le contrôle des armes à autorisation restreinte et des armes à feu applicable aux commerçants soit modifié. - Qu'un règlement relatif à l'entreposage et au transport des armes à feu entrant au Canada pour transiter vers un autre pays, pour être exportées dans un autre pays ou pour être vendues au Canada soit adopté. - Que la vente des munitions à une personne ne détenant pas une autorisation d'acquisition d'armes à feu ou un permis de mineur pour la chasse de subsistance soit interdite. - Qu'une disposition soit ajoutée au Code criminel prévoyant, lors d'une seconde condamnation pour infraction au Règlement concernant l'entreposage, la mise en montre, la manipulation et le transport de certaines armes à feu, la confiscation automatique des armes du récidiviste ainsi que la révocation de tout permis l'autorisant à posséder des armes à feu, et l'interdiction de lui délivrer un tel permis pour une période de temps indéterminée. - Qu'un comité provincial soit mis sur pied et chargé de publiciser le Règlement concernant l'entreposage, la mise en montre, la manipulation et le transport de certaines armes à feu, tout en sensibilisant le grand public et les groupes cibles.
DATE DES DÉCÈS : 21.05.93 25.07.93 30.03.93 15.07.93 02.12.92	 Finalement, les professionnels de la santé n'ont pas naturellement la réaction de s'enquérir de la présence d'armes à feu chez un patient suicidaire, qu'il soit propriétaire ou non des armes, et d'en informer l'entourage quant aux risques que représentent un entreposage non sécuritaire ou la présence d'armes à feu dans la résidence.	 Que l'Association des directeurs de police et de pompiers du Québec (ADPPQ) voie à appliquer les recommandations suivantes:
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Ministère de la Justice du Canada Sûreté du Québec Association des directeurs de police et de pompiers du Québec Service de police de la Communauté urbaine de Montréal Collège des Médecins du Québec Ministère de la Santé et des Services sociaux Ministère de l'Environnement et de la faune		- Que tous les corps policiers du Québec remettent à chacun de leurs membres une mallette qui puisse contenir l'arme de service et être verrouillée, ainsi qu'un dispositif de verrouillage de l'arme. - Que dans l'attente de la modification du Règlement concernant l'entreposage, la mise en montre, la manipulation et le transport de certaines armes à feu, tous les corps policiers du Québec devraient émettre une directive à leurs membres privilégiant l'entreposage de l'arme de service sur les lieux de travail et exigeant, si celle-ci est entreposée à domicile, 1) que l'arme soit déchargée, verrouillée à l'aide du dispositif fourni et placée dans le contenant verrouillé fourni, et 2) que les munitions soient entreposées dans un contenant verrouillé distinct à moins que l'arme ne se trouve dans un coffre-fort ou une voûte.

NUMÉRO : 76 (suite)	Suicide	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-60216 70672 A-87909 71824 A-80525 69884 A-91760 71575 A-87627 67727			<p>Que le ministère de la Sécurité publique révisé l'approbation pour l'autorisation d'acquisition d'armes à feu, de sorte que le Cours canadien sur la sécurité dans le maniement des armes à feu (CCSMAF) soit exigé pour tout requérant non détenteur d'un certificat attestant la réussite du Programme d'éducation en sécurité dans le maniement des armes à feu (PESMAF) ou du cours de Sécurité dans le maniement des armes à feu (SMAF), l'examen afférent au CCSMAF soit exigé pour tout requérant détenteur d'un certificat attestant la réussite du PESMAF ou du SMAF.</p>
DATE DES DÉCÈS : 21.05.93 25.07.93 30.03.93 15.07.93 02.12.92			<p>Que le ministère de la Sécurité publique et l'Association des directeurs de police et de pompiers du Québec voient à ce que tous les membres des corps policiers du Québec reçoivent une formation de base sur les dispositions et les procédures relatives aux armes à feu, y inclus leur entreposage et leur transport.</p>
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Ministère de la Justice du Canada Sûreté du Québec Association des directeurs de police et de pompiers du Québec Service de police de la Communauté urbaine de Montréal Collège des Médecins du Québec Ministère de la Santé et des Services sociaux Ministère de l'Environnement et de la faune			<p>Que le ministère de la Sécurité publique voie à ce que le CCSMAF soit une discipline obligatoire pour l'obtention du certificat d'études collégiales en techniques policières.</p> <p>Qu'il y ait étude par le Collège des médecins du Québec, de la possibilité pour un médecin, eu égard à la législation et à la réglementation actuelle, d'informer l'entourage d'un patient à risque suicidaire-homicidaire du danger potentiel relatif à la présence ou à l'entreposage d'armes à feu à domicile et ce, nonobstant l'autorisation du patient. En cas de réponse positive, le Collège avisera en conséquence la Fédération des médecins omnipraticiens, la Fédération des médecins spécialistes et ses Associations affiliées (pédiatrie, psychiatrie, santé communautaire, santé publique). En cas de réponse négative, le Collège examinera la possibilité de modifier la législation et la réglementation, de sorte que cette information puisse être transmise par le médecin.</p> <p>Qu'un comité formé d'un représentant de l'ADPPQ, du Service de police de la Communauté urbaine de Montréal (SPCUM), de la Sûreté du Québec, du Bureau du coroner, du ministère de la Santé et des services sociaux et du ministère de l'Environnement et de la Faune (MEF) soit créé et qu'il élabore une grille d'analyse des décès ou des accidents par armes à feu, et produise un bilan annuel.</p> <p>Que la Sûreté du Québec forme, tel que prévu dans son plan triennal, les policiers du Québec quant aux dispositions et aux procédures relatives aux armes à feu.</p>

NUMÉRO : 77	Suicide	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-86186 77364		Un homme dépressif se suicide à l'aide d'un revolver de calibre .38 spécial.	Que le directeur des services professionnels du Centre hospitalier régional de Rimouski voie à ce que toute personne se présentant au service d'urgence de l'hôpital et démontrant un état dépressif, ait une évaluation objective du risque suicidaire à l'aide d'un outil comme le «Sad Persons».
DATE DU DÉCÈS : 10.07.94		Au cours de la semaine précédant son geste, la victime s'était présentée à l'urgence du centre hospitalier régional de Rimouski. Lors de la première consultation, elle avait cependant nié présenter des tendances suicidaires après que le médecin de garde lui ait offert l'hospitalisation. On avait alors jugé que la personne était apte à prendre une décision éclairée. Elle avait donc été libérée.	
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Centre hospitalier régional de Rimouski		Cependant, en se basant sur les symptômes notés lors des deux consultations, il appert que la victime présentait un état dépressif majeur. Si on avait alors évalué son risque suicidaire en fonction des critères du «Sad Persons», elle aurait dû être hospitalisée.	

NUMÉRO : 78	Suicide	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-86197 79070		Un prévenu en attente de comparaître au Palais de Justice de Rivière-du-Loup pour des actes d'agression sexuelle, parvient à se pendre dans une cellule du Centre de détention de Rimouski.	Que les autorités de l'Établissement de détention de Rimouski et le ministère de la Sécurité publique (direction générale des services correctionnels) voient : - à ce que pour chaque personne incarcérée, que soit complété à son admission, un formulaire spécifique concernant le risque suicidaire; - à s'assurer que les cellules d'un Centre de détention soient sécuritaires, particulièrement en excluant tout objet à partir duquel un individu pourrait se pendre.
DATE DU DÉCÈS : 27.10.94		Pour poser son geste, la victime a fixé une bande de tissu à un crochet soudé sur le côté d'une étagère métallique. Or, ce crochet ne devait semble-t-il soutenir que quinze livres de pression.	
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Établissement de détention de Rimouski Ministère de la Sécurité publique		Par ailleurs, il est d'usage lors de l'admission d'un nouveau pensionnaire à l'Établissement de détention de compléter un questionnaire écrit intitulé «Feuille sommaire du service de santé», complété par l'agent responsable de l'admission. Cependant, étant donné l'arrivée tardive du prévenu en fin de journée, cette feuille n'a pas été complétée. Mais en révisant les circonstances qui ont précédé (circonstances qui témoignent que la victime n'avait pas manifesté d'idées suicidaires), le fait de prendre un peu de temps avec le prévenu pour discuter du suicide aurait pu l'amener à en parler ouvertement.	

66

NUMÉRO : 79	Suicide	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER :	A-87830 76049	<p>Une adolescente hospitalisée à l'Hôpital Rivière-des-Prairies pour idées suicidaires bien établies, se pend à l'aide d'une ceinture accrochée à la fenêtre de sa chambre.</p> <p>Après investigation, il appert, entre autres, qu'il y a eu un manque de communication entre les différents intervenants, la famille, les écoles, la Direction de la protection de la Jeunesse (DPJ) et les intervenants reliés au traitement de la patiente, que l'analyse des différentes situations cliniques ne s'est pas faite de façon appropriée, que la qualité du service professionnel offert est à revoir, que les infrastructures sont déficientes compte tenu de la clientèle desservie, et que le ratio pédopsychiatre/enfant est à revoir.</p>	<p>Que la Direction des services professionnels et la direction des soins infirmiers de l'Hôpital Rivière-des-Prairies prennent toutes les mesures nécessaires pour s'assurer de l'excellence de leurs services, et que la direction générale du même établissement s'assure que cette recommandation soit respectée.</p> <p>Que le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec mandatent leur service d'inspection professionnelle, afin qu'il évalue les services fournis dans le présent dossier.</p> <p>Que le Conseil d'administration de l'Hôpital Rivière-des-Prairies étudie plus en détails le présent cas et mandate le directeur général de l'établissement dans une action précise, si le Conseil le juge à propos.</p> <p>Que la Régie régionale de Montréal-Centre:</p> <ul style="list-style-type: none">- veille à ce que le contrôle de la qualité soit bien établi au Centre hospitalier Rivière-des-Prairies et qu'elle en assume l'entière responsabilité;- priorise les plans de redressement du Service de pédopsychiatrie acceptés par le ministère de la Santé et des services sociaux en 1992;- mette tout en oeuvre pour s'assurer que le ratio pédopsychiatre/enfant soit acceptable à l'Hôpital Rivière-des-Prairies.
DATE DU DÉCÈS :	19.04.94		
ORGANISME(S) VISÉ(S) :	<p>Hôpital Rivière-des-Prairies Collège des médecins du Québec Ordre des infirmières et infirmiers du Québec Régie régionale de Montréal-Centre Ministère de la Santé et des services sociaux</p>		

NUMÉRO : 80		Suicide	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER :		A-90158 74075	<p>Un individu emprisonné au Centre de prévention de Montréal (édifice Parthenais) est retrouvé pendu à l'aide d'un drap à la grille du plafond de sa cellule. Quelques jours auparavant, il avait poussé une dame devant une rame de métro à la station Jean-Talon.</p> <p>Peu de temps avant d'être placé en isolement, le prévenu avait été pris à partie par des co-détenus et légèrement blessé. Lors de sa visite à l'infirmerie, on notait au dossier qu'il devait être référé en psychiatrie le lendemain. Il ne présentait pas cependant de signes évidents de dépression.</p> <p>Le prévenu a finalement réussi à poser son geste entre deux rondes qui avaient lieux à toutes les demi-heures.</p>	<p>Que le Centre de prévention de Montréal (Parthenais) voie:</p> <ul style="list-style-type: none">- à varier l'heure des rondes dans les cellules d'isolement et ce, sans avertissement;- à fournir une couverture tressée dite de cheval et ce, quelque soit le comportement de l'individu placé en isolement;- à isoler les contrevenants à risque pour contrer le rituel de violence;- à apporter une plus grande surveillance des sujets à risque.
DATE DU DÉCÈS :		12.03.93		
ORGANISME(S) VISÉ(S) :		Centre de prévention de Montréal		

NUMÉRO : 81	Suicide	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-94766 79352		Une femme suivie en externe à l'Hôpital du Haut-Richelieu pour des problèmes d'ordre mental, est retrouvée sans vie après qu'elle ait volontairement absorbée une quantité importante de médicaments (dont modulon, naprosyn, clorazepam et trimipramine). Elle avait déjà été admise pour dépression et idées suicidaires.	Que le service de psychiatrie de l'Hôpital du Haut-Richelieu évalue la pertinence d'établir une séquence de livraison de la médication potentiellement dangereuse de façon limitée et progressive, dès qu'un bénéficiaire est jugé à un moment donné suicidaire (ceci afin d'éviter que le bénéficiaire soit en possession d'une trop grande quantité de médicaments peu de temps après un épisode suicidaire).
DATE DU DÉCÈS : 02.11.94			
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Hôpital du Haut-Richelieu			

NUMÉRO : 82	Suicide	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-94830 78098		<p>Une femme dépressive se suicide chez elle en mettant le feu à ses vêtements.</p> <p>Lors de la prise en charge par le service ambulancier, 30 minutes se sont écoulées avant que la victime, toujours en vie, ne soit évacuée des lieux. Ce retard aurait été causée par l'installation de pansements.</p> <p>À l'arrivée à l'hôpital du Haut-Richelieu, un appel est fait à l'Hôtel-Dieu de Montréal pour un transfert au centre des Grands Brûlés. On demande alors une intubation prophylactique et l'installation d'une veine fémorale plutôt qu'une sous-clavière, avant le transport. Diverses tentatives d'intubations sont alors tentées mais sans grand succès. Une intubation oesophagienne est finalement réussie. Cependant, elle aurait eu pour effet de contribuer à augmenter la morbidité de la condition clinique, bien que les chances de survie soient nulles chez une victime de 52 ans brûlée au 2ième et au 3ième degré à plus de 90 à 95% de la surface corporelle.</p>	<p>Que la Régie régionale de la Montérégie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - s'assure que lorsque des victimes présentent des brûlures majeures, la conduite à tenir soit de protéger le corps avec une couverture stérile (si possible) et de l'évacuer vers le centre hospitalier le plus près, sans perdre de temps sur les lieux à installer des pansements; - voie, par l'entremise du service 9-1-1, à diriger directement une victime du feu vers un centre des Grands Brûlés. <p>Que l'hôpital du Haut-Richelieu :</p> <ul style="list-style-type: none"> - étudie la faisabilité et la pertinence d'inclure dans le protocole de réanimation et d'intubation la vérification systématique par capnomètre; - voie à équiper chacun des deux postes de réanimation d'un capnomètre, ce qui permettrait un contrôle du fonctionnement de l'appareil en cas de lecture négative ou en cas de doute de mal fonctionnement de l'appareil (le deuxième appareil serait utile lors de la présence simultanée de deux patients à la salle de réanimation).
DATE DU DÉCÈS : 29.08.94			
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Régie régionale de la Montérégie Hôpital du Haut-Richelieu			

NUMÉRO : 83	Suicide	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-94840 78799		<p>Suite à une altercation avec sa conjointe, un individu se suicide par pendaison.</p> <p>Trois mois auparavant, la victime avait fait une autre tentative après laquelle elle avait été conduite à l'hôpital du Haut-Richelieu accompagnée d'un copain. Cependant, en raison des règles de triage et du nombre important de personnes qui se sont présentées à l'urgence en fin de soirée et durant la nuit, la consultation auprès du médecin d'urgence a été retardée, à tel point que l'individu est reparti avant même cette consultation.</p>	<p>Que le service d'urgence de l'hôpital du Haut-Richelieu :</p> <ul style="list-style-type: none"> - réévalue la procédure actuelle lors du triage de personnes ayant fait une tentative suicidaire et à qui il faut offrir une relation d'aide en plus d'un lien thérapeutique immédiat; - dirige les bénéficiaires ayant fait une tentative suicidaire vers un endroit où le personnel soignant puisse assurer une surveillance certaine, afin que le processus de triage soit efficace et utile; - voie à responsabiliser les gens qui accompagnent un patient, de sorte qu'ils préviennent le personnel soignant de toute modification de l'état du patient ou de son désir de quitter, le cas échéant.
DATE DU DÉCÈS : 11.10.94			
ORGANISME(S) VISÉ(S) :			
Hôpital du Haut-Richelieu			

NUMÉRO : 84	Suicide	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-95914 77260		<p>Un détenu de l'Établissement de détention de Hull est retrouvé pendu dans sa cellule. À la découverte du corps de la victime, aucune manoeuvre de réanimation n'a été tentée par les gardiens en poste.</p>	<p>Que le directeur de l'Établissement de détention de Hull s'assure en tout temps qu'au moins un ou deux membres du personnel ait reçu la formation de réanimation cardiorespiratoire de base, et que celle-ci soit mise à jour de façon périodique.</p>
DATE DU DÉCÈS : 01.07.94			
ORGANISME(S) VISÉ(S) :			
Établissement de détention de Hull			

NUMÉRO : 85	Suicide	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-99026 81494		<p>Un prévenu se suicide par pendaison au Centre de détention de Baie-Comeau. À son arrivée, il avait refusé de s'identifier et fut classé comme anonyme, bien que le policier qui l'avait arrêté le connaissait. Il avait déjà tenté à sa vie à deux reprises par le passé, dont une fois à ce même centre.</p>	<p>Que le ministère de la Sécurité publique voie à ce que les centres de détention du Québec identifient chaque prévenu dès leur arrivée, que son dossier soit immédiatement consulté et que toute tentative suicidaire antérieure y soit notée, pour permettre une surveillance plus étroite.</p>
DATE DU DÉCÈS : 19.04.95			
ORGANISME(S) VISÉ(S) :			
Ministère de la Sécurité publique			

NUMÉRO : 86	Suicide	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER :	A-99152 81095	<p>Une femme décède à l'Hôpital Laval quelques jours après avoir absorbé des comprimés de Plaquenil.</p> <p>C'est plus de quatre mois après le décès que le coroner a été avisé suite à une révision de dossiers par un médecin de l'établissement en question.</p>	<p>Que le directeur des services professionnels de l'Hôpital Laval rappelle à tous les médecins de ce centre hospitalier l'obligation qu'ils ont d'aviser le coroner immédiatement lorsqu'un patient décède et que les circonstances qui ont conduit à ce décès sont obscures ou violentes, et ce même après une hospitalisation prolongée, ou encore même si dans ces cas la cause du décès est cliniquement bien établie, le tout en respect de l'article 34 de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès. *</p>
DATE DU DÉCÈS :	28.10.94		
ORGANISME(S) VISÉ(S) :	Hôpital Laval		

NUMÉRO : 87	Suicide	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER :	A-101908 81437	<p>Un patiente hospitalisée à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine depuis plusieurs années pour des troubles majeurs du comportement sur un fond d'arriération mentale, fait une chute à partir du toit de l'établissement (8è étage). La victime avait été vue quelques minutes auparavant sur l'étage. Elle présentait alors un comportement habituel et n'avait fait mention d'aucune intention suicidaire.</p> <p>Pour se rendre sur la toiture, la patiente a dû se déplacer d'une extrémité à l'autre de l'établissement et emprunter une porte qui est normalement verrouillée de l'intérieur. Cette dernière peut cependant être ouverte par des membres du personnel qui en possèdent la clé. Dans le présent cas, la porte en question n'avait pas été verrouillée.</p>	<p>Que la direction de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine voie à obliger quiconque veut se rendre sur la toiture à être accompagné d'un agent de sécurité qui serait seul détenteur de la clé de la porte d'accès, et qui devrait voir à sécuriser les lieux par la suite.</p>
DATE DU DÉCÈS :	04.04.95		
ORGANISME(S) VISÉ(S) :	Hôpital Louis-H. Lafontaine		

NUMÉRO : 88	Suicide	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER :	A-102973 82388	<p>Un adolescent se suicide à l'aide d'une carabine de calibre .303.</p> <p>Parmi les effets personnels de la victime, un texte rédigé dans le cadre d'un cours d'enseignement religieux fut retrouvé. Dans ce travail, l'adolescent indiquait qu'il pensait au suicide et qu'il n'avait pas peur de la mort. Cependant, l'enseignant qui a corrigé le texte en question n'a pas pris de mesures pour référer l'étudiant à un intervenant en santé mentale.</p>	<p>Que la direction de l'école secondaire Jean-de-la-Mennaie voie à ce qu'un élève présentant un trouble de comportement soit référé à un intervenant en santé mentale, surtout lorsqu'un trouble affectif se manifeste par des intentions suicidaires écrites dans un travail scolaire.</p>
DATE DU DÉCÈS :	01.06.95		
ORGANISME(S) VISÉ(S) :	École secondaire Jean-de-la-Mennaie		

«HOMICIDES»

NUMÉRO : 89 Homicide	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-63716 46057	<p>Enquête publique sur le décès du Caporal Marcel Lemay décédé lors d'une intervention policière de Groupe tactique d'intervention de la Sûreté du Québec contre des autochtones (Mohawks) à Oka, en 1991.</p>	<p>Que soit formé un groupe de personnes avisées dont les réflexions serviront à éclairer et à conseiller le ministre de la Sécurité publique et le directeur général de la Sûreté du Québec advenant un besoin ponctuel comme celui qui s'est présenté à Oka de mars à juillet 1990, et que soient énoncées dans la loi les modalités d'y recourir.</p> <p>Que soit amendé l'article 39 de la Loi de police afin qu'y soit précisée l'autonomie de la Sûreté dans les limites de sa fonction d'agent de la paix.</p> <p>Qu'une directive écrite du ministre de la Sécurité publique soit préparée afin de préciser dans les faits la démarcation qui s'impose pour le respect du principe de la responsabilité ministérielle et du principe de l'autonomie de la police dans sa fonction d'agent de la paix.</p>
DATE DES DÉCÈS : 11.07.90		<p>Que le directeur général de la Sûreté du Québec prépare, pour la faire approuver par le ministre de la Sécurité publique, une directive concernant les politiques opérationnelles de la Sûreté en assurant la distinction qui s'impose entre «politique opérationnelle» et «opération» individualisée.</p> <p>Que dans la Loi de police et la Loi créant le ministère de la Sécurité publique soit précisée l'implication du sous-ministre dans les communications entre la Sûreté du Québec et le ministère, de façon à assurer que n'échappent pas au sous-ministre des fonctions qu'il se doit de remplir en tant que responsable de l'administration générale du ministère.</p> <p>Que soit écrite la règle selon laquelle le gouvernement du Québec privilégie la voie de la négociation comme mode de solution des conflits en milieux autochtones, et qu'il soit permis de déroger à cette règle sans autorisation préalable du ministre de la Sécurité publique.</p>
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Ministère de la Sécurité publique Sûreté du Québec		<p>Qu'une directive émane du ministre de la Sécurité publique énonçant que toute opération d'un corps de police impliquant une communauté doit faire l'objet d'une analyse soumise au ministre tenant compte de trois facteurs, soit : le fondement juridique, la nécessité et l'urgence.</p> <p>Que l'article 39 de la Loi de police soit modifié pour y prévoir qu'en cas de conflit communautaire au sein d'une municipalité, le ministre de la Sécurité publique seul charge un corps de police d'intervenir afin d'y assurer l'ordre, d'y restaurer la paix sociale et la sécurité publique.</p> <p>Que soit révisée à la Sûreté du Québec, la procédure de préparation des plans d'opération afin d'assurer le respect de la directive.</p>

NUMÉRO : 89 (suite) Homicide	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-63716 46057	Enquête publique sur le décès du Caporal Marcel Lemay décédé lors d'une intervention policière de Groupe tactique d'intervention de la Sûreté du Québec contre des autochtones (Mohawks) à Oka, en 1991.	<p>Que soit modifiée la directive relative aux S.M.E.A.C. pour y prévoir que les plans d'opération reçoivent l'approbation du directeur général préalablement à la décision de procéder à une intervention.</p> <p>Que soit assurée la distribution du contenu du plan d'opération à tous les membres qui seront appelés à jouer un rôle dans l'opération.</p> <p>Que le directeur général de la Sûreté du Québec, pour qu'il fasse rapport au ministre, vérifie les conditions qui font que la directive relative aux enregistrements n'est pas respectée et que dorénavant, soit assuré l'enregistrement de toute opération.</p> <p>Que, si des circonstances particulières empêchaient l'enregistrement d'une opération, il incombe au directeur général d'autoriser la dérogation «inévitabile» et qu'alors, le directeur général assure par d'autres moyens la préservation de la preuve du déroulement d'une opération.</p> <p>Que soit amendée la directive qui prévoit que les enregistrements des opérations sont détruits après trois mois afin de prolonger cette période et plus précisément, pour une période indéfinie lorsqu'il y a eu mort d'homme au cours d'une opération.</p> <p>Que le ministre de la Sécurité publique émette une directive énonçant que le directeur général prépare, avec le concours du ministère de la Sécurité publique, les directives se rapportant à la gestion et au contrôle de la Sûreté.</p> <p>Que toute dérogation à une directive ne soit permise que par la personne sous l'autorité de qui elle a été mise.</p> <p>Que le droit de refus fasse l'objet d'une étude au ministère de la Sécurité publique et que soit révisé, dans le programme de formation des policiers, l'enseignement de ce droit.</p> <p>Que le ministre de la Sécurité publique s'assure que toute la procédure relative aux renseignements de sécurité soit révisée.</p>
DATE DES DÉCÈS : 11.07.90		
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Ministère de la Sécurité publique Sûreté du Québec		

NUMÉRO : 89 (suite) Homicide	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-63716 46057	Enquête publique sur le décès du Caporal Marcel Lemay décédé lors d'une intervention policière de Groupe tactique d'intervention de la Sûreté du Québec contre des autochtones (Mohawks) à Oka, en 1991.	<p>Que le ministre de la Sécurité publique émette une directive qui énonce :</p> <ul style="list-style-type: none"> - que sont remis au ministère les renseignements cueillis par un corps de police et qui montrent une menace à la sécurité publique dans le contexte de conflits communautaires ou collectifs; - que le ministère est mis à contribution dans l'analyse et de la distribution de tels renseignements afin d'assurer le respect et l'atteinte des objectifs du gouvernement; - les modalités de la distribution de ces renseignements. <p>Que le ministre de la Sécurité publique se penche sur l'opportunité d'unifier les différents groupes d'intervention au Québec sous une seule direction afin de permettre une mise en commun des ressources d'effectifs, d'équipements et d'expertise.</p> <p>Que le ministre de la Sécurité publique s'assure que la Sûreté du Québec procède à un examen critique de l'Opération Doré 90-4 en ayant soin de recourir à cette fin à des experts avisés en techniques opérationnelles afin d'assurer la compétence de tous les intervenants impliqués dans des opérations de cette nature, et afin qu'ils satisfassent le plus haut niveau de professionnalisme.</p>
DATE DES DÉCÈS : 11.07.90		
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Ministère de la Sécurité publique Sûreté du Québec		

NUMÉRO : 90	Homicide	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	
AVIS/DOSSIER : A-84131 76351 A-84132 76352 A-84133 76362	<p>Enquête sur la tragédie de Papineauville où un individu a abattu deux personnes avant de s'enlever la vie, le tout dans un contexte de violence conjugale.</p> <p>L'agresseur s'est rendu au domicile du père de son ex-conjointe dans le but bien arrêté de la tuer et de se suicider par la suite. Une fois sur place, il est entré avec fracas dans la résidence. Armé d'une carabine de calibre .270, il a atteint grièvement le père de son ex-conjointe. Il a par la suite tenté de trouver cette dernière qui s'était réfugiée sous un lit. Entre-temps, il a abattu le nouvel ami de coeur de celle-ci ainsi que sa mère. Ne trouvant pas celle qu'il cherchait, il a finalement retourné l'arme contre lui.</p>	<p>Que le ministère de la Sécurité publique voie à enrichir de nouvelles données l'index général du Centre de recherche policier du Québec, afin de doter les policiers d'un index plus condensé, facilement compréhensible dans ses données essentielles, et permettant de bien identifier les personnes exposées à la violence conjugale ou familiale.</p>	
DATE DES DÉCÈS : 06.05.94	<p>Dans les jours qui ont suivi ce drame, la possibilité qu'un appel téléphonique ait été logé au poste de la Sûreté du Québec de Papineauville par l'une des victimes, et ce dans les heures précédant la tuerie, a eu pour effet de créer un climat de suspicion dans la région. Le fait est que la Sûreté du Québec a d'abord nié publiquement l'appel, mais elle devait se rétracter quelques jours plus tard et admettre que l'une des victimes avait effectivement parlé à un policier de la Sûreté de Papineauville peu de temps avant l'événement.</p>		
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Ministère de la Sécurité publique	<p>Par ailleurs, après l'appel logé par l'une des victimes, le policier contacté a procédé à une vérification de la possibilité d'antécédents du supposé agresseur à l'aide de l'index du Centre de recherche policier du Québec (C.R.P.Q.). Aucun dossier judiciaire n'était cependant actif. De même, l'agent a omis de consulter l'index général qui aurait pu s'avérer être une source d'information utile. Il n'est pas assuré toutefois qu'il s'y serait retrouvé rapidement et efficacement dans la mesure où cet outil semble nécessiter des améliorations dans sa présentation. Autrement dit, les événements relatifs à la violence conjugale et familiale qui y sont inscrits devraient être étoffés puisque la vie et la sécurité de personnes peut en dépendre. La cueillette de renseignements sérieux et pertinents sur le sujet s'impose donc.</p>		

NUMÉRO : 91		Homicide	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER :		A-96584 76658	<p>Un éducateur qui héberge des pensionnaires qui ont transité par la maison Saint-Georges (hébergement qui accueille des gens qui souffrent de désordres psycho-affectifs) est agressé à coups de couteau par l'un des résidents. Ce dernier souffrait de schizophrénie paranoïde. Au cours de l'altercation, l'épouse de la victime qui était sur place a réussi à assommer l'agresseur à l'aide d'un combiné téléphonique.</p> <p>Suite à l'événement, l'épouse de la victime a tenté de rejoindre les policiers mais sans succès, puisque la ligne était occupée. Elle s'y est donc reprise à quelques occasions pour finalement décider de rejoindre la Maison Saint-Georges, d'où a pu être logé l'appel qui a finalement alerté les policiers. Il s'est donc écoulé un certain temps entre le premier appel infructueux fait par la dame et celui réussi à la Maison Saint-Georges. Un indicatif 9-1-1 aurait pu limiter ce délai.</p>	<p>Que la municipalité de Sherbrooke prenne les mesures nécessaires pour hâter l'implantation de l'indicatif d'urgence 9-1-1.</p> <p>Que la Régie régionale de l'Estrie veille à placer au poste de coordination un centre de coordination des appels d'urgence.</p>
DATE DU DÉCÈS :		27.05.94		
ORGANISME(S) VISÉ(S) :		<p>Municipalité de Sherbrooke</p> <p>Régie régionale de l'Estrie</p>		

76

NUMÉRO : 92	Homicide	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-97930 79535		<p>Un agent de sécurité de la compagnie Sécur inc. est abattu par des voleurs au moment où il effectue la cueillette de valeurs dans un commerce de la rue Monkland, à Montréal.</p> <p>Dans les vingt mois précédant cet événement, deux autres employés de la même entreprise sont décédés suite à des agressions armées lors de transports de valeurs, tandis qu'un agresseur est mort après la riposte des gardes. Suite à ces événements, des recommandations avaient été formulées dans le cadre d'une enquête publique. Parmi celles-ci, on notait des aspects comme le recyclage bi-annuel en maniement des armes à feu, le transport de nuit, la modification régulière des heures de cueillette, la réévaluation des sites à desservir, la mise en place de dispositifs rendant les billets de banque inutilisables en cas de vol, le port en tout temps du gilet pare-balles, etc. Bien que certaines recommandations aient été mises en application depuis l'enquête, il appert que la mise en place des autres auraient pu permettre d'éviter l'événement de la rue Monkland.</p> <p>Outre l'entreprise, il est à noter qu'il en va également de la responsabilité de la Commission de la santé et de la sécurité du travail de voir au suivi en ce qui a trait aux moyens retenus pour sécuriser le transport des valeurs, et de s'assurer de l'implantation des normes de sécurité à toute l'industrie.</p> <p>Un dernier problème relié au présent dossier doit être soulevé. Lors du visionnement de la cassette vidéo des événements, le coroner a constaté que l'équipement d'enregistrement du commerce où a eu lieu l'événement n'était pas adéquat et qu'il ne couvrait pas tous les angles, afin de permettre une meilleure protection visuelle de l'aire de sortie. De plus, on note que l'utilisation jour après jour des mêmes cassettes diminue la netteté des images et impose des frais importants pour les reconstituer.</p>	<p>Que la compagnie Sécur inc. :</p> <ul style="list-style-type: none">- rende obligatoire le port du gilet pare-balles sur tous les sites à desservir quel qu'en soit le degré de dangerosité, selon un échéancier très court;- poursuive l'implantation des valises piégées sur tout son réseau;- maintienne sur une base bi-annuelle les cours en maniement des armes à feu;- poursuive l'évaluation des sites à desservir et informe ses membres des moyens retenus pour contrer les risques potentiels;- établisse des routes alternatives pour la cueillette des valeurs afin de rendre imprévisible le passage des employés;- suggère à certains de ses clients, des modifications à leur système d'enregistrement vidéo et de gestion de cassette. <p>Que la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) :</p> <ul style="list-style-type: none">- continue de superviser l'implantation et la réalisation des moyens avancés par l'employeur pour sécuriser le transport des valeurs;- s'assure que la compagnie continue à réévaluer les sites à desservir;- revoie périodiquement le programme de formation continue afin qu'il soit adapté à la réalité;- exige le port du gilet pare-balles sur tous les sites à desservir;- étende à toute l'industrie les mesures de sécurité.
DATE DU DÉCÈS : 22.11.94			
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Sécur inc. Commission de la santé et de la sécurité du travail			

NUMÉRO : 93		Homicide		DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER :		A-98924 78596		<p>Au cours d'une présumée prise d'otages, un individu est abattu par un membre du Groupe tactique d'intervention de la Sûreté du Québec (S.Q.), alors qu'il sortait de sa demeure armé d'une carabine tronçonnée. Ce décès a fait l'objet d'une enquête publique.</p> <p>Après enquête, il appert qu'il y avait des motifs raisonnables de croire pour les policiers qu'il s'agissait vraisemblablement d'une prise d'otages où la vie de deux personnes étaient en jeu. De même, l'utilisation d'une arme pour abattre la victime était légitime pour le policier impliqué. Il était en effet justifié de craindre pour la vie des otages et pour la sienne, étant donné les gestes imprévisibles susceptibles d'être posés par le preneur d'otages. Finalement, une interrogation a été soulevée en rapport aux conditions de libération conditionnelle dont faisait l'objet la victime. De fait, le respect intégral de ces condition aurait certainement, dans le cas de la possession d'une arme à feu, et peut-être, dans le cas d'une consommation d'alcool dans des débits de boisson, pu permettre d'éviter la fin tragique de la victime. Il faudrait cependant s'assurer que les corps policiers soient adéquatement informés de l'existence de ces conditions afin qu'ils puissent en assurer le respect.</p>	<p>Que le ministère de la Sécurité publique et le Service correctionnel du Canada vérifient' la procédure actuellement suivie en matière de libération conditionnelle, et s'assurent que tant le service de police local que la S.Q. soient systématiquement informés des conditions de libération conditionnelle de leurs résidents.</p> <p>Que le ministère de la Sécurité publique :</p> <ul style="list-style-type: none">- s'assure que tous les corps de police soient sensibilisés à l'importance de connaître les conditions de libération conditionnelle et d'en assurer le respect;- s'assure que tous les corps de police connaissent bien le service d'information sur les anciens détenus offert par le Service Correctionnel du Canada, le type d'informations disponibles et le moyen d'y accéder;- fasse adopter une procédure, à l'intention de la S.Q. et de tous les corps policiers du Québec, visant à s'assurer de la présence d'une ambulance lors d'opérations d'intervention policière à risques élevés. <p>Que la S.Q. et tous les corps policiers, une fois l'opération terminée, s'assurent que l'arme ou les armes utilisées soient laissées dans leur état et remises immédiatement à un officier responsable.</p> <p>Que la Sûreté du Québec :</p> <ul style="list-style-type: none">- se prête à une évaluation de sa politique quant à l'intervention de tierces personnes, notamment en s'assurant de ne pas fermer irrémédiablement la porte à la participation de tiers;- se prête à une évaluation des techniques de négociation enseignées et s'assure que l'enseignement dispensé a véritablement atteint ses objectifs de formation;- améliore le contenu du cours de formation des négociateurs en y intégrant, notamment, une formation en psychologie et en sciences humaines dispensée par un professionnalisme;- envisage la possibilité de créer des postes de négociateurs à qui une formation complète serait dispensée (ces derniers pourraient être l'objet d'une évaluation sanctionnée et se déplacer au besoin partout au Québec). <p>Que le ministère de la Sécurité publique s'assure que les négociateurs de tous les corps de police, le cas échéant, puissent aussi bénéficier de la même qualité de formation.</p>
DATE DU DÉCÈS :		24.09.94			
ORGANISME(S) VISÉ(S) :		Ministère de la Sécurité publique Sûreté du Québec Service correctionnel du Canada			

Ministère de la Sécurité publique
Sûreté du Québec
Service correctionnel du Canada

«DÉCÈS DE NATURE INDÉTERMINÉE»

NUMÉRO : 94 Décès de nature indéterminée	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-99144 80667	<p>Un résident de l'aile psychiatrique de l'Hôpital Saint-François d'Assise décède après avoir fait une chute du 8^e au 7^e étage de l'aile B. Sans savoir s'il s'agit d'un geste volontaire, la victime serait tombée après être passée par-dessus un muret protecteur ceinturant partiellement le palier supérieur (8^e) de l'escalier.</p> <p>À la lumière de cet événement et de la visite des lieux, il apparaît évident que le palier supérieur de l'escalier constitue un danger potentiel, et que des modifications devraient être rapidement apportées afin d'augmenter la sécurité à cet endroit, dans la mesure où le muret ne donne qu'une protection en hauteur de moins de trois pieds.</p>	<p>Que la direction de l'Hôpital Saint-François d'Assise voie à ce que les modifications nécessaires soient apportées afin de rendre plus sécuritaire le muret entourant partiellement le palier supérieur de l'escalier situé entre le 7^e et le 8^e étage de l'aile B (entre la psychiatrie et les départements d'orthorinolaryngologie et de pédiatrie).</p>
DATE DU DÉCÈS : 15.02.95		
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Hôpital Saint-François d'Assise		

«DÉCÈS NATURELS»

NUMÉRO : 95		Décès naturel	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-79034 77009			<p>Lors d'une excursion de pêche au lac des Martres sur la ZEC des Martres, un individu subit une crise cardiaque alors qu'il effectue du portage.</p> <p>L'endroit n'étant accessible qu'à la marche, des contacts furent faits auprès de la Sûreté du Québec afin qu'un hélicoptère soit dépêché sur les lieux. Entre-temps, des ambulanciers devaient attendre l'arrivée de l'hélicoptère pour ensuite transporter la victime vers un centre hospitalier.</p>	<p>Que la Sûreté du Québec (poste de Baie-Saint-Paul) et la compagnie Ambulances Ménard Inc. préparent un plan d'intervention coordonné lorsqu'une intervention pré-hospitalière d'urgence est requise dans un lieu éloigné et difficile d'accès. Ce plan d'intervention devrait entre autres prévoir des moyens de communication les plus efficaces possibles, l'utilisation de moyens d'évacuation rendant possible le début ou la poursuite des manoeuvres de réanimation sans interruption prolongée. Le centre hospitalier local de même que d'autres ressources (Club de motoneiges, Club de véhicules 4 X 4, Centrale de coordination des urgences à Québec, Club de radio amateur, Ambulance Saint-Jean, Ministère du tourisme, de la chasse et de la pêche, etc.) pourraient être consultés dans la préparation d'un tel plan. Un exercice de simulation annuel pourrait être également très utile.</p>
DATE DU DÉCÈS : 25.06.94			<p>Malgré les efforts déployés, près de quatre heures se sont écoulées avant le transport vers l'ambulance. Durant cette période, les gens sur place ont effectué des manoeuvres de réanimation, sauf pour une période de quelques minutes alors qu'ils ont dû déplacer la victime en canot pour la rapprocher de l'hélicoptère. Par ailleurs, il fut impossible de poursuivre les manoeuvres à bord de l'hélicoptère compte tenu de l'absence de civière et du manque d'espace. Finalement, lorsque la victime fut transportée dans l'ambulance, l'ambulancier a constaté l'absence de signes vitaux. Il a donc décidé d'attendre l'arrivée de son coéquipier qui était parti à pied vers le lieu de l'événement, avant de se diriger vers un centre hospitalier.</p>	
ORGANISME(S) VISÉ(S) :				<p>Que la Régie régionale de Québec, dans le cadre du programme régional d'organisation de service (PROS) concernant les services pré-hospitaliers (qui est en préparation), envisage une entente avec les Forces armées canadienne (base de Bagotville et de Valcartier), sous la responsabilité du Ministère de la Défense Nationale, pour avoir accès à des hélicoptères de l'armée permettant des interventions médicales (tel le R.C.R.) durant le transport. Il s'agirait de vols de secours, soit des opérations d'évacuation aérienne urgentes pour des personnes gravement blessées ou malades, effectuées dans le but de sauver des vies ou de réduire les délais d'administration de soins appropriés, lorsque les ressources civiles ne sont pas disponibles ou appropriées. Des ententes entre les autorités provinciales et fédérales seront probablement requises.</p>
Sûreté du Québec (poste de Baie-Saint-Paul) Ambulances Ménard Inc. Régie régionale de Québec				

NUMÉRO : 96		Décès naturel	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER :		A-85755 71658	<p>Un homme décède à l'hôpital d'un arrêt cardiorespiratoire suite à un bronchospasme qui a débuté à la résidence. Malgré l'intervention rapide des ambulanciers et un rythme sinusal normal selon le moniteur défibrillateur, une ventilation adéquate n'a pu être assurée dès le début.</p> <p>Les ambulanciers ont utilisé les moyens qui leurs étaient fournis pour ventiler la victime, soit un masque. Or, le cas en question tend à démontrer que cet outil est insuffisant dans certaines situations et l'importance de pouvoir intuber une victime afin d'assurer une ventilation adéquate le plus rapidement possible. Par ailleurs, les protocoles d'intervention actuellement donnés aux ambulanciers ne leurs permettent d'utiliser aucune médication. Dans ce dossier, l'utilisation d'adrénaline, notamment par voie sous-cutanée, aurait pu aider les ambulanciers à faire céder le bronchospasme et à rendre la ventilation plus facile.</p>	<p>Que la Régie régionale de Mauricie-Bois-Francs aille de l'avant le plus rapidement possible afin de fournir à leurs transporteurs ambulanciers la capacité d'assurer la ventilation des patients en arrêt respiratoire à l'aide d'un tube endotrachéal, plutôt qu'à l'aide d'un simple masque et ce, afin d'assurer une meilleure ventilation et d'augmenter les chances de succès lorsque les ambulanciers auront à intervenir chez des patients qui seront déjà en arrêt cardiorespiratoire à leur arrivée.</p>
DATE DU DÉCÈS :		20.07.93		
ORGANISME(S) VISÉ(S) :		Régie régionale de Mauricie-Bois-Francs		

NUMÉRO : 97	Décès naturel	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER :	A-87407 80195	<p>Une femme décède d'une insuffisance coronarienne aiguë.</p> <p>Au moment où la victime a subi son malaise cardiaque, elle était à son domicile. Bien que les ambulanciers soient arrivés sur les lieux peu de temps après avoir été prévenus, ils n'ont pu procéder à une défibrillation puisqu'ils n'avaient pas les connaissances pour ce faire. Actuellement, il y a environ 85% des techniciens ambulanciers de la Corporation d'urgences-santé de la région de Montréal Métropolitain (Urgences-Santé) qui ont suivi le cours sur les moniteurs défibrillateurs semi-automatiques (MDSA). Il a donc fallu attendre un deuxième groupe d'ambulanciers pour qu'une défibrillation soit effectuée.</p> <p>En date de l'événement, le répartiteur n'avait aucune façon de savoir s'il y avait à bord de l'ambulance un technicien qualifié pour utiliser un défibrillateur. Deux mois après cependant, une directive avait été formulée à l'effet d'obliger les ambulanciers à informer au début de leur période de travail la centrale de la disponibilité ou non d'un technicien apte à procéder à une défibrillation.</p>	<p>Que la Corporation d'urgences-santé de la région de Montréal Métropolitain voie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à ce que le cours de formation sur les moniteurs défibrillateurs semi-automatiques soit un pré-requis à l'embauche de techniciens ambulanciers; - à ce que 100% des techniciens déjà engagés et qui travaillent à bord des ambulances aient obligatoirement suivi le cours de formation sur MDSA.
DATE DU DÉCÈS :	07.01.95		
ORGANISME(S) VISÉ(S) :	Corporation d'urgences-santé de la région de Montréal Métropolitain		

NUMÉRO : 98	Décès naturel	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER :	A-91284 76816	<p>Une personne âgée demeurant à la résidence Sainte-Dorothée décède d'un arrêt cardiorespiratoire. Ce décès a fait l'objet d'une enquête publique dans la mesure où au moment d'entreprendre des manoeuvres de réanimation, les ambulanciers de la Corporation d'urgences-santé de la région de Montréal métropolitain (Urgences-Santé) en ont été empêché par les préposés sur place. Ces derniers avaient, semble-t-il, obtenu verbalement de la famille de la victime une consigne à l'effet de n'entreprendre aucune manoeuvre.</p> <p>Également, un délai important a été observé entre le moment où la victime inanimée a été découverte et le contact fait auprès des ambulanciers. À cet égard, l'implication de l'infirmière sur place a été significatif puisqu'elle a elle-même posé un diagnostic à propos de l'état de la victime, et l'intervention qui devait suivre.</p>	<p>Que l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec enquête sur deux points relativement aux agissements des préposés, à savoir : le fait que l'infirmière sur place ait établi un diagnostic d'accident cérébro-vasculaire, et le fait qu'elle ait donné un délai d'une demi-heure à Urgences-Santé pour se rendre auprès du bénéficiaire.</p> <p>Que le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de la Résidence Sainte-Dorothée porte attention, pour étude ou directive en conséquence, au fait que c'est le personnel infirmier qui décide de l'urgence d'un transport, si le médecin qui le prescrit n'en précise pas le degré d'urgence.</p> <p>Qu'Urgences-Santé modifie sa directive pour prévoir, lors d'appel par un professionnel de la santé autre qu'un médecin, qu'il y ait vérification pour s'assurer que le diagnostic ou le degré d'urgence ont été préalablement établis par un médecin (dans le cas d'une réponse négative, qu'il y ait obligatoirement transfert de l'appel à un médecin de garde à Urgences-Santé pour diagnostic et établissement d'un degré d'urgence de l'appel selon le système Clawson ou supérieur à celui-ci, si les circonstances s'y prêtent).</p> <p>Que la Fédération québécoise des centres d'hébergement et de soins de longue durée rappelle, lors de séances d'information réunissant ses membres, l'importance d'une politique en matière de réanimation, et l'existence du guide pour la formulation d'une politique sur la réanimation cardiorespiratoire.</p>
DATE DU DÉCÈS :	08.06.94		
ORGANISME(S) VISÉ(S) :	Ordre des infirmiers et infirmières du Québec Résidence Sainte-Dorothée Corporation d'urgences-santé de la région de Montréal métropolitain Fédération québécoise des CHSLD		

NUMÉRO : 99	Décès naturel	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-92254 73078		Une dame qui est conduite à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus décède des suites d'un arrêt cardiorespiratoire.	<p>Que le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus:</p> <ul style="list-style-type: none"> - voie à ce que ce dossier soit soumis au Comité d'évaluation de l'acte médical afin que soit revue la conduite diagnostique et thérapeutique qui fut adoptée lors des diverses consultations; - voie à ce que soient appliquées adéquatement les recommandations qui pourraient être formulées.
DATE DU DÉCÈS : 13.10.93		Au cours des jours qui ont précédé son décès, la dame s'est présentée à deux reprises à ce même hôpital. La première fois, elle présentait une histoire de convulsions à répétition. On notait également une perte de poids de 20 livres en trois semaines. Suite à un dosage des anticonvulsivants, on a expliqué ces crises par un changement de la médication. On a également pensé à la possibilité d'une gastro-entérite. La seconde fois, la dame s'est présentée pour des douleurs épigastriques (depuis trois jours) et des vomissements. Après consultation, un diagnostic d'hyponatrémie fut posé.	
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Hôpital de l'Enfant-Jésus		En résumé, l'investigation confirme que l'état physique de la victime s'est détérioré au cours des derniers jours, avec symptômes suggestifs de gastro-entérite et bilan montrant des perturbations électrolytiques. Les crises convulsives étaient également mal contrôlées.	

NUMÉRO : 100	Décès naturel	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-93614 80654		Une dame souffrant d'une déficience intellectuelle qui limitait beaucoup ses moyens de communiquer, décède quelques heures après avoir obtenu son congé du Centre hospitalier de Charlevoix.	<p>Que la direction du Centre hospitalier de Charlevoix voie à ce que ce dossier soit soumis au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de sorte que soient revus :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'établissement du diagnostic dans la mesure où il n'y a pas eu de mesures des gaz artériels, qu'il n'y a pas eu de monitoring précis, ni de suivi de la saturation en oxygène, qu'il y avait une forte possibilité d'embolies pulmonaires dès la première admission, et que les moyens diagnostics n'ont pas tous été utilisés en présence d'une bénéficiaire incapable de communiquer clairement; - la décision du congé qui a été prise alors que l'état clinique de la patiente ne semblait pas stabilisé.
DATE DU DÉCÈS : 11.02.95		Au moment de son admission six jours auparavant, la dame présentait une gêne respiratoire. Par ailleurs, une radiographie pulmonaire montrait une pneumonie au lobe supérieur droit. On notait également une diminution de la saturation en oxygène, sans pour autant qu'il y aient de gaz artériels ou capillaires d'effectués par la suite.	
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Centre hospitalier de Charlevoix		Devant un état qui semblait s'être amélioré après différents traitements, le médecin soignant a autorisé le congé malgré le fait que la dame demeurait polypnéique, qu'elle présentait une forte fièvre, qu'elle avait une toux grasse et qu'elle présentait une dyspnée d'effort marquée. À son retour à l'urgence de l'hôpital en arrêt cardiorespiratoire, aucune manoeuvre ne fut tentée par le médecin qui était convaincu que ce serait sans résultat.	

NUMÉRO : 101	Décès naturel	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER :	A-93929 74145	Une adolescente décède subitement du syndrome de décès soudain chez l'adolescent.	Que la direction de la Polyvalente de Disraéli voie à ce que des listes adéquates de numéros de téléphone à signaler en cas d'urgence soient placées très à la vue, à proximité des téléphones les plus accessibles dans les différents secteurs de l'école.
DATE DU DÉCÈS :	10.12.93	L'événement est survenu à la polyvalente de Disraéli alors que la jeune victime s'est affaissée soudainement. Malgré les efforts déployés par l'infirmière sur place, le décès a été constaté à l'arrivée au Centre hospitalier de la Région de l'amiante.	
ORGANISME(S) VISÉ(S) :	Polyvalente de Disraéli	À noter que quelques secondes ont été perdues au moment où on tentait de rejoindre les ambulanciers. Le numéro de téléphone n'étant pas facilement accessible ou visible.	

NUMÉRO : 102	Décès naturel	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER :	A-93988 75568	Un bébé décède deux jours après sa naissance à l'Hôtel-Dieu de Lévis.	<p>Que le directeur des services professionnels de l'Hôtel-Dieu de Lévis s'assure que le dossier médical relatif à ce décès soit étudié par un comité d'enquête sur la mortalité et la morbidité périnatale, et que les recommandations qui pourraient en découler soient appliquées ultérieurement.</p> <p>Que la direction des soins infirmiers de l'Hôtel-Dieu de Lévis s'assure que le département d'obstétrique:</p> <ul style="list-style-type: none"> - se dote d'un protocole bien établi pour le «monitoring foetal» devant inclure de façon non limitative 1) la vérification régulière de l'heure inscrite sur les appareils comparativement à l'heure dans les salles de travail et d'accouchement, afin que le tout soit bien coordonné et que l'heure inscrite sur les tracés soit réelle et fiable, et 2) l'inscription régulière sur les tracés des interventions pertinentes telles: variation de la dose de stimulation, oxygène reçu, changement de position, examens, anesthésie reçue, etc.; - mette en place des mesures de contrôle afin que le protocole soit toujours bien respecté par tout le personnel infirmier.
DATE DU DÉCÈS :	23.02.94	<p>Au début de l'accouchement, il y a eu rupture spontanée des membranes suivie d'une première tentative infructueuse de stimulation. Le lendemain, une deuxième tentative de stimulation a été tentée et a provoqué une dilatation progressive du col utérin. Jusqu'à ce moment, l'évolution du travail fut tout à fait normale pour une primigeste.</p> <p>En soirée, certaines décélérations du cœur foetal à près de 90 battements à la minute furent observées à différentes reprises (la révision du tracé de «monitoring» foetal montre effectivement que durant la première partie de cette soirée, les décélérations devaient attirer l'attention, mais tout de même le cœur du bébé récupérait bien). Cependant, sur les dernières 90 minutes et plus du tracé reçu, la qualité d'enregistrement est très pauvre, si bien qu'une interprétation satisfaisante est impossible à faire. On note, entre autres, une incompatibilité de l'heure inscrite sur le tracé avec l'heure au dossier médical ainsi que l'absence sur le tracé d'indications du moment où se sont déroulés les faits les plus significatifs (examens, dilatation, station, variation du débit de la stimulation, etc.).</p>	
ORGANISME(S) VISÉ(S) :	Hôtel-Dieu de Lévis		

NUMÉRO : 103	Décès naturel	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER :	A-94518 77418	<p>Un individu ressent soudainement une vive douleur épigastrique et perd connaissance en présence de ses enfants à la résidence familiale. Malgré un transport vers le centre hospitalier de Rimouski, il décède d'une arythmie maligne secondaire à un processus ischémique myocardique.</p> <p>Compte tenu des circonstances, il est à se demander si des manoeuvres de réanimation de base faites sur place ainsi que l'utilisation d'un combitube et d'un défibrillateur par les ambulanciers n'auraient pas permis de changer le cours des événements.</p>	Que le ministère de l'Éducation voie à intégrer au niveau de la formation secondaire, un programme de formation en premiers soins de type ambulance Saint-Jean, ainsi qu'un programme de formation en réanimation cardiorespiratoire de base.
DATE DU DÉCÈS :	02.04.94		Que la commission scolaire La Neigette (région de Rimouski) voie à intégrer des cours de formation en premiers soins et en réanimation cardiorespiratoire de base au programme de formation scolaire de niveau secondaire, à titre de projet-pilote.
ORGANISME(S) VISÉ(S) :	Ministère de l'Éducation Commission scolaire La Neigette Ministère de la Santé et des Services sociaux		Que le coordonnateur médical de la direction des services pré-hospitaliers d'urgence et de traumatologie du ministère de la Santé et des Services sociaux poursuive ses efforts auprès du ministère de l'Éducation afin que soient intégrés au niveau de la formation secondaire des cours de premiers soins et de réanimation cardiorespiratoire de base.

NUMÉRO : 104	Décès naturel	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER :	A-94519 77521	<p>Au cours de son transport vers le Centre hospitalier de Mont-Joli, un individu décède d'un infarctus aigu du myocarde associé à de l'oedème pulmonaire.</p> <p>Compte tenu du fait que le décès est survenu dans l'ambulance, il appert que l'utilisation d'un combi-tube et d'un moniteur défibrillateur semi-automatique auraient pu aider à sauver la vie du patient.</p>	Que la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent favorise l'utilisation des combi-tubes et des moniteurs défibrillateurs semi-automatiques par les services ambulanciers, tout en offrant une formation adéquate et un bon encadrement.
DATE DU DÉCÈS :	13.07.94		
ORGANISME(S) VISÉ(S) :	Régie régionale du Bas-Saint-Laurent		

NUMÉRO : 105		Décès naturel	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-94520 77508			<p>Un camionneur est retrouvé inanimé près de son véhicule dans la localité des Méchins. Un massage cardiaque est débuté dans l'attente des ambulanciers et des premiers répondants. Ces derniers poursuivent les manoeuvres à leur arrivée après quoi ce sont les ambulanciers qui prennent la relève. Près d'une heure plus tard, le décès de la victime est constaté à l'hôpital.</p> <p>Le service des premiers répondants est un organisme qui compte une vingtaine de personnes qui répondent à une douzaine d'appels urgents par mois, afin de porter assistance dans l'attente des ambulanciers. Cependant, les interventions faites par ces individus ne sont soumises à aucune forme d'évaluation en plus de ne faire l'objet d'aucun encadrement professionnel permettant une évaluation et une amélioration des actes posés.</p>	<p>Que la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent :</p> <ul style="list-style-type: none">- offre un meilleur encadrement et une certaine forme d'évaluation des gestes posés par le service des premiers répondants de la localité des Méchins, afin de standardiser certains éléments d'approches des différents problèmes d'urgence et d'améliorer leurs interventions;- développe dans d'autres localités qui font face également à des distances importantes un service similaire à celui mis en place par la population des Méchins. <p>Que le responsable des premiers répondants de la localité des Méchins poursuive sa recherche d'un encadrement professionnel, afin de standardiser les pratiques et d'améliorer la qualité des soins.</p> <p>Que le coordonnateur médical de la direction des services pré-hospitaliers d'urgence et de traumatologie du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) voie à ce qu'il y ait un renforcement au plan de l'implantation, de la formation et de l'encadrement des groupes de premiers répondants, dans la mesure où ils constituent un maillon important de la chaîne de survie et ce, principalement en région périphérique.</p>
DATE DU DÉCÈS : 18.07.94				
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Régie régionale du Bas-Saint-Laurent Service des premiers répondants-Les Méchins Ministère de la Santé et des Services sociaux				

NUMÉRO : 106	
--------------	--

NUMÉRO : 107 Décès naturel		DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER :	A-94537 80504	<p>Une personne âgée hospitalisée d'urgence à l'Hôpital de Matane décède d'embolies pulmonaires multiples.</p> <p>Cette patiente a été admise pour palpitations avec tachycardie sinusale. Toutefois, on ne retrouve aucun élément au dossier en ce qui a trait à l'oxygénation sanguine (gaz artériel et saturométrie). Par ailleurs, l'autopsie démontre de nombreuses embolies pulmonaires ainsi qu'un début d'infarctus pulmonaire. Par conséquent, des embolies de plus de douze à vingt-quatre heures étaient sans doute les raisons initiales de la consultation à l'urgence.</p>	<p>Que ce dossier soit soumis avec copie du rapport d'autopsie au Comité d'évaluation médicale et dentaire de l'Hôpital de Matane pour fins d'analyse.</p>
DATE DU DÉCÈS :	04.02.95		
ORGANISME(S) VISÉ(S) :	Hôpital de Matane		

NUMÉRO : 108		Décès naturel	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-94774 75731			Une personne âgée décède d'une asphyxie causée par la présence de volumineux polypes laryngés avec obstruction massive secondaire des voies respiratoires. Lors d'une consultation à l'hôpital peu de temps avant le décès, le médecin de l'urgence a jugé normale une radiographie des tissus mous du cou, tout comme le radiologiste par la suite. Malgré un traitement au Ventolin, la patiente a continué à manifester de la difficulté à respirer avec présence d'un stridor inexpliqué. Plutôt que d'accepter l'hospitalisation, la patiente a préféré quitter l'hôpital sans signer le refus de traitement. Une consultation en ORL a cependant été fixée en vue d'une probable élimination d'une obstruction haute du larynx par néoplasie.	Que le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'hôpital du Haut-Richelieu s'assure:
DATE DU DÉCÈS : 28.03.94				<ul style="list-style-type: none">- que lorsqu'un bénéficiaire quitte sans vouloir signer la feuille de refus de traitement, que celui-ci ou son représentant a tous les renseignements nécessaires, c'est-à-dire qu'il connaît les différentes options possibles, les risques et les conséquences associés à chacune de ces options (ALDO ou Aspects législatifs, déontologiques et organisationnels de la pratique médicale au Québec), et que le médecin s'assure que les informations données et la transmission sur les risques soient notées de façon explicite au dossier médical;- qu'une consultation en stat en ORL soit faite pour tout stridor non expliqué, non amélioré par le traitement et sans modification de la condition clinique du bénéficiaire;
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Hôpital du Haut-Richelieu				<ul style="list-style-type: none">- que le département de radiologie de l'hôpital du Haut-Richelieu révise ce dossier afin de mieux informer les radiologistes des différents diagnostics différentiels du stridor laryngé;- que le département de médecine générale de l'hôpital du Haut-Richelieu révise ce dossier afin de mieux informer les médecins du service d'urgence des différents diagnostics différentiels du stridor laryngé et de leur présentation radiologique.

NUMÉRO : 109		Décès naturel	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-94780 75767			Un bébé décède du syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) à la résidence familiale. Le père de la victime fumait près d'un paquet de cigarettes par jour. Or, des recherches récentes ont permis d'établir que la fumée passive pouvait constituer l'une des causes à l'origine du SMSN.	Que le ministère de la Santé et des Services sociaux et Santé Canada prennent des mesures afin qu'une publicité soit orchestrée visant à informer les femmes enceintes et les parents des risques augmentés de mort subite du nourrisson chez les bébés dont les mères ont fumé pendant leur grossesse, et qui subissent plus tard la fumée passive.
DATE DU DÉCÈS : 30.03.94				
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Ministère de la Santé et des Services sociaux Santé Canada				

NUMÉRO : 110	Décès naturel	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-95358 76777		Suite à une consultation à l'urgence de l'Hôpital Charles-Lemoyne, une femme est hospitalisée avec un diagnostic de pancréatite biliaire. Elle décède au cours de la cholécystectomie par laparoscopie alors qu'il y a perforation combinée de la veine cave inférieure et de l'aorte abdominale, ce qui constitue une complication excessivement rare dans ce type de chirurgie.	<p>Que le comité d'examen des dossiers de l'Hôpital Charles-Lemoyne revoie ce dossier pour examen et action appropriée, s'il y a lieu.¹</p> <p>Que l'Association des chirurgiens généraux du Québec soit informée de ce dossier.</p> <p>Que le Collège des médecins du Québec soit informée de ce dossier.</p>
DATE DU DÉCÈS : 07.06.94			
ORGANISME(S) VISÉ(S) :			
Hôpital Charles-Lemoyne Association des chirurgiens généraux du Québec Collège des médecins du Québec			

NUMÉRO : 111	Décès naturel	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-96654 77411		<p>Un détenu de l'Institut Leclerc est conduit au Centre hospitalier Cité de la Santé où on constate une gastrite érosive et un diabète débalancé. De plus, suite à une radiographie pulmonaire, on note au dossier du patient l'observation de plusieurs petites zones d'infiltration au niveau de la plage pulmonaire droite, le début d'un processus infectieux et la possibilité clinique d'une aspiration. Après avoir reçu une antibiothérapie intraveineuse, de l'insuline et des antihistaminiques, le patient reçoit son congé. Peu de temps après son arrivée à l'Institut Leclerc, il décède d'un arrêt cardiorespiratoire.</p> <p>Après investigation, il appert que le congé reçu du Centre hospitalier Cité de la Santé aurait été donné prématurément.</p>	<p>Que le Comité d'évaluation de l'acte médicale du Centre hospitalier Cité de la Santé examine ce dossier et formule les recommandations appropriées.</p> <p>Que le Bureau du Syndic du Collège des médecins du Québec étudie ce dossier et formule les recommandations appropriées.</p>
DATE DU DÉCÈS : 13.07.94			
ORGANISME(S) VISÉ(S) :			
Centre hospitalier Cité de la Santé Collège des médecins du Québec			

NUMÉRO : 112	Décès naturel	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-97403 77500		<p>Un patient admis à l'urgence du Centre hospitalier régional de Lanaudière décède des suites d'un infarctus du myocarde.</p> <p>Au moment de son admission, le patient se plaignait de vomissements et de diarrhée. Il fut alors couché sur une civière dite «tour de rôle» par l'infirmière préposée au triage qui n'a pas considéré l'état de celui-ci comme étant urgent. Le patient est décédé quelques heures après.</p> <p>Bien que dans le présent cas il ne s'agissait pas d'une présentation typique d'un infarctus du myocarde, une certaine confusion semble avoir régné concernant les critères liés au triage. Il semble y avoir également eu un manque de formation spécifique pour le poste de préposé au triage.</p>	<p>Que la direction des services professionnels du Centre hospitalier régional de Lanaudière s'assure:</p> <ul style="list-style-type: none"> - que le comité d'évaluation de l'acte médical revise périodiquement les critères d'évaluation pour le triage à l'urgence; - que les infirmières qui travaillent à l'urgence soient informées des mises à jour concernant les critères d'évaluation pour le triage à l'urgence; - que toutes les infirmières qui sont appelées à travailler au triage de l'urgence reçoivent une formation spécifique.
DATE DU DÉCÈS : 17.07.94			
ORGANISME(S) VISÉ(S) :			
Centre hospitalier régional de Lanaudière			

NUMÉRO : 113	Décès naturel	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER :	A-98107 78655	<p>Une personne âgée hospitalisée au Centre hospitalier Hôtel-Dieu de Sherbrooke à la suite d'un infarctus inférieur, décède d'une deuxième attaque quelques jours après son hospitalisation.</p> <p>Au moment de l'événement, la victime sortait du bain. C'est une infirmière qui désirait s'assurer que tout allait bien qui a découvert le corps inanimée. Fait à noter, l'infirmière en question n'a pu porter secours immédiatement à la victime puisque la porte était verrouillée. Bien qu'elle ait récupéré une clé au poste de garde, celle-ci a été inutile puisque l'on avait changé la serrure récemment.</p>	<p>Que les autorités du Centre hospitalier Hôtel-Dieu de Sherbrooke voie à ce qu'aucune serrure, dont la clé ou le passe-partout est remis au poste de garde, ne soit changée sans qu'une nouvelle clé ne soit laissée au poste en question.</p>
DATE DU DÉCÈS :	02.10.94		
ORGANISME(S) VISÉ(S) :	Centre hospitalier Hôtel-Dieu de Sherbrooke		

NUMÉRO : 114	Décès naturel	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER :	A-98352 77809	<p>Une patiente hospitalisée à la Clinique Roy Rousseau pour des problèmes psychiatriques graves est retrouvée en arrêt cardiorespiratoire. Au cours d'une visite la nuit précédant le décès, l'infirmière de garde n'avait rien noté d'anormal, si ce n'est que la patiente était devenue soudainement très calme.</p> <p>La condition préalable de la victime nécessitait une très forte médication (neuroleptiques) afin de calmer son agitation, ainsi que l'utilisation de contentions. Cependant, aucune évaluation analytique de base ne fut faite en vue d'éliminer un état d'intoxication quelconque, ou encore un problème physique sous-jacent.</p> <p>Compte tenu que l'autopsie ne précise pas la cause du décès, le coroner se questionne sur la possibilité que les troubles psychomoteurs que présentait la patiente, aient pu avoir une origine métabolique ou endocrinienne. De même, il s'est avéré impossible de préciser si le décès pouvait être relié à l'utilisation de la médication, laquelle était susceptible éventuellement de provoquer des troubles cardio-vasculaires ou respiratoires. Des questions demeurent également quant à la surveillance dont la victime a fait l'objet par le personnel infirmier.</p>	<p>Que la direction des soins infirmiers de la Clinique Roy Rousseau revoie la surveillance qu'a reçu la patiente dans les heures qui ont précédé le décès en prenant pour acquis qu'en tout temps (même la nuit), les patients instables, nécessitant l'emploi de contentions et une médication neuroleptique lourde, reçoivent une surveillance appropriée à leurs besoins, permettant de détecter précocement tout changement significatif dans leur état.</p> <p>Que le directeur des services professionnels de la Clinique Roy Rousseau s'assure que les patients nouvellement admis bénéficient dans les meilleurs délais possibles d'une investigation analytique de base permettant d'éliminer d'emblée certains problèmes physiques sous-jacents à leurs troubles d'allure psychiatrique.</p>
DATE DU DÉCÈS :	04.08.94		
ORGANISME(S) VISÉ(S) :	Clinique Roy Rousseau		

NUMÉRO : 115	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-98357 77790	<p>Une personne âgée résidant dans une famille d'accueil décède suite à la rupture d'un ulcère digestif avec hémorragie massive.</p>	<p>Que monsieur Charles-Ernest Bradet (famille d'accueil) :</p>
DATE DU DÉCÈS : 09.08.94	<p>Bien que la victime semblait asymptomatique cliniquement, il a été surprenant de constater qu'elle n'avait pas vu de médecin de famille depuis quelques années et que sa médication continuait à être administrée voire même renouvelée, d'autant plus qu'un suivi médical annuel avait été recommandé par le Service des ressources familiales du Centre hospitalier de Charlevoix.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - s'assure que les recommandations faites par le Service des ressources familiales du Centre hospitalier de Charlevoix quant au suivi médical des bénéficiaires soient bien suivies; - s'assure que la médication administrée aux bénéficiaires soit contrôlée régulièrement par le médecin qui la prescrit.
ORGANISME(S) VISÉ(S) : M. Charles-Ernest Bradet Centre hospitalier de Charlevoix		<p>Que la direction du Centre hospitalier de Charlevoix vérifie si les recommandations antérieures ont été considérées lorsque le Service des ressources familiales procède à la ré-évaluation d'un bénéficiaire déjà connu, et qu'elle voie à ce que les nouvelles recommandations soient ajustées en conséquence.</p>

92

NUMÉRO : 116	Décès naturel	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-98365 77848		<p>Un bébé décède à la suite de complications rencontrées au moment de l'accouchement à la Maison des naissances de l'Outaouais.</p> <p>Le 28 juillet 1994, vers 7 heures 15, les contractions utérines de la mère débutèrent aux 5 à 6 minutes. La sage-femme fut contactée et le premier examen eut lieu à domicile, vers 9 h 30. Aux alentours de 13 h 30, la mère téléphona à la maison des naissances pour informer de son arrivée prochaine, où elle fut d'ailleurs admise peu de temps après.</p> <p>Comme le veut la coutume à la Maison des naissances de l'Outaouais, une seconde sage-femme vint prêter main forte à la première, à la fin du travail en vue de l'arrivée du bébé. Ainsi, à 21 h 45, elle se présenta.</p> <p>A minuit 18 minutes le 29 juillet, il y eut naissance d'un bébé masculin pesant 3,3 kilos; l'enfant n'avait pas de tonus, ne respirait pas et sa coloration n'était pas normale. Son évaluation clinique selon la méthode APGAR indiquait 3 à 1 minute, 4 à 5 minutes et 4 à 10 minutes (cette méthode évalue cinq points cliniques chez le nouveau-né). Un nouveau-né normal doit tendre vers un résultat de 10 à 10 minutes de vie.</p> <p>A deux minutes de vie, le cordon ombilical fut rompu. La réanimation du bébé a d'abord commencé par la stimulation et l'aspiration à la poire; puis, vers 2 ou 3 minutes de vie, l'oxygène avec Ambu débuta. Il y a peu de précision sur la réponse de l'enfant au traitement reçu.</p> <p>Une décision de transférer l'enfant à l'hôpital fut prise à minuit 23 minutes. L'ambulance fut appelée et arriva sur les lieux à minuit et demi. La personne qui effectua cet appel, une sage-femme alors en stage, ne connaissait pas l'adresse exacte, ni le numéro de téléphone de la Maison des naissances ainsi que l'état du bébé.</p>	<p>Que le ministère de la Santé et des Services sociaux :</p> <ul style="list-style-type: none">- exige que les maisons des naissances, dans leur ensemble, soient aménagées et organisées afin de faciliter le mieux possible tout transfert d'urgence vers un milieu approprié;- dans le cadre de leur formation en réanimation cardiorespiratoire néonatale et des séances de mise à jour périodique des connaissances, s'assure que les sages-femmes connaissent bien les indications d'intubation et en maîtrisent bien la technique;- rédige un protocole de transfert permettant de diriger dans un centre approprié les nouveaux-nés présentant une détresse respiratoire afin qu'ils puissent recevoir le plus rapidement possible, et dans les meilleures conditions, l'aide nécessaire;- rédige un protocole de transport détaillé pour le nouveau-né en précisant le mieux possible les rôles respectifs des divers intervenants, en informant adéquatement tous les intervenants intéressés, et en s'assurant que ce protocole soit revu périodiquement afin d'y apporter les correctifs opportuns s'il y a lieu;- s'assure que des mesures particulières soient prises dans l'éventualité où une cliente désire accoucher dans une maison des naissances, mais qu'elle ait connu des difficultés particulières lors d'une grossesse antérieure, plus particulièrement au cours du travail et de l'accouchement (ceci présuppose évidemment une histoire antérieure très détaillée du côté obstétrical);
DATE DU DÉCÈS : 01.08.94			
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Ministère de la Santé et des Services sociaux Maison des naissances de l'Outaouais			

NUMÉRO : 116 (suite) Décès naturel	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-98365 77848	<p>Rendus sur place, les ambulanciers montèrent au 2^e étage où se trouvait la chambre des naissances; le bébé était alors par terre sur un mince matelas enveloppé d'une couverture alors que la sage-femme effectuait une ventilation au masque. La détresse respiratoire de l'enfant avec inefficacité des manoeuvres de réanimation fut confirmée à la fois par les ambulanciers et les policiers.</p> <p>Un ambulancier prit le pouls brachial du bébé et réalisa qu'il était présent mais filant et lent. L'enfant fut placé dans l'incubateur qui se trouvait dans le passage voisin; il n'y a aucune mention dans le dossier, ainsi que de la part des intervenants, à savoir si l'incubateur était déjà réchauffé ou pas.</p>	<p>Que la Maison des naissances de l'Outaouais :</p> <ul style="list-style-type: none"> - voie à ce que le personnel ayant à demander les services des ambulanciers et des policiers soit habilité à le faire, et sache clairement quels renseignements pertinents ils ont à donner et pour quels services ils veulent de l'aide; - élabore un plan de soins précis afin d'obtenir un suivi plus serré du travail, plus particulièrement au cours du 2^e stade, avec prise régulière du coeur foetal et enregistrement des valeurs au dossier médical (pendant et après la contraction) (il serait également pertinent que le dossier obstétrical fasse clairement mention du moment de la dilatation complète et celui du début des poussées); - élabore une feuille de route permettant, lors de la réanimation du nouveau-né, d'y retrouver toutes les informations pertinentes (chronologie des gestes posés, médication administrée, signes vitaux, etc.); - lors du questionnaire, de l'histoire médicale et de l'examen physique d'une nouvelle usagère pour la Maison des naissances, s'assure que le dossier soit bien détaillé et complet du côté médical.
DATE DU DÉCÈS : 01.08.94	<p>Comme il n'y avait pas d'ascenseur, les deux ambulanciers durent descendre péniblement l'incubateur et son support par un escalier qui tourne en U et qui comprend un palier pendant que la sage-femme suivait de près, afin de pouvoir maintenir le mieux possible l'assistance ventilatoire au bébé.</p> <p>Un ambulancier demanda aux policiers d'aller sortir la civière de l'ambulance et de descendre l'oxygène; l'incubateur fut placé dans l'ambulance. La sage-femme y monta également.</p> <p>Pendant ce temps, on appela au Centre hospitalier de Gatineau pour informer qu'un bébé arrivait en détresse respiratoire, en demandant d'aviser un pédiatre. Lors du transport, les soins du bébé furent donnés principalement par la sage-femme. De sa naissance jusqu'à minuit 42 minutes, l'enfant ne présenta aucune respiration spontanée. L'ambulance arriva à l'hôpital à 24 h 43.</p>	
ORGANISME(S) VISÉ(S) : Ministère de la Santé et des Services sociaux Maison des naissances de l'Outaouais	<p>Au Centre hospitalier de Gatineau, un médecin prit charge du bébé et fut remplacé à 24 h 48 par un pédiatre. A 1 h 18, des convulsions apparurent, durant 15 à 20 secondes, requérant un traitement médical; le bébé convulsa à deux autres reprises, le pédiatre fit un diagnostic d'asphyxie néonatale et de convulsions néonatales. A 1 h 30, le pédiatre décida de transférer l'enfant au Centre hospitalier pour enfants de l'Est de l'Ontario.</p>	

NUMÉRO : 116 (suite) Décès naturel		DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-98365 77848		<p>Au Centre hospitalier pour les enfants de l'Est de l'Ontario, la première journée, le bébé était toujours hypotonique et irritable; il était stable hémodynamiquement et du côté respiratoire. Vingt-quatre heures après son admission, il y eut une détérioration neurologique et du Décadron fut donné en vue de diminuer l'oedème cérébral.</p> <p>Le 31 juillet, le bébé était encore moins réactif, et plus hypotonique. Le neurologue revit l'enfant et confirma la détérioration.</p> <p>Le 1er août, après rencontre avec la famille et discussion entre les médecins, un traitement conservateur fut décidé, compte tenu du dommage cérébral irréversible et prolongé chez cet enfant. On cessa alors toute médication et le décès fut constaté ce même jour à 15 h 35.</p>	
		<p>Relativement à ce décès, la coroner a noté que le dossier de la Maison des naissances contient beaucoup d'informations touchant l'aspect psycho-social de la famille mais très peu de précisions sur le plan médical (d'ailleurs certaines parties du dossier médical n'ont pas été remplies), l'absence complète des rapports de laboratoire (on y retrouve simplement une interprétation de ces rapports par la sage-femme), que le suivi tel qu'indiqué au dossier de la sage-femme ne laissait pas présager un problème à la naissance, qu'au cours du deuxième stade de travail, les lectures du cœur foetal auraient eu avantage à être plus rapprochées et plus régulières, que le moment de la dilatation complète ainsi que du début des poussées devrait être clairement enregistré dans le dossier de la mère, qu'une attente d'au moins deux à trois minutes avant de commencer la ventilation et l'oxygène chez un bébé qui ne respire pas à la naissance est beaucoup trop longue, qu'il est inconvenant de réanimer un bébé dans la chambre des parents, devant eux, à terre sur une mince matelas, alors qu'il y a un incubateur chauffant ainsi qu'une table portative sur roulettes à proximité, que dans le dossier, il est noté que le bébé fut ventilé, mais il n'y a aucun commentaire sur l'efficacité de cette ventilation, qu'il y avait indication d'intuber rapidement ce nouveau-né (aucune mention ne figure au dossier à l'effet qu'il aurait dû l'être, ni les raisons pour lesquelles il ne l'a pas été), et que les signes vitaux pris par les ambulanciers ne concordent pas avec ceux de la sage-femme.</p>	
ORGANISME(S) VISÉ(S) :			
Ministère de la Santé et des Services sociaux Maison des naissances de l'Outaouais			

NUMÉRO : 117	Décès naturel	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER :	A-98522 80202	<p>Un bébé décède du syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) à la résidence familiale.</p> <p>La mère de la jeune victime fumait près d'un paquet de cigarettes par jour pendant et après sa grossesse. Or, des recherches récentes ont permis d'établir que la fumée passive pouvait constituer l'une des causes à l'origine du SMSN.</p>	<p>Que le ministère de la Santé et des Services sociaux et Santé Canada prennent des mesures afin qu'une publicité soit orchestrée dans le but d'informer les femmes enceintes et les parents des risques augmentés de mort subite du nourrisson chez les bébés dont les mères ont fumé pendant leur grossesse, et qui subissent plus tard la fumée passive.</p>
DATE DU DÉCÈS :	16.01.95		
ORGANISME(S) VISÉ(S) :	Ministère de la Santé et des Services sociaux Santé Canada		

NUMÉRO : 118	Décès naturel	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER :	A-98541 80181	<p>Une résidente du centre Georges-Phaneuf de Saint-Jean-sur-Richelieu décède d'une insuffisance cardiaque à l'Hôpital du Haut-Richelieu.</p> <p>Peu de temps avant son décès, la bénéficiaire avait dû être hospitalisée pour des brûlures au second degré (sur une superficie d'environ 8 à 10% de son corps). Ces brûlures sont apparues alors qu'elle prenait un bain. La préposée qui effectuait du remplacement ne semble pas s'être assurée que la température de l'eau pouvait être tolérée par la bénéficiaire, bien que le bain en question était muni d'un thermomètre et d'un cadran thermique pour indiquer la température de l'eau.</p> <p>À noter également que la bénéficiaire en question était lourdement hypothéquée sur le plan physique et qu'elle souffrait d'un mutisme secondaire à des atteintes cérébrales extrapyramidales. Elle ne pouvait donc plus s'exprimer verbalement.</p> <p>Même si la température de l'eau était trop élevée (sûrement supérieure à 40°C), le coroner n'a pu établir après investigation de lien causal direct entre les brûlures et le décès. En aucun moment il n'y a eu d'instabilité hémodynamique ou d'évidence de surinfection. Les brûlures doivent par contre être considérées comme un facteur de stress et de co-morbidité non négligeable chez une patiente déjà très hypothéquée au point de vue physique.</p>	<p>Que l'Hôpital du Haut-Richelieu :</p> <ul style="list-style-type: none"> - s'assure qu'il existe un dispositif permettant de limiter la température de l'eau à au plus 40°C pour tous les bains tourbillons sous sa responsabilité; - établisse une procédure d'utilisation sécuritaire des bains tourbillons de sorte qu'elle puisse être affichée bien à la vue dans toutes les salles de bain tourbillon, afin de servir d'aide-mémoire aux utilisateurs et de renforcement positif pour l'adoption d'un comportement sécuritaire vis-à-vis les bénéficiaires.
DATE DU DÉCÈS :	07.01.95		
ORGANISME(S) VISÉ(S) :	Hôpital du Haut-Richelieu Ministère de la Santé et des services sociaux		

NUMÉRO : 119		Décès naturel	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER :		A-98875 80875	<p>Une personne âgée décède des suites d'un infarctus du myocarde. Au cours de son transport vers l'Hôpital d'Armagh, il y a eu installation par un technicien de l'appareil combitube et une amorce de ventilation mécanique. Toutefois, des problèmes ont été rencontrés au cours de l'installation.</p> <p>Par ailleurs, entre le moment du transfert de la dépouille de l'Hôpital d'Armagh vers le Centre hospitalier de Montmagny pour autopsie, le thanatologue a effectué au moins deux ponctions à l'aiguille au niveau des paupières afin de diminuer l'oedème des paupières en vue d'une préparation esthétique du cadavre.</p>	<p>Que la Régie régionale de Chaudière-Appalaches et la compagnie Ambulances Bellechasse inc. voient à ce que la formation des techniciens ambulanciers soit révisée dans un court délai, en ce qui a trait à l'utilisation de l'appareil combitube.</p> <p>Que le transporteur Roy et Rouleau inc. voie à ce que le thanatologue n'amorce aucune technique en vue d'un embaumement et ce, tant que le cadavre n'a pas été libéré par le coroner.</p>
DATE DU DÉCÈS :				
ORGANISME(S) VISÉ(S) :				
Régie régionale Chaudière-Appalaches		Ambulances Bellechasse inc.	Roy et Rouleau inc.	

NUMÉRO : 120		Décès naturel		DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER :		A-100192 80235		Un individu décède d'un infarctus du myocarde à sa résidence de Beauharnois. Un délai d'environ 30 minutes s'est écoulé avant que les ambulanciers n'arrivent sur les lieux pour prendre la relève des policiers. Les ambulanciers ont eu a parcourir une distance de 24km pour répondre à l'appel.	Que la régie régionale de la montérégie revoie la localisation des points d'attente de la région de beauharnois afin de diminuer le délai entre l'heure d'affectation et l'arrivée auprès du bénéficiaire.
DATE DU DÉCÈS :		02.01.95			
ORGANISME(S) VISÉ(S) :		Régie régionale de la Montérégie			

NUMÉRO : 121	Décès naturel	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-101853 80971	DATE DU DÉCÈS : 02.03.95	Une femme hospitalisée à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont décède des suites d'une broncho-pneumonie associée à un syndrome de détresse respiratoire de l'adulte et d'une septicémie découlant d'une transmission secondaire d'un streptocoque A beta-hémolytique (bactérie mangeuse de chair).	<p>Que le ministère de la Santé et des services sociaux voie à ce que les infections invasives par streptocoque soient ajoutées à la liste des maladies à déclaration obligatoire devant être signalées au laboratoire de santé publique.</p> <p>Que le Collège des médecins du Québec voie à ce que le guide résumé sur le diagnostic et le traitement des infections invasives à streptocoque beta-hémolytique de groupe A, soit distribué à tous les médecins cliniciens du Québec.</p> <p>Que le Comité de l'évaluation de l'acte médical de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont de Montréal et de l'Hôpital Charles-Lemoyne de Greenfield Park voient à élaborer une procédure diagnostique et thérapeutique, conformément aux recommandations incluses dans le guide synthèse sur le diagnostic et le traitement des infections invasives à streptocoque.</p>
ORGANISME(S) VISÉ(S) :			
Ministère de la Santé et des services sociaux Collège des médecins du Québec Hôpital Maisonneuve-Rosemont Hôpital Charles-Lemoyne			

NUMÉRO : 122	Décès naturel	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER : A-102310 80678	DATE DU DÉCÈS : 12.02.95	<p>Un individu décède d'une broncho-pneumonie massive avec aspiration de contenu gastrique après avoir subi une intervention chirurgicale à l'Hôpital Jean-Talon.</p> <p>Au lendemain de l'intervention, le patient a démontré des périodes d'apnée. L'infirmière a alors communiqué avec le médecin traitant qui lui a demandé de contacter plutôt le médecin de garde en médecine interne. Toutefois, ce dernier n'a voulu prendre aucune décision concernant la réanimation et a plutôt retourné l'infirmière au médecin traitant. Celui-ci a alors décidé de ne pas effectuer de manoeuvres de réanimation.</p>	<p>Que le directeur des services professionnels de l'Hôpital Jean-Talon soumette ce dossier au Comité d'évaluation de l'acte médicale.</p> <p>Que ce dossier soit acheminé au Collège des médecins du Québec pour une évaluation de la qualité des actes médicaux.</p>
ORGANISME(S) VISÉ(S) :			
Hôpital Jean-Talon Collège des médecins du Québec			

NUMÉRO : 123	Décès naturel	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER :	A-102320 80915	<p>Un individu découvert inanimée au volant de son véhicule, décède des suites d'un infarctus du myocarde à l'Institut de cardiologie de Montréal.</p> <p>L'épouse de la victime aurait demandé au personnel de l'Institut qu'une autopsie soit effectuée sur la dépouille de son mari. Cependant, aucune demande en ce sens n'a été transmise au coroner chargé du dossier.</p>	<p>Que le directeur des services professionnels de l'Institut de cardiologie de Montréal avise son personnel de transmettre au Bureau du coroner, sans délai, toute demande qui concerne un décès qui relève d'un coroner.</p>
DATE DU DÉCÈS :	28.02.95		
ORGANISME(S) VISÉ(S) :	Institut de cardiologie de Montréal		

NUMÉRO : 124	Décès naturel	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER :	A-105427 82747	<p>Un bébé né à la suite d'une césarienne décède d'une asphyxie périnatale et d'une hypovolémie massive consécutives à un décollement placentaire.</p> <p>En raison de pertes sanguines abondantes et d'un cœur de plus en plus difficile à capter chez l'enfant, la résidente en obstétrique du Centre hospitalier de Gatineau a contacté le gynécologue afin que soit pratiquée une césarienne en urgence. Cependant, ce n'est que 35 minutes plus tard que celle-ci sera débutée.</p> <p>À noter que le délai observé ne respecte pas ce qui est prescrit par le Collège des médecins du Québec concernant les critères de soins pour les centres offrant des services périnataux de niveau 1 (capacité de pratiquer une césarienne d'urgence dans un délai de 30 minutes, sur place ou dans un autre centre hospitalier).</p>	<p>Que le Centre hospitalier de Gatineau s'assure que les césariennes décrétées urgentes soit pratiquée dans le délai recommandé de 30 minutes.</p>
DATE DU DÉCÈS :	30.06.95		
ORGANISME(S) VISÉ(S) :	Centre hospitalier de Gatineau		

NUMÉRO : 125	Décès naturel	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT MORTEL	RECOMMANDATION(S)
AVIS/DOSSIER :	A-107261 82804	<p>Une dame âgée décède d'un infarctus aigu du myocarde, probablement en raison d'un rythme cardiaque irrégulier.</p> <p>Dans la semaine précédant son décès, la dame avait développé des douleurs dans la poitrine et une sensation de malaises généralisés. Différentes consultations en clinique ont eu lieu dont une la veille de son décès. Suite à cette consultation, un électrocardiogramme était prescrit. Par contre, même si ce dernier démontrait la présence d'anomalies du segment ST et de l'onde T sur la paroi antéroseptale compatible avec de l'ischémie myocardique, la patiente n'a pas été vue par le médecin qui avait demandé l'analyse, ni par tout autre médecin du Centre hospitalier régional de l'Outaouais dans les heures qui ont suivi l'analyse.</p>	<p>Que ce dossier soit soumis à la direction des services professionnels du Centre hospitalier régional de l'Outaouais pour que soit revue la procédure de références des patients externes vers le centre hospitalier lorsque des symptômes particulièrement inquiétants poussent le médecin traitant à recommander des analyses d'urgence (tout comme certaines valeurs de laboratoire «paniques» provoquent des appels téléphoniques de membres du personnel de laboratoire vers le médecin traitant, le tout devrait être similaire pour un électrocardiogramme inquiétant; il devrait donc être vu par le cardiologue de garde ou l'urgentologue).</p>
DATE DU DÉCÈS :	13.07.95		
ORGANISME(S) VISÉ(S) :	Centre hospitalier régional de l'Outaouais		

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE

ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997

3. LISTE DES CORONERS POUR 1995-1996 AVEC POUR CHACUN LA NATURE DU POSTE, LES DOSSIERS SOUS SA RESPONSABILITÉ ET LA DATE DES MANDATS CONFIÉS

Note : Les données présentées ici ne concernent que le secteur des enquêtes.

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE
ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997
RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS REQUIS PAR L'OPPOSITION OFFICIELLE

Recherche des causes et des circonstances des décès - 04.06

QUESTION: 3- INFORMATIONS RELATIVES AUX ENQUÊTES CONFIEES AUX CORONERS PERMANENTS ET À TEMPS PARTIEL

NOM ET STATUT DU CORONER P(Permanent) TP(Temps partiel)	DESCRIPTION DE L'ENQUÊTE	DATE DES MANDATS
Bérubé Jacques (TP)	Enquête sur un décès survenu au cours d'un accident d'automobile sur l'autoroute Métropolitaine.	1996-01-26
Boudrias Denis (TP)	Enquête sur une noyade survenue lors de la pratique de la plongée sous-marine.	1995-12-20
Bouliane Marc-André (P)	Enquête sur le décès d'un enfant maltraité (homicide probable).	1992-05-08
Bouliane Marc-André (P)	Enquête sur le décès d'un enfant maltraité (homicide probable).	1992-07-07
Bouliane Marc-André (P)	Enquête thématique sur 47 noyades survenues lors d'une activité de chasse, de pêche ou de plaisance.	Au cours de 1994
Bouliane Marc-André (P)	Enquête sur un décès par intoxication alcoolique aiguë (homicide probable).	1993-08-04
David Anne-Marie (P)	Enquête sur 3 décès survenus lors d'un accident de circulation impliquant un camion remorque et plusieurs automobiles.	1995-06-26
David Anne-Marie (P)	Enquête sur un décès survenu dans un centre hospitalier.	1995-12-12
David Anne-Marie (P)	Enquête sur une mort violente survenue suite à une intervention policière.	1995-09-22
David Anne-Marie (P)	Enquête sur un décès survenu suite au plongeon d'une auto dans la voie maritime.	1995-09-18
Delage Cyrille (TP)	Enquête sur un incendie avec explosion d'un réservoir de propane (décès de 4 pompiers).	1993-07-09
Delage Cyrille (TP)	Enquête sur 3 décès survenus lors d'un incendie dans un bloc appartement.	1996-01-11
Delage Cyrille (TP)	Enquête sur un décès survenu au cours d'un incendie, dans une résidence de l'Île d'Orléans.	1996-02-20
Delage Cyrille (TP)	Enquête sur plusieurs décès survenus suite à des incendies dans des résidences pour personnes âgées (9 décès).	Au cours de 1995
Perron Gilles (TP)	Enquête sur un décès par noyade, survenu dans un centre d'hébergement pour personnes âgées.	1995-11-02
Perron Gilles (TP)	Enquête sur le décès d'une personne âgée, survenu dans un centre hospitalier.	1995-12-01

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE
ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997
RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS REQUIS PAR L'OPPOSITION OFFICIELLE

Recherche des causes et des circonstances des décès - 04.06

QUESTION: 3- INFORMATIONS RELATIVES AUX ENQUÊTES CONFIÉES AUX CORONERS PERMANENTS ET À TEMPS PARTIEL

NOM ET STATUT DU CORONER P(Permanent) TP(Temps partiel)	DESCRIPTION DE L'ENQUÊTE	DATE DES MANDATS
Perron Gilles (TP)	Enquête sur des accidents de travail survenus dans des mines, en Abitibi (4 victimes).	1995-09-13
Trahan Pierre (P)	Enquête sur le décès d'un bébé de 2 ans, survenu dans des circonstances obscures.	1996-03-11
Trahan Pierre (P)	Enquête sur les 3 décès survenus à Mirabel lors du déglacage d'un avion.	1995-02-10
Trahan Pierre (P)	Enquête sur 3 décès survenus lors d'accidents de circulation survenus sur des chemins forestiers.	1995-08-08
Trahan Pierre (P)	Enquête sur un décès survenu suite à une chute dans un puit d'ascenseur.	1995-08-24

Note explicative: En plus des enquêtes, il y a eu 5 115 avis signalés aux 123 coroners permanents et à temps partiel, lesquels donneront lieu à une intervention.

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE

ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997

4. ÉTAT DE SITUATION RELATIF AUX ENQUÊTES CONCERNANT LA CONDUITE DE CORONER(S)

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE
ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997
RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS REQUIS PAR L'OPPOSITION OFFICIELLE

QUESTION: 4 - État de situation relatif à l'enquête concernant la conduite du coroner conformément à la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès (Me Marc-André Bouliane).

Me Bouliane a fait l'objet d'une enquête demandée par le ministre de la Sécurité publique relativement à une situation apparente de conflits d'intérêts l'impliquant dans un commerce de vente d'autobus scolaires usagés à Cuba.

Dans ce dossier sont mises en évidence les obligations d'exclusivité de service du coroner envers son employeur (article 13 de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès) et une situation de conflit d'intérêts (article 18).

Conformément à la loi, le juge en chef Albert Gobeil entendit la cause au mois de mai 1995 et remit au ministre de la Sécurité publique son rapport.

Le 28 août 1995, Me Bouliane a déposé une procédure en deux volets:

- . le premier portant sur la révision du processus décisionnel entrepris et la cassation du rapport d'enquête du juge en chef;
- . le second sur l'aspect requête pour jugement déclaratoire pour que la Cour fournisse des balises quant à l'interprétation de l'article 14, de façon à ce que, si un nouveau processus d'enquête est déclenché, il se déroule selon des règles pré-établies.

Le 13 septembre 1995, les parties se sont présentées en Cour et il y eut report des procédures disciplinaires.

Le 18 décembre 1995, les parties se sont de nouveau présentées devant la Cour Supérieure pour poursuivre le processus initié. Une question préalable à l'audition porte sur la mise sous scellés du rapport du juge Gobeil jusqu'au jugement à intervenir, et la requête pour l'émission d'une ordonnance de non publication des propos et extraits concernant ce rapport. Au moment où le juge s'apprêtait à rendre sa décision, des procureurs de différents médias se sont présentés pour faire valoir leurs motifs à l'effet que le rapport se devait d'être public. Après leurs interventions, le juge a rendu son jugement séance tenante rejetant les requêtes préliminaires de Me Bouliane. Le procureur de Me Bouliane a immédiatement décidé d'en appeler de cette décision, puisqu'il considérait qu'il comporte des erreurs de droit et qu'il est de nature à porter irrémédiablement atteinte aux droits fondamentaux de son client.

Le 22 janvier 1996, il fut permis d'en appeler à la Cour d'appel.

Le 21 mars 1996, la Cour d'appel, après avoir examiné le dossier et entendu les parties, rejette l'appel. La même journée, Me Bouliane décide de s'adresser à la Cour Suprême.

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE

ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997

**5. COÛTS RATTACHÉS AUX PROCÉDURES RELATIVES AUX ENQUÊTES
CONCERNANT LA CONDUITE DE CORONER(S)**

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE
ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997
RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS REQUIS PAR L'OPPOSITION OFFICIELLE

Direction et services supports à la gestion - 01.01

QUESTION: Coûts rattachés aux procédures relatives aux enquêtes concernant la conduite de coroner(s), conformément à la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès

Contrat de services professionnels accordé à Me Bruno Pateras aux fins d'assister le juge en chef Albert Gobeil dans le cadre d'une enquête instituée en vertu de l'article 15 de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès.

27 039 \$

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE

ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997

**6. NOMBRE DE DÉTENUIS QUI, DURANT L'ANNÉE 1995-1996,
ÉTAIENT EN ABSENCE TEMPORAIRE**

État des présences et des absences temporaires

(1995-1996)

Ensemble des établissements

	Prévenus		Détenus peines continues		Détenus peines discontinues		Total	
	Jours/ séjours	Moyenne pers./jour	Jours/ séjours	Moyenne pers./jour	Jours/ séjours	Moyenne pers./jour	Jours/ séjours	Moyenne pers./jour
Présents	427093	1166,92	834550	2280,19	8314	22,72	1269957	3469,83
% par statut	96,3 %	--	59,8 %	--	13,8 %	--		
% sur l'ensemble	22,5 %	--	43,9 %	--	0,4 %	--	66,8 %	
Absents	16286	44,50	561933	1535,34	52024	142,14	630243	1721,98
% par statut	3,7 %	--	40,2 %	--	86,2 %	--		
% sur l'ensemble	0,9 %	--	29,6 %	--	2,7 %	--	33,2 %	

* Les peines discontinues sont purgées en général de jour de 8h00 à 16h00. Ces personnes ont une absence temporaire pour la période du coucher expliquant ainsi le haut pourcentage d'absence pour cette catégorie de peine.

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE

ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997

**7. NOMBRE DE PLAINTES REÇUES PAR LES SERVICES DE TRAITEMENT DES PLAINTES
DES ÉTABLISSEMENTS CARCÉRAUX ET/OU REÇUES PAR LE MINISTÈRE**

AU 31 MARS 1996

SYSTÈME DE TRAITEMENT DES PLAINTES DES PERSONNES INCARCÉRÉES

BILAN MENSUEL POUR L'ENSEMBLE DES ÉTABLISSEMENTS PLAINTES DU 3^e NIVEAU

MOIS	1992		1993		1994		1995		1992, 1993 1994, 1995
	Plaintes 3 ^e niveau	Tot. de plaintes	Plaintes 3 ^e niveau	Tot. de plaintes	Plaintes 3 ^e niveau	Tot. de plaintes	Plaintes 3 ^e niveau	Tot. de plaintes	Cumulatif
JANVIER	1	1	22	22	37	37	28	28	863
FÉVRIER	21	22	15	37	29	66	19	47	902
MARS	20	42	22	69	41	107	22	69	924
AVRIL	26	69	41	100	36	143	17	86	941
MAI	19	67	16	116	20	163	25	111	966
JUN	8	95	22	140	25	166	14	125	980
JUILLET	23	116	25	166	22	210	30	165	1,010
AOUT	35	153	14	179	29	239	14	169	1,024
SEPTEMBRE	16	171	26	205	28	267	20	189	1,044
OCTOBRE	26	199	20	225	17	284			
NOVEMBRE	25	224	16	243	26	312			
DÉCEMBRE	16	242	21	264	37	349			

1) BILANS MENSUELS ET COMPILATION DES DONNÉES

Les compilations mensuelles des plaintes traitées dans chacun des établissements du réseau sont acheminées à la Direction des Services correctionnels afin d'y être comptabilisées manuellement pour l'ensemble des établissements de la province. Ces données concernant l'enregistrement des plaintes traitées dans les établissements sont actuellement en traitement.

2) NIVEAUX DE PLAINTES

- 1^{er} niveau: responsable sectoriel
- 2^{ème} niveau: administrateur de l'établissement
- 3^{ème} niveau: Direction des Services correctionnels

SYSTÈME DE TRAITEMENT DES PLAINTES DES PERSONNES INCARCÉRÉES

BILAN MENSUEL POUR L'ENSEMBLE DES ÉTABLISSEMENTS - 1992

MOIS	Plaintes 1 ^{er} niveau	Plaintes 2 ^e niveau	Plaintes 3 ^e niveau	Nombre de plaintes	1 ^{er} niveau %	2 ^e niveau %	3 ^e niveau %
JANVIER	22	6	2	30	73%	20%	7%
FÉVRIER	77	41	20	138	56%	30%	14%
MARS	129	48	18	195	66%	25%	9%
AVRIL	86	42	17	145	59%	29%	12%
MAI	130	27	26	183	71%	15%	14%
JUIN	124	34	5	163	76%	21%	3%
JUILLET	109	88	15	212	51%	42%	7%
AOUT	145	48	24	217	67%	22%	11%
SEPTEMBRE	144	47	21	212	68%	22%	10%
OCTOBRE	191	54	23	268	71%	20%	9%
NOVEMBRE	139	57	27	223	62%	26%	12%
DÉCEMBRE	136	31	18	185	74%	17%	10%
TOTAL	1,432	523	216	2,171	66%	24%	10%

SYSTÈME DE TRAITEMENT DES PLAINTES DES PERSONNES INCARCÉRÉES

CUMULATIF DU 15 JANVIER 1992 AU 31 DÉCEMBRE 1992

Établissement	Plaintes 1 ^{er} niveau	Plaintes 2 ^e niveau	Plaintes 3 ^e niveau	Nombre de plaintes
AMOS	36	7	0	43
BAIE-COMEAU	24	6	5	35
BORDEAUX	272	175	31	478
C.D.Q. (sec. masculin)	200	36	41	277
C.D.Q. (sec. féminin)	5	1	0	6
C.P.M.	141	40	20	201
CHICOUTIMI	37	15	7	59
COWANSVILLE	22	7	1	30
HULL	15	4	0	19
JOLIETTE	47	17	8	72
LAVAL	38	18	4	60
NEW-CARLISLE	1	0	0	1
RIMOUSKI	2	4	1	7
RIVIÈRE-DU-LOUP	0	0	1	1
ROBERVAL	22	11	6	39
ST-HYACINTHE	1	2	1	4
SEPT-ÎLES	3	0	0	3
ST-JÉRÔME	10	0	0	10
SHERBROOKE	99	28	22	149
SOREL	132	80	34	246
TANGUAY	22	3	1	26
TROIS-RIVIÈRES	83	23	3	109
VALLEYFIELD	32	2	0	34
WATERLOO	188	44	30	262
TOTAL	1,432	523	216	2,171
MOYENNE	66%	24%	10%	

SYSTÈME DE TRAITEMENT DES PLAINTES
DES PERSONNES INCARCÉRÉES

BILAN MENSUEL POUR L'ENSEMBLE DES ÉTABLISSEMENTS - 1993

MOIS	Plaintes 1 ^{er} niveau	Plaintes 2 ^e niveau	Plaintes 3 ^e niveau	Nbre de plaintes 1993	1 ^{er} niveau %	2 ^e niveau %	3 ^e niveau %	Total des plaintes (92-93)
JANVIER	150	35	22	207	72.46%	16.91%	10.63%	2,378
FÉVRIER	109	24	20	153	71.24%	15.69%	13.07%	2,531
MARS	151	30	24	205	73.66%	14.63%	11.71%	2,736
AVRIL	163	55	25	243	67.08%	22.63%	10.29%	2,979
MAI	147	28	22	197	74.62%	14.21%	11.17%	3,176
JUIN	164	34	29	227	72.25%	14.98%	12.78%	3,403
JUILLET	135	55	19	209	64.59%	26.32%	9.09%	3,612
AOÛT	184	43	14	241	76.35%	17.84%	5.81%	3,853
SEPTEMBRE	197	45	22	264	74.62%	17.05%	8.33%	4,117
OCTOBRE	138	31	16	185	74.59%	16.76%	8.65%	4,302
NOVEMBRE	137	23	21	181	75.69%	12.71%	11.60%	4,483
DÉCEMBRE	235	31	25	291	80.76%	10.65%	8.59%	4,774
TOTAL	1,910	434	259	2,603	73.38%	16.67%	9.95%	4,774

SYSTÈME DE TRAITEMENT DES PLAINTES DES PERSONNES INCARCÉRÉES

CUMULATIF DU 1ER JANVIER 1993 AU 31 DÉCEMBRE 1993

Établissement	Plaintes 1 ^{er} niveau	Plaintes 2 ^e niveau	Plaintes 3 ^e niveau	Nombre de plaintes
AMOS	40 68%	19 32%	0 0%	59
BAIE-COMEAU	13 68%	4 21%	2 11%	19
BORDEAUX	326 65	109 22%	60 12%	495
C.D.Q. (sec. masculin)	606 81%	77 10%	65 9%	748
C.D.Q. (sec. féminin)	2 40%	0 0%	3 60%	5
C.P.M.	211 73%	44 15%	35 12%	290
CHICOUTIMI	41 77%	10 19%	2 4%	53
COWANSVILLE	84 79%	17 16%	6 6%	107
HULL	14 61%	4 17%	5 22%	23
JOULETTE	21 64%	11 33%	1 3%	33
LAVAL	31 82%	3 6%	4 11%	38
NEW-CARLISLE	10 91%	1 9%	0 0%	11
RIMOUSKI	3 50%	3 50%	0 0%	6
RIVIÈRE-DU-LOUP	1 100%	0 0%	0 0%	1
ROBERVAL	9 90%	1 10%	0 0%	10
ST-HYACINTHE	22 63%	10 29%	3 9%	35
SEPT-ÎLES	2 50%	2 50%	0 0%	4
ST-JÉRÔME	2 100%	0 0%	0 0%	2
SHERBROOKE	131 74%	21 12%	24 14%	176
SOREL	105 72%	27 18%	14 10%	146
TANGUAY	9 50%	8 44%	1 6%	18
TROIS-RIVIÈRES	100 70%	20 14%	22 15%	142
VALLEYFIELD	27 82%	4 12%	2 6%	33
WATERLOO	100 67%	39 26%	10 7%	149
TOTAL	1,910 73%	434 17%	259 10%	2,603

CUMU-03

SYSTÈME DE TRAITEMENT DES PLAINTES
DES PERSONNES INCARCÉRÉES

BILAN MENSUEL POUR L'ENSEMBLE DES ÉTABLISSEMENTS - 1994

MOIS	Plaintes 1 ^{er} niveau	Plaintes 2 ^e niveau	Plaintes 3 ^e niveau	Nbre de plaintes 1994	1 ^{er} niveau %	2 ^e niveau %	3 ^e niveau %	Total des plaintes (92 à 94)
JANVIER	176	50	35	261	67.43%	19.16%	13.41%	5,035
FÉVRIER	188	25	30	243	77.37%	10.29%	12.35%	5,278
MARS	201	51	28	280	71.79%	18.21%	10.00%	5,558
AVRIL	156	46	48	250	62.40%	18.40%	19.20%	5,808
MAI	139	27	18	184	75.54%	14.67%	9.78%	5,992
JUIN	153	29	28	210	72.86%	13.81%	13.33%	6,202
JUILLET	137	49	24	210	65.24%	23.33%	11.43%	6,412
AOÛT	129	35	28	192	67.19%	18.23%	14.58%	6,604
SEPTEMBRE	154	45	24	223	69.06%	20.18%	10.76%	6,827
OCTOBRE	148	26	20	194	76.29%	13.40%	10.31%	7,021
NOVEMBRE	168	38	18	224	75.00%	16.96%	8.04%	7,245
DÉCEMBRE	123	42	33	198	62.12%	21.21%	16.67%	7,443
TOTAL	1,872	463	334	2,669	70.14%	17.35%	12.51%	

SYSTÈME DE TRAITEMENT DES PLAINTES DES PERSONNES INCARCÉRÉES

CUMULATIF DU 1er JANVIER 1994 AU 31 DÉCEMBRE 1994

Établissement	Plaintes 1^{er} niveau	Plaintes 2^e niveau	Plaintes 3^e niveau	Nombre de plaintes
AMOS	22 91.7%	2 8.3%	0 0.0%	24
BAIE-COMEAU	15 80.0%	5 20.0%	5 20.0%	25
BORDEAUX	415 67.7%	128 20.9%	70 11.4%	613
C.D.Q. (sec. masculin)	555 75.0%	103 13.9%	82 11.1%	740
C.D.Q. (sec. féminin)	16 84.2%	2 10.5%	1 5.3%	19
C.P.M.	160 75.5%	27 12.7%	25 11.8%	212
CHICOUTIMI	16 84.2%	3 15.8%	0 0.0%	19
COWANSVILLE	40 75.5%	11 20.8%	2 3.8%	53
HULL	52 72.2%	12 16.7%	8 11.1%	72
JOLETTE	42 71.2%	12 20.3%	5 8.5%	59
LAVAL	25 61.0%	8 19.5%	8 19.5%	41
NEW-CARLISLE	5 100%	0 0.0%	0 0.0%	5
RIMOUSKI	7 70.0%	3 30.0%	0 0.0%	10
RIVIÈRE-DU-LOUP	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0
ROBERVAL	12 85.7%	1 7.1%	1 7.1%	14
ST-HYACINTHE	17 77.3%	3 13.6%	2 9.1%	22
SEPT-ÎLES	8 57.1%	5 35.7%	1 7.1%	14
ST-JÉRÔME	2 66.7%	0 0.0%	1 33.3%	3
SHERBROOKE	185 58.5%	60 19.0%	71 22.5%	316
SOREL	86 68.3%	21 16.7%	19 15.1%	126
TANGUAY	4 50.0%	3 37.5%	1 12.5%	8
TROIS-RIVIÈRES	117 68.8%	27 15.9%	26 15.3%	170
VALLEYFIELD	32 94.1%	2 5.9%	0 0.0%	34
WATERLOO	39 55.7%	25 35.7%	6 8.6%	70
TOTAL	1,872 70.1%	463 17.3%	334 12.5%	2,669

SYSTÈME DE TRAITEMENT DES PLAINTES DES PERSONNES INCARCÉRÉES

BILAN MENSUEL POUR L'ENSEMBLE DES ÉTABLISSEMENTS - 1995

MOIS	Plaintes 1 ^{er} niveau	Plaintes 2 ^e niveau	Plaintes 3 ^e niveau	Nbre de plaintes 1995	1 ^{er} niveau %	2 ^e niveau %	3 ^e niveau %	Total des plaintes (92 à 95)
JANVIER	203	33	35	271	74.91%	12.18%	12.92%	7,714
FÉVRIER	199	42	21	262	75.95%	16.03%	8.02%	7,976
MARS	213	27	25	265	80.38%	10.19%	9.43%	8,241
AVRIL	170	33	15	218	77.98%	15.14%	6.88%	8,459
MAI	218	52	21	291	74.91%	17.87%	7.22%	8,750
JUIN	174	29	7	210	82.86%	13.81%	3.33%	8,960
JUILLET	136	39	31	206	66.02%	18.93%	15.05%	9,166
AOÛT								
SEPTEMBRE								
OCTOBRE								
NOVEMBRE								
DÉCEMBRE								
TOTAL	1,313	255	155	1,723	76.20%	14.80%	9.00%	

SYSTÈME DE TRAITEMENT DES PLAINTES DES PERSONNES INCARCÉRÉES

CUMULATIF DU 1er JANVIER 1995 AU 31 JUILLET 1995

Établissement	Plaintes 1 ^{er} niveau	Plaintes 2 ^e niveau	Plaintes 3 ^e niveau	Nombre de plaintes
AMOS	19 96.0%	1 6.0%	0 0.0%	20
BAIE-COMEAU	10 66.7%	4 26.7%	1 6.7%	15
BORDEAUX	304 82.2%	51 13.6%	15 4.1%	370
C.D.Q. (sec. masculin)	369 76.5%	55 11.2%	65 13.3%	489
C.D.Q. (sec. féminin)	3 60.0%	2 40.0%	0 0.0%	5
C.P.M.	123 70.3%	24 13.7%	28 16.0%	175
CHICOUTIMI	19 82.6%	4 17.4%	0 0.0%	23
COWANSVILLE	16 68.6%	7 30.4%	0 0.0%	23
HULL	39 68.6%	5 8.9%	12 21.4%	56
JOUETTE	13 61.9%	8 38.1%	0 0.0%	21
LAVAL	5 62.5%	1 12.5%	2 25.0%	8
NEW-CARLSLE	2 100%	0 0.0%	0 0.0%	2
RIMOUSKI	33 86.8%	5 13.2%	0 0.0%	38
RIVIÈRE-DU-LOUP	4 100%	0 0.0%	0 0.0%	4
ROBERVAL	3 100%	0 0.0%	0 0.0%	3
ST-HYACINTHE	12 92.3%	1 7.7%	0 0.0%	13
SEPT-ÎLES	18 76.0%	4 16.7%	2 8.3%	24
ST-JÉRÔME	25 67.6%	10 27.0%	2 5.4%	37
SHERBROOKE	133 74.3%	34 19.0%	12 6.7%	179
SOREL	26 60.5%	14 32.6%	3 7.0%	43
TANGUAY	12 84.5%	7 31.8%	3 13.6%	22
TROIS-RIVIÈRES	79 83.2%	10 10.5%	6 6.3%	95
VALLEYFIELD	4 80.0%	1 20.0%	0 0.0%	5
WATERLOO	42 78.2%	7 13.2%	4 7.5%	53
TOTAL	1,313 76.2%	255 14.8%	155 9.0%	1,723

CUM-66,141

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE

ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997

**8. DIVERSES INFORMATIONS (CAPACITÉ D'ACCUEIL, TAUX D'OCCUPATION, DÉPENSES, ETC.)
POUR CHACUN DES CENTRES DE DÉTENTION**

Services correctionnels

Données financières des centres de détention 1994-1995 / 1995-1996

Centres de détention	Nb. de places 1994-1995	Nb. de places 1995-1996	Nb. de jrs/séjrs 1994-1995	Taux d'occupation	Nb. de jrs/séjrs 1995-1996	Taux d'occupation	Dépenses 1994-1995	Per diem 1994-1995 (avec loyer)	Per diem 1994-1995 (sans loyer)	Dépenses 1995-1996 (estimé)	Per diem 1995-1996 (avec loyer)	Per diem 1995-1996 (sans loyer)	Budget ** 1996-1997
GROUPE A													
Bordeaux	949	985	331 621	0.96	332 517	0.92	38 589.4	116 \$	77 \$	38 509.4	116 \$	77 \$	24 263.5
CDQ	477	477	187 337	1.08	188 146	1.08	29 953.8	160 \$	111 \$	30 002.1	159 \$	110 \$	19 324.7
Parthenais	466	466	157 334	0.93	139 478	0.82	28 138.2	179 \$	142 \$	27 311.2	196 \$	155 \$	20 443.3
GROUPE B													
Laval (B-16)	147	0	52 318	0.98	8 660		4 976.4	95 \$	82 \$				
Maison Tanguay	132	132	61 546	1.28	57 106	1.19	7 828.4	127 \$	96 \$	7 822.8	137 \$	104 \$	5 366.7
St-Jérôme	130	130	40 487	0.85	59 380	1.25	8 374.5	207 \$	133 \$	13 417.2	226 \$	120 \$	8 604.3
Sherbrooke	158	158	56 322	0.98	55 769	0.97	8 729.8	155 \$	101 \$	8 641.3	155 \$	99 \$	5 117.8
Trois-Rivières	134	154	60 588	1.24	60 604	1.08	7 988.0	132 \$	93 \$	7 985.9	132 \$	93 \$	5 354.3
Waterloo	180	180	64 901	0.99	64 729	0.99	6 474.0	100 \$	80 \$	6 311.2	98 \$	78 \$	1 176.7
Hull	86	109 *	40 013	1.27	39 836	1.00	7 099.1	177 \$	117 \$	7 672.2	193 \$	131 \$	6 073.8
GROUPE C													
Amos	82	82	28 698	0.96	26 966	0.90	4 552.6	159 \$	109 \$	4 581.0	170 \$	116 \$	2 964.3
Baie-Comeau	92	92	25 356	0.76	25 371	0.76	3 527.3	139 \$	107 \$	3 406.5	134 \$	102 \$	2 421.4
Chicoutimi	62	62	21 271	0.94	20 873	0.92	2 676.0	126 \$	104 \$	2 656.9	127 \$	106 \$	2 136.2
Roberval	60	60	18 454	0.84	19 352	0.88	2 367.0	128 \$	110 \$	2 325.9	120 \$	104 \$	1 890.4
St-Hyacinthe	65	65	21 701	0.91	24 995	1.05	3 322.4	153 \$	123 \$	3 346.8	134 \$	114 \$	1 031.9
Sorel	65	65	24 445	1.03	24 132	1.02	3 211.6	131 \$	103 \$	3 121.4	129 \$	101 \$	2 250.6
GROUPE D													
Cowansville	56	56	16 938	0.83	16 940	0.83	2 338.0	138 \$	119 \$	2 233.2	132 \$	114 \$	655.6
Joliette	41	30	17 032	1.14	13 499	1.23	2 582.6	152 \$	127 \$	2 605.4	193 \$	164 \$	587.3
New-Carlisle	64	64	19 500	0.83	18 228	0.78	2 778.6	142 \$	115 \$	2 757.2	151 \$	121 \$	2 116.3
Rimouski	44	68	15 726	0.98	21 845	0.88	3 525.1	224 \$	162 \$	4 876.9	223 \$	127 \$	2 597.9
Valleyfield	52	52	19 557	1.03	20 841	1.10	2 432.4	124 \$	109 \$	2 409.1	116 \$	102 \$	2 025.2
GROUPE E													
Rivière-du-loup	20	32	9 325	1.28	11 523	0.99	2 344.4	251 \$	192 \$	3 525.8	329 \$	182 \$	212.2
Sept-Îles	19	19	6 071	0.88	6 449	0.93	1 567.1	258 \$	238 \$	1 656.1	257 \$	242 \$	236.5
Havre-Aubert	2	2	212	0.29	212	0.29	182.0	858 \$	742 \$	182.0	860 \$	753 \$	163.7
Total	3 583	3 540	1 296 753	0.99	1 257 452	0.97	186 169.6	144 \$	105 \$	187 357.6	149 \$	106 \$	117 014.6

* A partir du 1/10/95, la capacité passe à 131 places.

** Le budget 96-97 n'inclut pas les coûts des loyers, non encore disponibles, estimés à environ 52.0 m \$.

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE

ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997

**9. MONTANT TOTAL DU FONDS CENTRAL POUR LE BÉNÉFICE
DES PERSONNES INCARCÉRÉES AU 31 MARS 1996**

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE
ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997
RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS REQUIS PAR L'OPPOSITION OFFICIELLE

Pr.: 03-01

QUESTION: Montant total du Fonds central pour le bénéfice des personnes incarcérées au 31 mars 1996 avec précisions sur les dépenses effectuées à partir de ce fonds, les sources de financement et la ventilation pour chacun des fonds locaux.

Le Fonds central pour le bénéfice des personnes incarcérées étant une corporation autonome, cette information ne concerne pas les crédits du ministère.

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE

ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997

**10. BILAN 1995-1996 DU PROGRAMME DE TRAVAIL
AUPRÈS D'ORGANISMES COMMUNAUTAIRES**

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE

Étude des crédits 1996-1997

Réponses aux renseignements particuliers requis par l'Opposition officielle

Programme 03 - 01 : Services correctionnels

Question : Bilan 1995-1996 du programme de travail auprès d'organismes communautaires en remplacement des sentences de fins de semaine, en précisant la nature des travaux effectués et s'il s'agit d'hommes, de femmes ou de jeunes.

Réponse :

<u>Organisme</u>	<u>Localité / Comté</u>	<u>Clientèle</u>	<u>Achalandage (# jours)</u>	<u>Montant (\$)</u>
Arc-en-Soi inc	Rivière-du-Loup / Rivière-du-Loup	Hommes / Femmes	355	5 310.31
Unité Point de départ	Joliette / Joliette	Hommes	2 084	30 655.64
Maison du Compagnon	Ville-Marie / Rouyn-Noranda-Témiscamingue	Hommes	142	2 088.82
Le Manoir du Chemin	Senneterre / Abitibi Est	Hommes	113	1 662.23
CRC Curé Labelle	St-Jérôme / Prévost	Hommes	857	12 606.47
Le Coin des Femmes de Sept-Iles	Sept-Iles / Duplessis	Femmes	46	676.66
Maison Radisson	Trois-Rivières / Trois-Rivières	Hommes	551	8 105.21
La Piaule d'Amos	Amos / Abitibi Ouest	Hommes	510	7 502.10
Maison du Soleil Levant de Rouyn-Noranda	Rouyn-Noranda / Rouyn-Noranda-Témiscamingue	Hommes	432	6 354.72
La Piaule de Val d'Or	Val d'Or / Abitibi Est	Hommes	542	7 972.82
L'Atre de Sept-Iles	Sept-Iles / Duplessis	Femmes	55	809.05
			<u>5 687</u>	<u>83 744.03</u>

L'objectif du programme des sentences intermittentes est d'administrer les décisions des tribunaux concernant les personnes condamnées à purger de façon discontinue, leur sentence d'incarcération, favorisant ainsi leur réinsertion sociale.

Ce programme consiste également à fournir le gîte, les repas du midi, le soutien et le support aux personnes condamnées à purger des sentences intermittentes.

Les sentences intermittentes sont habituellement purgées durant les fins de semaine, donc 2 jours par semaine pendant 52 semaines. Le tarif payé est de 14.71 \$ par jour.

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE

ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997

**11. BILAN POUR 1995-1996 DE L'AIDE FINANCIÈRE ACCORDÉE AUX ORGANISMES
COMMUNAUTAIRES DE RÉHABILITATION SOCIALE**

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE
ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997
RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS REQUIS PAR L'OPPOSITION OFFICIELLE
Pr. 03-01

QUESTION : 11 - Bilan pour l'année 1995-1996, de l'aide financière accordée aux organismes communautaires de réhabilitation sociale

Au cours de l'exercice 1995-1996, les services correctionnels n'ont versé aucune aide financière à des organismes communautaires de réhabilitation sociale. Cependant, des contrats de services ont été octroyés à différentes ressources communautaires et ces derniers sont déjà inscrits au Cahier des renseignements généraux ou dans les déclarations mensuelles des engagements de plus de 25,0 k\$.

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE

ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997

12. RÉPARTITION DES EFFECTIFS DE LA SÛRETÉ DU QUÉBEC AU 31 MARS 1996

(Voir le Cahier de la Sûreté du Québec)

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE

ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997

**13. RÉPARTITION DES MEMBRES DE L'ESCOUADE CARCAJOU
DE LA SÛRETÉ DU QUÉBEC AU 31 MARS 1996**

(Voir le Cahier de la Sûreté du Québec)

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE

ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997

14. NOMBRE D'HEURES ET COÛT PAR POSTES DU TEMPS SUPPLÉMENTAIRE

EFFECTUÉ À LA SÛRETÉ DU QUÉBEC

(Voir le Cahier de la Sûreté du Québec)

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE

ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997

**15. LISTE DES NOUVEAUX OFFICIERS DE LA SÛRETÉ DU QUÉBEC ET DE CEUX QUI
ONT FAIT L'OBJET D'UNE PROMOTION, POUR 1995-1996**

(Voir le Cahier de la Sûreté du Québec)

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE

ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997

**16. EFFECTIF DE LA SÛRETÉ DU QUÉBEC AFFECTÉ À LA SURVEILLANCE
DE CHACUN DES TERRITOIRES AUTOCHTONES**

(Voir le Cahier de la Sûreté du Québec)

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE
ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997
DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS REQUIS PAR L'OPPOSITION OFFICIELLE

QUESTION : 17 - Liste des services de télécommunications avec précisions, pour chacune des régions, de l'effectif et des coûts réels qu'ils représentent

PROGRAMMES	COMMUNICATIONS TÉLÉPHONIQUES	TÉLÉSERVICES	RADIOCOMMUNI- CATIONS	INFORMATIQUE	TOTAL
1.1 Direction et services supports à la gestion	155,8	9,4	19,7	485,3	670,2
1.2 Régie des alcools, des courses et des jeux	202,3	27,9	7,0	45,9	283,1
3.1 Services correctionnels	1059,1	57,6	298,1	-	1414,8
3.2 Commission québécoise des libérations conditionnelles	29,0	1,2	-	-	30,2
4.1 Expertises judiciaires	190,9	19,7	113,3	-	323,9
4.2 Affaires policières, Sécurité-protection, Sécurité civile					
4.4 Commissaire à la déontologie policière	24,3	0,8	-	-	25,1
4.5 Comité de déontologie policière	27,0	1,8	0,9	-	29,7
4.6 Bureau du coroner	30,7	1,9	14,7	1,9	49,2
TOTAL:	1719,1	120,3	453,7	533,1	2826,2

Note : Compte tenu que les services sont facturés centralement, il est impossible de fournir le détail des coûts par région ainsi qu'en relation avec l'effectif.
 Les sommes indiquées sont des estimés parce que nous n'avons pas encore reçu la facture de mars.

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE

ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997

18. NOMBRE DE PLAINTES ADRESSÉES AU COMMISSAIRE À LA DÉONTOLOGIE POLICIÈRE

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE
ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997
RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS REQUIS PAR L'OPPOSITION OFFICIELLE

COMMISSAIRE À LA DÉONTOLOGIE POLICIÈRE

QUESTIONS: *Nombre de plaintes adressées en 1995-1996 au Commissaire à la déontologie policière avec précisions sur:
- le nombre de plaintes par poste; - leur nature; - le traitement apporté et les décisions, le cas échéant.*

1) *Plaintes reçues entre le 1er avril 1995 et le 31 mars 1996*

Par corps policiers:

- <i>Sûreté du Québec:</i>	<i>305</i>
- <i>Service de police de la Communauté urbaine de Montréal:</i>	<i>374</i>
- <i>Corps de police municipaux:</i>	<i>419</i>
- <i>Constables spéciaux:</i>	<i>14</i>
- <i>Autres:</i>	<i>21</i>
<i>TOTAL:</i>	<i>1 133</i>

**2) *Nature des plaintes selon les articles du Code de déontologie
des policiers du Québec (1er avril 1995 au 31 mars 1996)***

- <i>Article 5 (comportement et langage):</i>	<i>524</i>
- <i>Article 6 (abus d'autorité):</i>	<i>938</i>
- <i>Article 7 (non respect de la loi):</i>	<i>468</i>
- <i>Article 8 (manque de probité):</i>	<i>106</i>
- <i>Article 9 (conflit d'intérêt):</i>	<i>2</i>
- <i>Article 10 (non respect des droits de la personne):</i>	<i>125</i>
- <i>Article 11 (usage des équipements):</i>	<i>63</i>
- <i>Autres:</i>	<i>7</i>
<i>TOTAL:</i>	<i>2 233¹</i>

1: Il peut y avoir plus d'un manquement déontologique par plainte.

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE
ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997
RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS REQUIS PAR L'OPPOSITION OFFICIELLE

160

COMMISSAIRE À LA DÉONTOLOGIE POLICIÈRE

QUESTIONS: *Nombre de plaintes adressées en 1995-1996 au Commissaire à la déontologie policière avec précisions sur:
- le nombre de plaintes par poste; - leur nature; - le traitement apporté et les décisions, le cas échéant.*

3) *Traitement à la réception:*

- <i>Désistement:</i>	7
- <i>Plaintes non fondées:</i>	266
- <i>Enquête:</i>	605
- <i>Conciliation:</i>	84
- <i>En attente de renseignements additionnels:</i>	107
- <i>À l'étude:</i>	81

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE

ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997

19. NOMBRE DE DOSSIERS TRAITÉS EN 1995-1996 PAR LE COMITÉ DE DÉONTOLOGIE POLICIÈRE

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE
ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997
DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS REQUIS PAR L'OPPOSITION OFFICIELLE

QUESTION : 19 - Nombre de dossiers traités, en 1995-1996, par le Comité de déontologie policière, en précisant, pour chacun des dossiers, la nature, le traitement, le résultat final avec la décision rendus, selon les postes visés.

<u>Provenance</u>	<u>Dossiers reçus</u> <u>du 95-04-01 au 96-03-29</u>	<u>Décisions rendues</u> <u>du 95-04-01 au 96-03-29</u>	<u>Ventilation des décisions dérogatoires</u> <u>du 95-04-01 au 96-03-29</u>
Citations	207	132 : 79 non-dérogatoires 53 dérogatoires	Dossiers de citation dérogatoires : 53 Sanctions rendues: 58 ^(*) En attente de sanction: 6 Avertissement 9 Réprimande 9 Suspension 1-48 jrs 40 Rétrogradation -- Destitution --
Révisions	235	217 : 165 rejetées 52 acceptées	
Enquêtes publiques	0	1 : 1 fondée	
	442	350	

^(*) Incluant les 11 décisions en attente de sanction au 95-03-31

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE

ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997

20. LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ DE DÉONTOLOGIE POLICIÈRE

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE
ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997
DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS REQUIS PAR L'OPPOSITION OFFICIELLE

QUESTION : 20 - Liste des membres du Comité de déontologie policière avec leurs responsabilités.

COMITÉ DE DÉONTOLOGIE POLICIÈRE
Liste des membres par division
au 31 mars 1996

ME CLAUDE BRAZEAU, président

SÛRETÉ DU QUÉBEC

Membres avocats

COULANGES, Me Michel, vice-président
BLAIS, Me Jean-Marie

Membres policiers

BEAUCAGE, Julien
LEDUC, Jean-Paul

Membres socio-économiques

DELISLE, Léo
MORISSETTE, Anne

- * Membre socio-économique à temps
partiel à honoraires
** Membre policier à temps partiel

35 membres

16 membres à temps plein
19 membres à temps partiel

CORPS DE POLICE MUNICIPAUX

Membres avocats

LEVESQUE, Suzanne, vice-présidente
GROLEAU, Me Claude

Membres policiers

BÉDARD, René
TRUDEAU, Pierre**
TRUDEL, André**
VERMETTE, Marcel

Membres socio-économiques

LEBLANC, Des-Neiges
MATHURIN, Sylvie
PILOTE, Louis-Marie

S.P.C.U.M.

Membres avocats

MIGNAULT, Me Gilles, vice-président
IUTICONE, Me Richard W.

Membres policiers

DEMERS, Bernard**
LELIÈVRE, Gilles**
MIRON, Michel**
OSTIGUY, Lison**
ST-JEAN, Robert**
SURPRENANT, Yves**

Membres socio-économiques

DELAÎTRE-MICHAUD, Carole*
DESFORGES, Robert*
FROSST, Sandra*
HOGUES, Léo*
HYPPOLITE, Keder*
LAM, Cynthia*
LEBRUN, Claude*
MARCHESSAULT-LUSSIÉ, Lucie*
MORRISON, Kenneth Allan*
TAYLOR, Hedy*
TRÉPANIÉ, Andrée*

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE

ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997

21. NOMBRE DE POLICIERS AFFECTÉS À LA LUTTE À LA CONTREBANDE D'ALCOOL ET D'ARMES

Note : Un complément d'information à ce sujet se retrouve dans le Cahier de la Sûreté du Québec.

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE
ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997
RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS REQUIS PAR L'OPPOSITION OFFICIELLE

QUESTION: 21 NOMBRE DE POLICIERS AFFECTÉS À LA LUTTE À LA CONTREBANDE D'ALCOOL ET D'ARMES POUR 1995-1996

CORPS DE POLICE MUNICIPAUX

Au Service de police de la Communauté urbaine de Montréal et dans la majorité des corps de police municipaux, il n'y a pas de policiers affectés exclusivement aux dossiers de contrebande d'alcool et d'armes.

- Contrebande d'armes

Le ministère ne dispose d'aucune information sur cette question.

- Contrebande d'alcool

Il est important de noter qu'au Québec, à l'exclusion de la GRC, il y a seulement trois corps policiers qui ont un protocole d'entente avec la Régie des alcools, des courses et des jeux en vue d'appliquer la *Loi sur les infractions en matière de boissons alcooliques* (LIMBA). Ce sont le Service de police de la Communauté urbaine de Montréal, le Service de police de Gatineau et celui de Chicoutimi. Pour sa part, la Sûreté du Québec, en fonction de son mandat provincial, applique évidemment cette législation.

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE

ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997

22. NOMBRE DE SAISIES EFFECTUÉES RELATIVEMENT À LA CONTREBANDE D'ALCOOL ET D'ARMES

Note : Un complément d'information à ce sujet se retrouve dans le Cahier de la Sûreté du Québec.

**MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE
ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997
RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS REQUIS PAR L'OPPOSITION OFFICIELLE**

QUESTION 22 : CONCERNANT LA CONTREBANDE D'ALCOOL ET D'ARMES, NOMBRE ET VALEUR APPROXIMATIVE DES SAISIES EFFECTUÉES PAR LA SÛRETÉ DU QUÉBEC ET LES CORPS DE POLICE MUNICIPAUX EN 1995-1996

CONTREBANDE D'ALCOOL ET DE TABAC

L'opération ALKO, menée par la Sûreté du Québec entre le mois de mai 1994 et l'été 1995, a permis la saisie de 195 553 litres de boissons alcooliques.

Depuis janvier 1994, le Service de police de la Communauté urbaine de Montréal (SPCUM) a aussi procédé à la saisie de boissons alcooliques. 17 875 litres ont été confisqués.

Les activités réalisées depuis le déclenchement des opérations spéciales de l'automne 1995

L'opération ÉCLAT qui a remplacé l'opération ALKO, permet à la Sûreté du Québec de combiner les opérations de la lutte à la contrebande d'alcool et de cigarettes à celle de la lutte à l'exploitation des appareils de loterie-vidéo, l'opération CigAl. Cette opération a permis à ce corps de police de prioriser la vérification de l'application des lois provinciales dans les établissements licenciés sur son territoire. Les établissements à vérifier ont été identifiés à partir de deux critères : leur relation avec le milieu et les baisses les plus importantes de commandes auprès de la SAQ.

Comme les policiers de la Sûreté du Québec, ceux du SPCUM ont procédé à l'inspection des lieux et évalué leur conformité en regard de l'ensemble des dispositions des lois provinciales. Ce faisant, ils ont identifiés la poursuite de l'opération JOCUS sur leur territoire et y ont ajouté la saisie des boissons alcooliques de contrebande.

CONTREBANDE D'ARMES

Le Ministère ne dispose d'aucune information sur cette question.

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE

ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997

23. NOMBRE ET VALEUR DES SAISIES EFFECTUÉES RELATIVEMENT AUX APPAREILS DE VIDÉO-POKER

Note : Un complément d'information à ce sujet se retrouve dans le Cahier de la Sûreté du Québec.

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE
ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997
RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS REQUIS PAR L'OPPOSITION OFFICIELLE

QUESTION 23 : CONCERNANT LES APPAREILS DE VIDÉOPOKER, NOMBRE ET VALEUR DES SAISIES EFFECTUÉES PAR LA SÛRETÉ DU QUÉBEC ET LES CORPS DE POLICE MUNICIPAUX DEPUIS 1992

Depuis l'été 1994 et jusqu'à l'automne 1995, trois opérations ont été déclenchées en regard de l'exploitation des appareils de loterie-vidéo illégaux : ORAGE, BARBOTTE et JOCUS.

Depuis l'automne 1995, deux autres opérations ont été déclenchées : ÉCLAT (Sûreté du Québec) et CigAl (SPCUM). Elles sont la suite de l'opération JOCUS.

L'OPÉRATION ORAGE

L'opération ORAGE permet de porter des accusations en vertu du Code criminel (plutôt qu'en vertu de la Loi sur les loteries, les appareils d'amusement et les concours publicitaires pour BARBOTTE) pour la tenue de maisons de jeu où sont exploités des appareils de loterie-vidéo illégaux. Les policiers doivent, dans ce type d'accusation, recueillir la preuve que les parties gratuites sont monnayées par les exploitants. Les perquisitions qui en ont résulté ont amené le dépôt de plaintes criminelles et l'arrestation de plusieurs personnes à l'occasion des interventions policières.

L'OPÉRATION BARBOTTE

À la suite des décisions des juges Toth et Galipeault en mars 1995, cette opération a été suspendue afin de permettre au ministère de la Justice de procéder à l'élaboration d'un projet de mandat de perquisition à proposer aux services de police pour répondre aux différentes préoccupations énoncées par la Cour supérieure. Mentionnons que le juge Jean-François Dionne a validé, dans un jugement prononcé le 20 octobre dernier dans l'affaire Martin Huard, le mandat-type utilisé en matière de loterie-vidéo et a, par le fait même, écarté le jugement du juge Toth.

L'opération BARBOTTE a comporté deux phases, une première s'étendant du 1^{er} août 1994 au 27 novembre 1994 et une deuxième couvrant la période du 28 novembre 1994 au 22 mars 1995. Elle a permis la saisie de 4 816 appareils lors de 1 571 perquisitions.

L'OPÉRATION JOCUS et les opérations ÉCLAT et CigAl

L'opération JOCUS visait à vérifier l'immatriculation de l'ensemble des appareils de jeu et d'amusement opérés sur tout le territoire du Québec. Elle s'est réalisée de façon intensive du 9 au 18 mai 1995 et du 23 mai au 17 juin 1995 et s'est poursuivie jusqu'à l'automne 1995. Depuis lors, la Sûreté du Québec a déclenché l'opération ÉCLAT et le SPCUM, l'opération CigAl. Ces deux opérations ont combiné la lutte contre la contrebande au nettoyage des appareils illégaux.

En date du 21 février 1996, les opérations JOCUS, ÉCLAT et CigAl avaient donné lieu à la saisie de 7 433 appareils dont 2 594 qui ont été scellés et laissés sur place et 4 639 qui ont été acheminés vers les entrepôts de la RACJ. Parmi ceux-ci se trouvaient 3 107 appareils illégaux sur lesquels des accusations ont déjà été portées (ou pour quelques cas sont sur le point de l'être) en vertu de la Loi sur les loteries, les concours publicitaires et les appareils d'amusement.

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE

ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997

**24. NOMBRE DE PLAINTES DE PROPRIÉTAIRES D'IMMEUBLES
DONT L'UN DES LOCATAIRES A FAIT L'OBJET D'UNE PERQUISITION OU
D'UNE INTERVENTION POLICIÈRE DANS SON LOGEMENT AU 31 MARS 1996**

(Voir le Cahier de la Sûreté du Québec)

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE

ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997

**25. NOMBRE DE POLICIERS IMPLIQUÉS À TITRE DE TÉMOINS DANS
UN DOSSIER JUDICIAIRE EN 1995-1996**

(Voir le Cahier de la Sûreté du Québec)

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE

ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997

26. LISTE DES EFFECTIFS DES CORPS DE POLICE MUNICIPAUX

**MUNICIPALITÉS DONT LE TERRITOIRE EST ASSUJETTI À
UN CORPS DE POLICE MUNICIPAL**

CODE DÉSIGNATION	MUNICIPALITÉS	POPULATION SELON DÉCRET 1507-95	EFFECTIF 31 déc. 94
56 41060	V EAST ANGUS	3 837	6
57 77010	V ESTÉREL	130	2
58 46115	V FARNHAM	6 428	10
59 97035	V FERMONT	3 860	6
60 43020	SD FLEURIMONT (R: Sherbrooke)	15 309	
61 22010	V FOSSAMBAULT-SUR-LE-LAC (R:Loretteville)	877	
62 81015	V GATTINEAU / Buckingham / Masson - Angers	99 971	153
63 47015	V GRANBY	45 194	61
64 47020	CT GRANBY (CANTON)	11 219	15
65 36055	V GRAND-MÈRE	14 841	19
66 58015	V GREENFIELD PARK	18 637	30
67 66060	V HAMPSTEAD (R: Montréal)	7 333	s.p.c.u.m.
68 71100	V HUDSON	5 249	9
69 81020	V HULL	65 764	131
70 56085	V IBERVILLE (R: Saint-Jean-sur-Richelieu)	9 882	
71 61025	V JOLETTE	18 308	29
72 94070	V JONQUIÈRE	59 734	71
73 66100	V KIRKLAND (R: Montréal)	17 725	s.p.c.u.m.
74 94040	V LA BAIE	21 647	31
75 15015	V LA MALBAIE-POINTE-AU-PIC	5 009	4
76 64020	P LA PLAINE	11 840	14
77 14085	V LA POCATIÈRE	4 925	8
78 67015	V LA PRAIRIE	15 839	20
79 87090	V LA SARRE	8 660	8
80 90010	V LA TUQUE	13 211	17
81 64005	V LACHENAIE	16 878	19
82 66080	V LACHINE (R: Montréal)	35 729	s.p.c.u.m.
83 76020	V LACHUTE / Brownsburg	12 258	16
84 22040	SD LAC-BEAUPORT (R:Loretteville)	4 800	
85 46075	V LAC-BROME	5 048	7
86 22902	NO LAC-CROCHE (R:Loretteville)	11	
87 22030	V LAC-DELAGÉ (R:Loretteville)	361	
88 30030	V LAC-MÉGANTIC	5 941	8
89 23040	SD LAC-SAINT-CHARLES (R: Loretteville)	7 858	
90 22015	V LAC-SAINT-JOSEPH (R:Loretteville)	151	
91 75035	VL LAFONTAINE (R: Saint-Jérôme)	8 056	
92 66040	V LASALLE (R: Montréal)	74 777	s.p.c.u.m.
93 94045	V LATERRIÈRE (R: Chicoutimi)	4 836	
94 65005	V LAVAL	335 009	435
95 60010	V LE GARDEUR / Charlemagne	15 743	18
96 99005	V LEBEL-SUR-QUÉVILLON	3 463	6
97 58025	V LEMOYNE (R: Saint-Hubert)	5 718	
98 43010	V LENNOXVILLE (R: Ascot)	4 209	
99 67055	V LÉRY	2 572	2
100 24020	V LÉVIS / Pintendre	42 635	54
101 58030	V LONGUEUIL	137 134	200
102 23045	V LORETTEVILLE / Lac-Saint-Charles / Saint-Émile / MRC de la Jacques-Cartier	14 858	34
103 73025	V LORRAINE	9 180	6
104 56070	SD L'ACADIE (R: Saint-Jean-sur-Richelieu)	5 356	
105 23055	V L'ANCIENNE-LORETTE	15 929	17
106 94010	SD L'ANSE-SAINT-JEAN	1 309	0
107 60027	V L'ASSOMPTION / Saint-Gérard-Majella	12 341	14
108 66150	P L'ÎLE-BIZARD (R: Montréal)	11 499	s.p.c.u.m.
109 66090	V L'ÎLE-DORVAL (R: Montréal)	3	s.p.c.u.m.
110 71060	V L'ÎLE-PERROT / Notre-Dame-de-l'Île-Perrot	8 759	12

QUESTION 26

ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997
LISTES DES EFFECTIFS DES CORPS DE POLICE MUNICIPAUX

**MUNICIPALITÉS DONT LE TERRITOIRE EST ASSUJETTI À
UN CORPS DE POLICE MUNICIPAL**

CODE DÉSIGNATION	MUNICIPALITÉS	POPULATION SELON DÉCRET	EFFECTIF 31 déc. 94
		1507-95	
111 45075	CT MAGOG (CANTON) (R: Magog)	4 745	
112 45070	V MAGOG / Magog (canton)	14 669	29
113 55045	V MARIEVILLE	5 426	7
114 64015	V MASCOUCHE	28 913	27
115 81010	V MASSON-ANGERS (R: Gatineau)	6 229	
116 08055	V MATANE	12 725	17
117 57025	VL MCMASTERVILLE (R: Beloeil)	3 908	
118 67045	V MERCIER	8 723	10
119 93010	V MÉTABETCHOUAN	3 453	1
120 74005	V MIRABEL	19 980	24
121 92020	V MISTASSINI	7 038	6
122 18050	V MONTMAGNY	11 830	15
123 66025	V MONTRÉAL (S.P.C.U.M.)	1 030 678	4 163
124 66005	V MONTRÉAL-EST (R: Montréal)	3 815	s.p.c.u.m.
125 66020	V MONTRÉAL-NORD (R: Montréal)	86 641	s.p.c.u.m.
126 66045	V MONTRÉAL-OUEST (R: Montréal)	5 248	s.p.c.u.m.
127 09075	V MONT-JOLI	6 489	9
128 79085	V MONT-LAURIER	8 177	11
129 66070	V MONT-ROYAL (R: Montréal)	18 450	s.p.c.u.m.
130 57035	V MONT-SAINT-HILAIRE	12 995	14
131 77050	SD MORIN-HEIGHTS	2 117	3
132 03025	V MURDOCHVILLE	1 713	1
133 50070	V NICOLET	5 041	5
134 92040	V NORMANDIN	4 075	2
135 61030	SD NOTRE-DAME-DES-PRAIRIES (R: Saint-Charles-Borromée)	6 803	
136 71065	P NOTRE-DAME-DE-L'ÎLE-PERROT (R: L'Île-Perrot)	5 841	
137 57030	V OTTERBURN PARK	6 402	6
138 66065	V OUTREMONT (R: Montréal)	23 237	s.p.c.u.m.
139 66130	V PIERREFONDS (R: Montréal)	49 377	s.p.c.u.m.
140 71070	V PINCOURT	10 477	12
141 24010	SD PINTENDRE (R: Lévis)	5 696	
142 32040	V PLESSISVILLE	7 151	8
143 72020	VL POINTE-CALUMET	4 977	2
144 66095	V POINTE-CLAIRE (R: Montréal)	28 014	s.p.c.u.m.
145 97020	V PORT-CARTIER	7 633	14
146 32030	V PRINCEVILLE	4 028	7
147 23025	V QUÉBEC / Beauport / Saint-Augustin-de-Desmaures / Vanier	175 039	433
148 60015	V REPENTIGNY	56 555	45
149 42105	V RICHMOND	3 219	4
150 10045	V RIMOUSKI	32 397	42
151 12070	V RIVIÈRE-DU-LOUP	14 354	21
152 91025	V ROBERVAL	11 929	13
153 43030	V ROCK FOREST	15 119	14
154 73020	V ROSEMÈRE	12 226	17
155 86040	V ROUVIN-NORANDA	29 774	38
156 66145	V ROXBORO (R: Montréal)	5 957	s.p.c.u.m.
157 77020	V SAINTE-ADELE	5 314	10
158 78025	V SAINTE-AGATHE-DES-MONTS	5 908	10
159 73035	V SAINTE-ANNE-DES-PLAINES (R: Terrebonne)	11 773	
160 66115	V SAINTE-ANNE-DE-BELLEVUE (R: Montréal)	4 083	s.p.c.u.m.
161 22045	SD SAINTE-BRIGITTE-DE-LAVAL (R: Loretteville)	3 051	
162 67030	V SAINTE-CATHERINE	10 399	11
163 22005	SD SAINTE-CATHERINE-DE-LA-JACQUES-CARTIER (R: Loretteville)	4 321	
164 23060	V SAINTE-FOY / Cap-Rouge	74 328	119
165 66135	V SAINTE-GENEVIÈVE (R: Montréal)	3 242	s.p.c.u.m.

QUESTION 26

ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997
LISTES DES EFFETIFS DES CORPS DE POLICE MUNICIPAUX

MUNICIPALITÉS DONT LE TERRITOIRE EST ASSUJETTI À
UN CORPS DE POLICE MUNICIPAL

CODE DÉSI- GNATION	MUNICIPALITÉS	POPULATION		EFFECTIF
		SELON DÉCRET 1507-95		
1 48025 V	ACTON VALE	4 798		6
2 93040 V	ALMA	26 467		37
3 88055 V	AMOS	13 996		19
4 66010 V	ANOU (R: Montréal)	37 700	s.p.c.u.m.	
5 40040 V	ASBESTOS F	6 674		10
6 43015 SD	ASCOT / Lennoxville	8 662		15
7 81025 V	AYLMER	34 927		45
8 96020 V	BAIE-COMEAU	26 905		44
9 66110 V	BAIE-D'URFÉ (R: Montréal)	3 901	s.p.c.u.m.	
10 16010 V	BAIE-SAINT-PAUL	3 765		1
11 66105 V	BEACONSFIELD (R: Montréal)	19 873	s.p.c.u.m.	
12 70025 V	BEAUHARNOIS	6 665		11
13 23005 V	BEAUPORT (R: Québec)	72 259		
14 46035 V	BEDFORD	2 788		3
15 75010 P	BELLEFEUILLE (R: Saint-Jérôme)	11 780		
16 57040 V	BELOIL / McMasterville	19 609		26
17 25040 SD	BERNIÈRES - SAINT - NICOLAS / St-Étienne - de - Lauzon / St-Rédempteur	15 615		20
18 52035 V	BERTHIERVILLE	4 183		5
19 31085 V	BLACK LAKE (R: Thetford Mines)	4 552		
20 73015 V	BLAINVILLE	24 758		25
21 73005 V	BOISBRIAND	23 060		27
22 21045 SD	BOISCHATTEL	4 069		3
23 73030 V	BOIS-DES-FILION (R: Terrebonne)	6 921		
24 59005 V	BOUCHERVILLE	36 198		49
25 47005 V	BROMONT	3 601		7
26 42015 CT	BROMPTON (R: Sherbrooke)	2 107		
27 42010 V	BROMPTONVILLE (R: Sherbrooke)	3 286		
28 58005 V	BROSSARD	68 414		80
29 76040 VL	BROWNSBURG (R: Lachute)	2 592		
30 81005 V	BUCKINGHAM (R: Gatineau)	11 429		
31 67020 V	CANDIAC	11 735		14
32 37055 V	CAP-DE-LA-MADELEINE	35 070		47
33 23065 V	CAP-ROUGE (R: Sainte-Foy)	14 738		
34 34030 SD	CAP-SANTÉ	2 857		0
35 57010 V	CARIGNAN	5 703		7
36 57005 V	CHAMBLY	16 834		22
37 02030 V	CHANDLER	3 455		1
38 60005 V	CHARLEMAGNE (R: Le Gardeur)	6 376		
39 23030 V	CHARLESBOURG	73 962		83
40 25030 V	CHARNY (R: Saint-Jean-Chrysostome)	11 081		
41 67050 V	CHÂTEAUGUAY	42 246		50
42 99025 V	CHIBOUGAMAU	8 978		15
43 94050 V	CHICOUTIMI / Latérière	64 616		76
44 15035 V	CLERMONT	3 450		2
45 44035 V	COATICOOK	6 942		7
46 59035 SD	CONTRECOEUR (R: Tracy)	5 891		
47 66055 C	CÔTE-SAINT-LUC (R: Montréal)	30 890	s.p.c.u.m.	
48 46080 V	COWANSVILLE	12 533		12
49 67025 V	DELSON (R: Saint-Constant)	6 432		
50 72010 V	DEUX-MONTAGNES / Sainte-Marthe-sur-le-Lac	14 481		27
51 92025 V	DOLBEAU	8 417		11
52 66140 V	DOLLARD-DES-ORMEAUX (R: Montréal)	47 538	s.p.c.u.m.	
53 34025 V	DONNACONA	6 304		7
54 66085 C	DORVAL (R: Montréal)	17 477	s.p.c.u.m.	
55 49060 V	DRUMMONDVILLE	45 554		65

QUESTION 26

ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997
LISTES DES EFFECTIFS DES CORPS DE POLICE MUNICIPAUX

**MUNICIPALITÉS DONT LE TERRITOIRE EST ASSUJETI À
UN CORPS DE POLICE MUNICIPAL**

CODE DÉSIGNATION	MUNICIPALITÉS	POPULATION SELON DÉCRET 1507-95	EFFECTIF 31 déc. 94
166 25015	P SAINTE-HÉLÈNE-DE-BREAKEYVILLE (R: Saint-Jean-Chrysostome)	3 246	
167 59010	V SAINTE-JULIE / Saint-Amable	22 097	29
168 26030	V SAINTE-MARIE	10 772	8
169 72015	V SAINTE-MARTHE-SUR-LE-LAC (R: Deux-Montagnes)	8 232	
170 75030	SD SAINTE-SOPHIE	8 067	6
171 73010	V SAINTE-THÉRÈSE	26 373	39
172 77065	SD SAINT-ADOLPHE-D'HOWARD	2 446	3
173 59015	SD SAINT-AMABLE (R: Sainte-Julie)	6 218	
174 75020	V SAINT-ANTOINE (R: Saint-Jérôme)	11 190	
175 56090	P SAINT-ATHANASE (R: Saint-Jean-sur-Richelieu)	6 771	
176 23070	P SAINT-AUGUSTIN-DE-DESMAURES (R: Québec)	13 249	
177 57020	V SAINT-BASILE-LE-GRAND	10 723	11
178 93030	SD SAINT-BRUNO	2 681	0
179 57015	V SAINT-BRUNO-DE-MONTARVILLE	25 259	29
180 55020	V SAINT-CÉSAIRE	3 057	1
181 61035	SD SAINT-CHARLES-BORROMÉE / Notre-Dame-des-Prairies	10 164	14
182 67035	V SAINT-CONSTANT / Delson	19 535	23
183 62060	SD SAINT-DONAT	3 178	6
184 43040	SD SAINT-ÉLIE-D'ORFORD (R: Sherbrooke)	5 046	
185 23035	V SAINT-ÉMILE (R: Loretteville)	7 231	
186 25010	SD SAINT-ÉTIENNE-DE-LAUZON (R: Bernières-Saint-Nicolas)	7 734	
187 72005	V SAINT-EUSTACHE	41 409	47
188 91040	V SAINT-FÉLICIEN	9 584	12
189 22025	SD SAINT-GABRIEL-DE-VALCARTIER (R: Loretteville)	2 965	
190 29075	V SAINT-GEORGES	20 043	21
191 60045	P SAINT-GÉRAPD-MAGELLA (R: L'Assomption)	3 675	
192 58020	V SAINT-HUBERT / Lemoyne	78 171	106
193 54045	V SAINT-HYACINTHE	41 063	59
194 25020	V SAINT-JEAN-CHRYSOSTOME / Charry / Ste-H.-Breakeyville / St-Romuald	13 764	30
195 56080	V SAINT-JEAN-SUR-RICHELIEU / Iberville / L'Acadie / Saint-Athanase	39 724	69
196 75015	V SAINT-JÉRÔME / Bellefeuille / LaFontaine / St-Antoine	25 574	68
197 53050	V SAINT-JOSEPH-DE-SOREL (R: Tracy)	2 126	
198 78080	V SAINT-JOVITE	4 461	5
199 58010	V SAINT-LAMBERT	22 148	34
200 66075	V SAINT-LAURENT (R: Montréal)	73 358	s.p.c.u.m.
201 71105	P SAINT-LAZARE	9 846	10
202 66015	V SAINT-LÉONARD (R: Montréal)	74 083	s.p.c.u.m.
203 56075	V SAINT-LUC	15 856	11
204 66050	V SAINT-PIERRE (R: Montréal)	5 035	s.p.c.u.m.
205 25035	V SAINT-RÉDEMPTEUR (R: Bernières-Saint-Nicolas)	6 341	
206 68055	V SAINT-RÉMI	6 070	9
207 25025	V SAINT-ROMUALD (R: Saint-Jean-Chrysostome)	10 637	
208 77040	VL SAINT-SAUVEUR-DES-MONTS	2 749	5
209 70055	SD SAINT-TIMOTHÉE (R: Salaberry-de-Valleyfield)	8 572	
210 70045	V SALABERRY-DE-VALLEYFIELD / Saint-Timothée	28 516	54
211 66125	VL SENNEVILLE (R: Montréal)	973	s.p.c.u.m.
212 97802	V SEPT-ÎLES	25 683	57
213 22020	SD SHANNON (R: Loretteville)	3 804	
214 36030	V SHAWINIGAN	20 723	37
215 36035	V SHAWINIGAN-SUD	12 038	15
216 43025	V SHERBROOKE / Brompton / Bromptonville / Fleurimont / St-Élie-D'Orford	79 432	144
217 23020	V SILLERY	13 082	22
218 53057	V SOREL	24 964	32
219 22035	CU STONEHAM-ET-TEWKESBURY (R: Loretteville)	4 714	
220 71075	SD TERRASSE-VAUDREUIL	1 896	1

QUESTION 26

ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997
LISTES DES EFFECTIFS DES CORPS DE POLICE MUNICIPAUX

MUNICIPALITÉS DONT LE TERRITOIRE EST ASSUJETTI À
UN CORPS DE POLICE MUNICIPAL

CODE DÉSIGNATION	MUNICIPALITÉS	POPULATION		EFFECTIF
		SELON DÉCRET	1507-95	
221 64010	V TERREBONNE / Bois-des-Filion / Sainte-Anne-des-Plaines	44 425		61
222 31075	V THETFORD MINES / Black Lake	18 669		31
223 53045	V TRACY / Contrecoeur / Saint-Joseph-de-Sorel	13 568		27
224 37065	V TROIS-RIVIÈRES	51 412		102
225 37070	V TROIS-RIVIÈRES-OUEST	20 887		23
226 42055	V VALCOURT	2 349		3
227 89005	V VAL-D'OR	24 227		29
228 23010	V VANIER (R: Québec)	11 321		
229 59020	V VARENNES	15 809		12
230 71085	V VAUDREUIL-DORION	18 595		23
231 66035	V VERDUN (R: Montréal)	62 112	s.p.c.u.m.	44
232 39065	V VICTORIAVILLE	38 191		
233 47030	VL WARDEN (R: Waterloo)	359		
234 47025	V WATERLOO / Warden	4 187		7
235 66030	V WESTMOUNT (R: Montréal)	20 506	s.p.c.u.m.	
236 42090	V WINDSOR	4 960		7
Nombre de municipalités protégées par un corps de police municipal		236	Population totale	Nbre total policiers
			5 552 591	8 927

Nombre de corps de police 154

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE

ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997

**27. LISTE DE TOUTES LES INTERVENTIONS DE LA SÛRETÉ DU QUÉBEC
AUPRÈS DES CORPS DE POLICE MUNICIPAUX**

(Voir le Cahier de la Sûreté du Québec)

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE

ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997

28. NOMBRE D'AGENTS DE LA SÛRETÉ DU QUÉBEC AFFECTÉS

À DES CORPS POLICIERS MUNICIPAUX

(Voir le Cahier de la Sûreté du Québec)

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE

ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997

**29. LISTE DE TOUTES LES DÉPENSES RELATIVES
À LA RÉSIDENCE OFFICIELLE DU 1080 RUE DES BRAVES
(Voir le Cahier de la Sûreté du Québec)**

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE

ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997

**30. LISTE DES RÈGLEMENTS EN PROCESSUS D'ÉLABORATION
OU DE MODIFICATION AU MINISTÈRE**

**MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE
ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997
RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS REQUIS PAR L'OPPOSITION OFFICIELLE**

QUESTION: 30. Liste des règlements en processus d'élaboration ou de modification au Ministère avec la date du début du processus et l'état d'avancement

Règlement sur les services policiers de base (L.R.Q., c. P-13)

Ce projet a fait l'objet d'une première publication à la Gazette officielle du Québec du 29 novembre 1995 avec mention à l'effet qu'il ne pourrait être édicté avant l'expiration d'un délai de 45 jours. Cependant, il faut noter que ce projet fait l'objet de consultations et de discussions depuis 1992.

Règlement modifiant le Règlement sur les établissements de détention (L.R.Q., c. S-4.01)

Ce projet, entrepris depuis le début de 1995, franchit présentement les dernières étapes internes au Ministère et devrait être transmis d'ici peu au Conseil exécutif afin qu'il amorce le processus formel d'adoption.

N.B. La présente liste fait uniquement mention des cas où un projet de règlement a été rédigé et a reçu l'accord de principe des autorités du Ministère pour son adoption.

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE

ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997

31. LISTE DES PROGRAMMES D'AIDE DE LA SÉCURITÉ CIVILE

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE
ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997
RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS REQUIS PAR L'OPPOSITION OFFICIELLE

Affaires policières, Sécurité et protection, sécurité civile - 04 - 02

QUESTION : 31 - Liste des programmes d'aide mis sur pied pour la sécurité civile avec un bilan par programmes de la nature et du nombre des réclamations :

En vertu de l'article 57 de la Loi sur la protection des personnes et des biens en cas de sinistre (L.R.Q., c. P-38.1), la Direction générale de la sécurité civile dispose de «crédits permanents» pour l'administration des programmes d'assistance financière.

Le personnel du Service de l'aide financière aux sinistrés était formé au 1^{er} avril 1995 de deux employés réguliers et d'une équipe de six (6) occasionnels qui voient à traiter l'ensemble des dossiers de réclamations transmis au ministère de la Sécurité publique à la suite d'un sinistre ayant donné lieu à l'adoption d'un programme d'assistance financière.

	NATURE ET NOMBRE DES RÉCLAMATIONS REÇUES	DÉPENSES RÉELLES AU 31 MARS 1996
• 9 programmes d'assistance financière ont été établis par décret :		
652-95 du 10 mai 1995 CONCERNANT l'établissement d'un programme d'assistance financière relatif à la tempête de neige exceptionnelle et à des avalanches survenues sur la Basse-Côte-Nord en mars 1995.	<ul style="list-style-type: none"> - particuliers - hébergement 24 - particuliers - dommages aux biens 4 - municipalités - dommages aux biens 3 et dépenses d'urgence TOTAL 31 	350,0 K\$

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE
ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997
RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS REQUIS PAR L'OPPOSITION OFFICIELLE

Affaires policières, Sécurité et protection, sécurité civile - 04 - 02

QUESTION : 31 - Liste des programmes d'aide mis sur pied pour la sécurité civile avec un bilan par programmes de la nature et du nombre des réclamations :

	NATURE ET NOMBRE DES RÉCLAMATIONS REÇUES	DÉPENSES RÉELLES AU 31 MARS 1996
653-95 du 10 mai 1995 CONCERNANT des modifications au programme d'assistance financière relatif aux inondations survenues au cours de l'hiver et durant la période de dégel 1994 dans diverses municipalités du Québec.	<ul style="list-style-type: none"> - municipalités - dommages aux biens et dépenses d'urgence 1 TOTAL 1 	0,00
746-95 du 31 mai 1995 CONCERNANT l'établissement d'un programme d'assistance financière relatif au risque d'effondrement minier survenu à Mines Seleine aux Îles-de-la-Madeleine en avril et en mai 1995.	<ul style="list-style-type: none"> - municipalités - dommages aux biens et dépenses d'urgence 1 TOTAL 1 	12,2 K\$
920-95 du 28 juin 1995 CONCERNANT l'établissement du programme d'assistance financière relatif au glissement de terrain survenu dans la municipalité de Saint-Fulgence le 22 avril 1995.	<ul style="list-style-type: none"> - particuliers - hébergement 1 - particuliers - dommages aux biens 1 - municipalités - dommages aux biens et dépenses d'urgence 1 TOTAL 3 	43,6 K\$

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE
ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997
RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS REQUIS PAR L'OPPOSITION OFFICIELLE

Affaires policières, Sécurité et protection, sécurité civile - 04 - 02

QUESTION : 31 - Liste des programmes d'aide mis sur pied pour la sécurité civile avec un bilan par programmes de la nature et du nombre des réclamations :

	NATURE ET NOMBRE DES RÉCLAMATIONS REÇUES	DÉPENSES RÉELLES AU 31 MARS 1996
1011-95 du 19 juillet 1995 CONCERNANT l'établissement d'un programme d'assistance financière relatif aux inondations survenues au cours du mois de janvier et durant la période de dégel 1995 dans diverses municipalités du Québec.	<ul style="list-style-type: none"> - particuliers - hébergement 2 - particuliers - dommages aux biens 21 - municipalités dommages aux biens et dépenses d'urgence 15 - entreprises - dommages aux biens 3 TOTAL 41 	60,3 K\$
1381-95 du 18 octobre 1995 CONCERNANT l'établissement d'un programme d'assistance financière relatif au sauvetage de la résidence principale de monsieur Victorien Courteau dans la municipalité de Notre-Dame-de-Pierreville(P).	<ul style="list-style-type: none"> - particuliers - hébergement 1 - particuliers - dommages aux biens 1 - municipalités - dommages aux biens et dépenses d'urgence 1 TOTAL 3 	51,4 K\$

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE
ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997
RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS REQUIS PAR L'OPPOSITION OFFICIELLE

Affaires policières, Sécurité et protection, sécurité civile - 04 - 02

QUESTION : 31 - Liste des programmes d'aide mis sur pied pour la sécurité civile avec un bilan par programmes de la nature et du nombre des réclamations :

	NATURE ET NOMBRE DES RÉCLAMATIONS REÇUES	DÉPENSES RÉELLES AU 31 MARS 1996
1498-95 du 15 novembre 1995 CONCERNANT l'établissement d'un programme d'assistance financière relatif à un incendie de forêt survenu dans la région de Parent au mois d'août 1995.	<ul style="list-style-type: none"> - municipalités - dommages aux biens et dépenses d'urgence 1 - entreprises - dommages aux biens 2 - organismes ayant porté aide et assistance 4 TOTAL 7 	24,9 K\$
1499-95 du 15 novembre 1995 CONCERNANT l'établissement d'un programme d'assistance financière relatif aux éboulements survenus durant le mois de mai et juillet 1995 dans les municipalités de Saint-Augustin-de-Desmaures (P) et de Cap-Rouge (V).	<ul style="list-style-type: none"> - particuliers - hébergement 1 - particuliers - dommages aux biens 1 - municipalités - dommages aux biens et dépenses 2 - entreprises - dommages aux biens 1 TOTAL 5 	168,6 K\$

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE
ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997
RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS REQUIS PAR L'OPPOSITION OFFICIELLE

Affaires policières, Sécurité et protection, sécurité civile - 04 - 02

QUESTION : 31 - Liste des programmes d'aide mis sur pied pour la sécurité civile avec un bilan par programmes de la nature et du nombre des réclamations :

	NATURE ET NOMBRE DES RÉCLAMATIONS REÇUES	DÉPENSES RÉELLES AU 31 MARS 1996
177-96 du 7 février 1996 CONCERNANT l'établissement d'un programme d'assistance financière relatif aux inondations survenues au cours du mois de janvier 1996 dans diverses municipalités du Québec.	<ul style="list-style-type: none"> - particuliers - hébergement 149 - particuliers - dommages aux biens 349 - municipalités - dommages aux biens et dépenses d'urgence 18 - entreprises - dommages aux biens 42 - immeubles locatifs occupés par leur propriétaires 30 - organismes ayant apporté aide et assistance 3 TOTAL 591 	1 481,4 K\$
TOTAUX	683	2 192,4 K\$

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE

ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997

32. LISTE DES BUREAUX RÉGIONAUX DE LA DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SÉCURITÉ CIVILE

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE
ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997
RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS REQUIS PAR L'OPPOSITION OFFICIELLE

Affaires policières, Sécurité et protection, Sécurité civile - 04 - 02

QUESTION: 32 - Liste des bureaux régionaux pour la Sécurité civile en précisant pour chacun l'effectif et le budget alloué pour l'exercice 1995-1996.

Au 1^{er} avril 1995, la répartition des effectifs et des crédits étaient alloués comme suit :

Direction régionale du Bas-St-Laurent, Côte-Nord, Gaspésie et des Iles de la Madeleine	7 effectifs réguliers	375,4 K\$
Direction régionale du Saguenay-Lac St-Jean, Québec, Chaudière-Appalaches et Communautés inuit	19 effectifs réguliers	848,7 K\$
Direction régionale Mauricie-Bois-Francs, Estrie	11 effectifs réguliers	551,7 K\$
Direction régionale Montréal, Laval, Laurentides, Lanaudière et Montérégie	18 effectifs réguliers	901,6 K\$
Direction régionale de l'Outaouais, Abitibi-Témiscamingue et du Nord du Québec	8 effectifs réguliers	409,4 K\$

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE

ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997

33. PLAN STRATÉGIQUE 1996-1997

Note : Cette information se trouve au volume «Budget 1996-1997 - Crédits - Renseignements supplémentaires».

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE

ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997

34. PRÉVISION DE RÉFÉRENCE, PLAN STRATÉGIQUE 1996-1997

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE
ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997
RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS REQUIS PAR L'OPPOSITION OFFICIELLE

QUESTION : 34 - Prévision de référence ayant servi à l'élaboration du plan stratégique 1996-1997, présenté au Conseil du trésor

Le Conseil du trésor n'a pas inclus en 1996-1997, dans ses instructions relatives à la préparation des plans stratégiques, la notion de «prévision de référence».

L'application d'un tel concept au plan de dépenses 1996-1997 du Ministère situerait l'équivalent de la prévision de référence de l'an passé à 336,4 M\$ pour l'exercice en cours.

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE

ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997

**35. NOMBRE DE POLICIERS-POMPIERS, DE POMPIERS PROFESSIONNELS
ET DE POMPIERS VOLONTAIRES AU QUÉBEC**

Ministère de la Sécurité publique
Étude des crédits 1996-1997
Renseignements particuliers requis par l'Opposition officielle

Question 35– Nombre de policiers–pompiers, de pompiers professionnels et de pompiers volontaires au Québec, en indiquant à quels services ils rattachés																													
Genre de services	1 à 4 999 hab.				5 000 à 9 999 hab.				10 000 à 24 999 hab.				25 000 à 49 999 hab.				50 000 à 99 999 hab.				100 000 hab. et plus				Ensemble du Québec				
	S.I.	TPL	PP	TPA	S.I.	TPL	PP	TPA	S.I.	TPL	PP	TPA	S.I.	TPL	PP	TPA	S.I.	TPL	PP	TPA	S.I.	TPL	PP	TPA	S.I.	TPL	PP	TPA	
A temps plein seulement	1	21			2	44			3	131			3	114			6	538			3	2 169			18	3 017	0	0	3 017
A temps plein et policier–pompiers									1	1	32		2	3	124		1	65	2						4	69	158	0	227
A temps plein et policier–pompiers à temps partiel	4	7	11	92	2	5	39	57	9	22	168	188	6	22	344	150	3	72	117	33					24	128	679	520	1 327
A temps plein et à temps partiel	23	34		501	10	16		288	28	116		1 011	16	252		462	5	170		140	1	76		26	84	666	0	2 474	3 140
Policier–pompiers seulement													1		55										1	0	55	0	55
Policier–pompiers et à temps partiel	12		25	307	6		63	151	7		115	161													25	0	203	619	822
A temps partiel	742			13 920	38			935	9			250													803	0	0	15 454	15 454
TOTAL	782	62	36	14 820	58	65	102	1 431	57	270	315	1 610	28	391	523	612	15	845	119	173	4	2 245	0	26	959	3 880	1 095	19 067	24 042

Source: Fichier des ressources municipales en protection incendie (DGSC), mai 1995.

Abréviations: SI= Service d'incendie
 TPL= Temps plein

PP= Policier-pompier
 TPA= Temps partiel

Note: Les données concernant les régies intermunicipales en protection incendie (15) ne sont pas réparties selon la strate de population mais apparaissent toutefois au total.

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE

ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997

36. LISTE DES CONTRATS OCTROYÉS EN 1995-1996

**(La réponse est déjà fournie à la question 7 du Cahier de renseignements généraux
ou dans la déclaration mensuelle des engagements de plus de 25,0 k\$)**

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE

ÉTUDE DES CRÉDITS 1996-1997

**37. NOMBRE DE SENTENCES D'EMPRISONNEMENT DE
MOINS DE 2 ANS ET DESCRIPTION DES DÉLITS DEPUIS 1991**

Tableau de l'évolution du nombre de personnes condamnées à une peine de détention selon le délit principal (1990-1991 et 1994-1995)

	1990-1991	1991-1992	1992-1993	1993-1994	1994-1995
Infractions contre l'État	191	293	364	428	381
Homicide	23	23	23	12	9
Homicide involontaire	3	6	3	8	5
Tentative de meurtre	7	24	14	9	9
Infractions d'ordre sexuel	378	447	470	468	469
Voies de fait	629	1 339	1 562	1 621	1 644
Autres infractions contre la personne	259	436	528	567	688
Vol qualifié	105	726	678	625	565
Introduction par effraction	316	2 067	2 248	2 002	1 997
Extortion	7	44	36	40	44
Vol de moins de \$1 000	295	581	671	747	779
Vol	828	1 473	1 715	1 674	1 491
Méfait, incendie et dommage	244	832	887	907	871
Recel	269	308	346	381	400
Autres infractions contre la propriété	166	45	49	48	49
Infractions liées aux armes à feu	131	127	104	97	133
Fraude, corruption et escroquerie	291	381	471	376	326
Parl, prostitution et moeurs	315	334	310	279	322
Outrage	8	5	7	23	9
Complot, complicité et tentative	166	488	605	607	589
Évasion	1 430	856	1 086	1 047	1 142
Infractions au Code criminel liées à la circulation	1 872	2 854	3 344	4 165	4 455
Autres infractions au Code criminel	2 702	1 415	1 848	1 737	1 777
Stupéfiants	819	1 853	2 480	2 645	2 838
Aliments et drogues	19	12	26	31	15
Immigration	23	26	24	19	32
Assurance-chômage	178	170	128	71	76
Loi sur les Indiens	5	1	0	113	1
Autres infractions aux statuts fédéraux	88	131	135	72	251
Lois québécoises	6 097	4 643	4 920	4 999	4 245
Règlements municipaux	1 168	661	899	991	2 588
Non indiqué	280	119	334	371	160
Total	19 312	22 720	26 315	27 180	28 360

Direction du partenariat et du conseil en services correctionnels
Direction générale des services correctionnels
Ministère de la Sécurité publique
16 avril 1996