

Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de

2024-08308

Le présent document constitue une version dénominalisée du rapport (sans le nom du défunt et sans la signature du coroner). Celui-ci peut être obtenu dans sa version originale, incluant le nom du défunt et la signature du coroner, sur demande adressée au Bureau du coroner.

Me Rudi Daelman
Coroner

BUREAU DU CORONER		
2024-10-29 Date de l'avis	2024-08308 N° de dossier	
IDENTITÉ		
██████████ Prénom à la naissance	██████████ Nom à la naissance	
28 ans Âge	Masculin Sexe	
Salaberry-de-Valleyfield Municipalité de résidence	Québec Province	Canada Pays
DÉCÈS		
2024-10-29 Date du décès	Salaberry-de-Valleyfield Municipalité du décès	
Lieu de travail Lieu du décès		

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

M. ██████████ est identifié à l'aide d'une pièce d'identité comportant une photographie.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le 29 octobre 2024 à 17 h 40, des policiers de la Sûreté du Québec de la MRC de Beauharnois-Salaberry reçoivent un appel pour une assistance policière immédiate concernant un accident de travail à l'entreprise *General Dynamics Produits de Défense et Systèmes Tactiques- Canada Inc.* Ils obtiennent l'information qu'un homme est inconscient et ne respire plus. Il est couché près des chariots chargés de conteneurs vides à proximité des rails sur le terrain de la compagnie. Les manœuvres de réanimation cardiorespiratoires (RCR) sont en cours sur M. ██████████ et sont effectuées par des confrères de travail et les membres de l'équipe d'urgence de l'entreprise.

À 17 h 50, les premiers policiers arrivent sur les lieux. Les techniciens ambulanciers paramédics sont déjà présents et ils avaient pris la relève des massages cardiaques entamés sur le corps de M. ██████████. Malgré les tentatives de réanimation par ces professionnels de la santé, l'arrêt des manœuvres de la réanimation est décidé à 17 h 55. M. ██████████ est en asystolie.

Les policiers mettent en place le protocole de constat de décès à distance et transmettent les données recueillies à un médecin de l'Hôpital de base du Sacré-Cœur-de-Montréal. À 18 h 35, le 29 octobre 2024, un médecin rattaché à cet organisme constate officiellement le décès de M. ██████████.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Un examen externe est pratiqué le 1^{er} novembre 2024. Il permet de constater la présence d'érosions et de lacérations au côté gauche du visage et de la tête ainsi que de multiples petites érosions au dos ainsi qu'au thorax antérieur.

Une autopsie est pratiquée le 1^{er} novembre 2024 au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale, à Montréal. Elle permet de constater la présence de multiples fractures de

côtes (1^{er} à 12^{ème} côtes postéro-latérales gauches et 2^{ème} à 10^{ème} postéro-latérales droites) avec multiples embrochements des poumons ainsi qu'une fracture de la colonne vertébrale thoracique à T11.

Des prélèvements effectués lors de l'examen externe sont analysés au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale, à Montréal. Aucun éthanol (l'alcool) n'est détecté dans le sang de M. [REDACTED] et les analyses toxicologiques ne mettent pas en évidence la présence de drogues usuelles et d'abus dans les milieux biologiques analysés dans les limites des méthodes effectuées.

ANALYSE

Selon le rapport d'enquête de la Sûreté du Québec, M. [REDACTED] débute son parcours en tant qu'employé de l'entreprise *General Dynamics PDST Canada Valleyfield* à titre d'opérateur de production en date du 9 septembre 2024.

Entre le 9 septembre 2024 et le 26 octobre 2024, plusieurs formations théoriques sont données à M. [REDACTED] par son employeur. Il est attiré au département de la finition. Le 28 octobre 2024, pour des raisons de pratiques opérationnelles, le chef du département au niveau de la granulation ne peut l'accueillir au sein de son équipe. M. [REDACTED] passe son quart de travail à attendre à la cafétaria de l'entreprise qu'une tâche à accomplir selon ses qualifications lui soit assignée.

Le 29 octobre 2024, lors du quart de travail du soir, M. [REDACTED] mentionne qu'il a trouvé la soirée précédente très longue et qu'il a envie de travailler, d'être utile. Son superviseur vérifie auprès du gestionnaire de la granulation s'il a effectivement des travaux à lui donner pour l'occuper. La possibilité de faire du ménage et du nettoyage est suggérée, étant une tâche ne nécessitant pas de surveillance pour la sécurité de la nouvelle recrue. Un autre employé soumet l'idée au gestionnaire de production que M. [REDACTED] peut venir en support à sa tâche qui consiste à effectuer, comme conducteur d'un locotracteur (engins ferroviaires de faible puissance utilisés principalement pour la manœuvre des wagons et la formation des convois), un déplacement sur les rails de chariots chargés de conteneurs vides. Cette tâche est effectuée par deux employés normalement et la présence de M. [REDACTED] peut aider le duo. M. [REDACTED] ne doit pas se retrouver dans la locomotive ou sur les rails. Il vient en assistance pour la manipulation des chariots et doit demeurer dans la section des chariots à pousser strictement. Par la suite, M. [REDACTED] doit se déplacer d'une station à une autre, en camion, avec le deuxième employé mandaté pour ce travail. Le gestionnaire de production accepte la proposition du conducteur du locotracteur.

Pour des raisons obscures, M. [REDACTED] se retrouve avec le conducteur du locotracteur à l'intérieur de cet engin. Le conducteur s'arrête à l'aiguillage pour que M. [REDACTED] puisse effectuer le changement de rail. Il descend du locotracteur et tourne l'aiguillage tel qu'exigé par le conducteur qui lui demande de lui faire un signe de la main lorsqu'il peut faire avancer l'engin ferroviaire. Cet engin est principalement utilisé pour la manœuvre des wagons et chariots. Le conducteur l'informe également de ne plus bouger puisqu'il ne peut le voir à la suite de cette dernière manœuvre. M. [REDACTED] lui fait un signe d'avancer et le conducteur s'exécute. L'aiguillage se trouve sur la gauche du chemin de fer. M. [REDACTED] doit revenir à la vue du conducteur par la suite, mais il ne le voit pas. Il arrête le locotracteur, descend et aperçoit M. [REDACTED] couché au sol près des rails du côté droit du chemin de fer, entre le chariot de tête et le deuxième chariot. Le conducteur parle avec M. [REDACTED] et demande à son partenaire d'appeler les secours. Dans les instants qui suivent, le cœur de M. [REDACTED] cesse

de battre et les manœuvres de réanimation sont immédiatement exécutées en attendant les ambulanciers.

Mon investigation m'informe que M. [REDACTED] n'a jamais eu une évaluation pour la tâche de la voie ferrée. Il n'a pas suivi de formation théorique et pratique pour ce poste spécifique de serre-frein. M. [REDACTED] ne possède aucune formation, ni aucune expérience dans la sécurité ferroviaire en lien avec cette tâche selon le rapport d'enquête exhaustif des deux inspecteurs de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST). Aucun formateur pratique n'a évalué M. [REDACTED] afin de déterminer s'il était apte à exécuter ce travail. De plus, la feuille d'assignation des tâches pour cette soirée du 29 octobre 2024 est complétée sans que le nom de M. [REDACTED] soit inscrit officiellement puisqu'il n'occupait aucune tâche officielle cette soirée-là.

Malgré sa motivation à vouloir accomplir un travail pour son employeur et son attitude positive à vouloir aider ses deux collègues, M. [REDACTED] n'avait pas la formation adaptée pour exécuter ces travaux sur la voie ferrée. Il devenait ainsi un candidat à risque d'accident. Le gestionnaire du département de la finition ne comprend pas pourquoi M. [REDACTED] se trouvait à cet endroit selon le rapport policier. L'entente était, semble-t-il, que M. [REDACTED] devait rester dans la section des chariots à pousser. En aucun temps le superviseur de M. [REDACTED] n'a autorisé sa présence dans le locotracteur ou sur les rails.

Selon le rapport d'enquête de la CNESST, la méthode de travail utilisée pour effectuer le mouvement de pousse est déficiente puisque M. [REDACTED] se retrouve dans l'angle mort du matériel roulant et est sans moyen de communication efficace avec le conducteur du locotracteur (qui n'a que quelques semaines d'expérience à temps plein en tant que chef de transport lors de la manœuvre).

M. [REDACTED] se trouvait près du dispositif d'aiguillage, qui lui est positionné à proximité des rails. Le conducteur a débuté le mouvement de pousse jusqu'à l'arrêt complet de son engin au niveau de l'aiguillage alors qu'il ne voyait pas M. [REDACTED]. Cette façon de travailler ne permet pas une communication la plus favorable possible entre le conducteur du locotracteur et M. [REDACTED] qui agissait à titre de serre-frein alors que la communication entre les deux doit être établie par une communication radio ou par un contact visuel constant en utilisant les signaux à mains, ce qui n'a pas été le cas. M. [REDACTED] s'est retrouvé dans la trajectoire du chariot de tête et s'est fait frapper au niveau du torse avec les conséquences qui s'en sont suivies.

Dans le cadre de mon investigation et à la suite de discussions que j'ai eues avec la Directrice environnement, santé et sécurité de l'employeur, j'ai constaté que les mesures correctives suivantes ont été mises en place depuis le décès, soit :

- 1) Les procédures ont été mises à jour pour identifier tous les risques présents et les actions que doivent entreprendre les travailleurs lors d'une utilisation sécuritaire d'un locotracteur quand un travailleur se retrouve dans l'angle mort du matériel roulant ;
- 2) Les procédures ont été modifiées de manière à ajouter un système de communication efficace avec des radios bidirectionnelles et des émetteurs-récepteurs de qualité pour l'exécution des manœuvres pour tous les employés travaillant sur les voies ferrées ;
- 3) L'ensemble des travailleurs déployés pour exécuter des tâches avec le matériel roulant ont reçu une formation théorique et pratique de la part de l'employeur.

Malgré la mise en place de ces mesures, il m'apparaît nécessaire de formuler une recommandation en lien avec la santé et sécurité des travailleurs, dont j'ai eu l'opportunité de discuter, pour une meilleure protection de la vie humaine.

En considérant les conclusions de l'autopsie, le bilan toxicologique et en analysant les circonstances qui entourent le décès, je conclus à un décès accidentel.

CONCLUSION

M. [REDACTED] est décédé suite à un traumatisme contondant à la suite d'une collision avec un locotracteur, dans un contexte de travail.

Il s'agit d'un décès accidentel.

RECOMMANDATION

Je recommande que l'entreprise **General Dynamics Produits de Défense et Systèmes Tactiques- Canada Inc.**:

[R-1] S'assure que la gestion de la santé et de la sécurité des travailleurs qui doivent travailler près des rails soit respectée, par exemple en établissant un récapitulatif hebdomadaire des règles à suivre, réalisé par le responsable de chaque équipe.

SOURCES D'INFORMATION

Le présent rapport s'appuie sur plusieurs sources d'informations :

- Le rapport final d'autopsie partielle
- Le rapport d'expertise en toxicologie du Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale de Montréal
- Le rapport d'enquête de la Sûreté du Québec de la MRC de Beauharnois-Salaberry
- Le rapport d'enquête de la CNESST

Je soussigné, coroner, reconnais que la date indiquée, et les lieux, les causes, les circonstances décrits ci-dessus ont été établis au meilleur de ma connaissance, et ce, à la suite de mon investigation, en foi de quoi j'ai signé, à Montréal, ce 30 septembre 2025.

Me Rudi Daelman, coroner