

# Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de

2025-02981

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.

Dr Marc Jalbert  
Coroner

**BUREAU DU CORONER**

2025-04-09

Date de l'avis

2025-02981

Nº de dossier

**IDENTITÉ**

Prénom à la naissance

66 ans

Âge

Berthierville

Municipalité de résidence

Nom à la naissance

Masculin

Sexe

Québec

Province

Canada

Pays

**DÉCÈS**

2025-04-09

Date du décès

Hôpital de Lanaudière et CHSLD

Parphilia-Ferland

Lieu du décès

Saint-Charles-Borromée

Municipalité du décès

**IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE**

M. [REDACTED] est identifié visuellement par un proche sur les lieux de son décès.

**CIRCONSTANCES DU DÉCÈS**

Les circonstances entourant le décès de M. [REDACTED] sont documentées au dossier clinique de l'Hôpital de Lanaudière et CHSLD Parphilia-Ferland (CHDL) et au rapport de police de la Sûreté du Québec (SQ) de la MRC de D'Autray.

Le 8 avril 2025 aux environs de 20 h 30, un résident situé à proximité de l'intersection formée par la route 138 (Chemin de la Grande Côte Est) et la rue Bergeron à Lanoraie entend un bruit d'impact à l'extérieur de son domicile. En gardant ses distances, ce dernier note néanmoins un véhicule dans le ravin en bordure de la route en direction ouest. Il interpelle les services d'urgence.

Les policiers et les premiers répondants arrivent sur les lieux peu après 20 h 35. Ils documentent que l'homme, qui sera identifié ultérieurement comme étant M. [REDACTED], est inconscient et ne présente pas de pouls perceptible. M. [REDACTED] est toutefois incarcéré dans son véhicule qui se trouve à ce moment dans une position instable, limitant les interventions possibles à ce moment. Le remorquage du véhicule est alors demandé puis effectué.

Suivant la désincarcération de M. [REDACTED] complétée à 20 h 52, les manœuvres de réanimations sont débutées par les premiers répondants et les techniciens ambulanciers paramédicaux prennent la relève à 20 h 54. M. [REDACTED] est toujours inconscient et ils notent de nouveau l'absence de pouls palpable ainsi qu'une asystolie (absence d'activité électrique cardiaque) au moniteur cardiaque. La glycémie capillaire est rapportée indétectable au rapport ambulancier à ce moment. Son transport vers le CHDL est organisé à 21 h 7. Durant son transport, une intubation à l'aide d'un Combitube® est effectuée pour assurer la ventilation et une courte période d'activité électrique cardiaque sans pouls est détectée, mais aucun choc n'est conseillé par le défibrillateur externe automatisé (DEA). M. [REDACTED] arrive au CHDL à 21 h 33 où il est pris en charge par l'équipe médicale de la salle de réanimation.

Les manœuvres se poursuivent pour un total d'environ 55 minutes suivant la prise en charge ambulancière sur les lieux de l'accident avant le retour à un pouls et une circulation spontanée. Une intubation endotrachéale définitive ainsi que deux trains thoraciques pour de possibles pneumothorax bilatéraux sont installés durant les manœuvres. Malgré le retour à la circulation sanguine spontanée, l'état de conscience de M. [REDACTED] demeure grandement altéré. Une insuffisance respiratoire, une hypothermie et une hypotension suggérant un état de choc persistent malgré la ventilation mécanique, l'ajout de solutés chauds et les médicaments vasopresseurs. Sa glycémie capillaire est à ce moment légèrement élevée à 11 mmol/L (normale entre 5 et 7 mmol/L environ).

Des investigations complémentaires sont alors effectuées. Un électrocardiogramme et des bilans sanguins ne suggèrent pas d'emblée la survenue d'un syndrome coronarien aigu précédant l'accident. Une tomodensitométrie extensive documente des opacités pulmonaires droites étendues suggestives de contusions pulmonaires, un petit pneumothorax gauche, un positionnement des drains thoraciques à ajuster, des fractures costales antérieures associées le plus probablement au massage cardiaque, ainsi qu'une fracture de la 7e vertèbre cervicale non déplacée.

M. [REDACTED] est admis en début de nuit le 9 avril 2025 aux soins intensifs dans un état précaire. Un état de choc (hypotension sévère) réfractaire au traitement persiste avec atteinte multiorganique aux bilans sanguins. La fonction cardiaque demeure adéquate ne suggérant pas encore une fois la survenue d'un infarctus du myocarde précédant l'accident. L'état de conscience demeure très altéré en l'absence de désordre glycémique significatif ou d'intoxication médicamenteuse documentée aux bilans sanguins et urinaires et en l'absence de saignement intracrânien à la tomodensitométrie de sorte que le pronostic est à ce moment jugé pauvre par le médecin intensiviste.

Les diagnostics évoqués sont alors une encéphalopathie (altération du fonctionnement cérébral) anoxique (par manque d'oxygène) en installation secondaire aux contusions pulmonaires et à l'arrêt cardio-respiratoire prolongé ainsi qu'un choc sévère réfractaire. Un traitement de support est alors offert dans l'attente de la venue de la famille. Son décès est constaté le 9 avril à 11 h 38.

## **EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES**

Comme les conditions qui ont entraîné le décès de M. [REDACTED] sont suffisamment documentées dans son dossier clinique du CHDL, aucune autopsie n'a été ordonnée aux fins de la présente investigation.

Des échantillons de liquides biologiques prélevés après l'arrivée de M. [REDACTED] à l'urgence du CHDL ont été analysés au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale (LSJML) à Montréal. Ces analyses mettent en évidence la présence dans le sang de prégabaline et d'acétaminophène. De plus, l'éthanol (l'alcool) sanguin n'a pas été détecté.

## **ANALYSE**

L'analyse des facteurs qui ont contribué à l'accident à l'origine du décès de M. [REDACTED] est issue de l'enquête de la Sûreté du Québec (SQ), des résultats des expertises demandées ainsi que du dossier clinique du centre hospitalier (CHDL).

## Les facteurs humains

Le dossier clinique de M. [REDACTED] révèle qu'il souffrait d'un diabète de type I (insulinodépendant) et d'une hypertension artérielle. Le contrôle de son diabète était chroniquement difficile et labile avec la présence d'hypoglycémies fréquentes. M. [REDACTED] avait également été victime d'un traumatisme crânien en 2007, laissant des séquelles cognitives et motrices, toutes deux légères.

En janvier 2024, M. [REDACTED] avait été victime d'une chute accidentelle avec comme conséquence un syndrome médullaire central cervical avec tétraparésie légère (classification universelle AIS D) ayant nécessité une décompression et fusion des vertèbres cervicales 3 à 6 à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (HSCM) ainsi qu'un séjour à l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal (IRGML) d'environ 2 mois. Outre des enjeux avec la vidange vésicale nécessitant un suivi en urologie, la récupération motrice a été favorable, permettant un retour à son niveau fonctionnel malgré un trouble d'équilibre et diminution de la dextérité des mains. Durant son séjour, il a présenté plusieurs hypoglycémies nécessitant des ajustements de son insulinothérapie. À son congé, un suivi a été demandé auprès de la clinique de diabète du CHDL et au Bouclier de Joliette afin de poursuivre la réadaptation à domicile. Un rapport d'examen médical a également été acheminé à la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) en février 2024 afin de signaler les atteintes cognitives et motrices consécutives aux traumatismes de 2007 et janvier 2024 et également les hypoglycémies durant son séjour. Un arrêt de la conduite automobile est suggéré dans l'attente d'une évaluation fonctionnelle sur route en ergothérapie.

M. [REDACTED] est revu en physiatrie en clinique ambulatoire en septembre 2024 pour un suivi à l'IRGLM. Les séquelles motrices légères demeurent stables et le physiatre note que M. [REDACTED] n'a toujours pas eu son évaluation de la conduite automobile sur route. L'évaluation sur route en ergothérapie est finalement réalisée le 10 octobre 2024 selon le dossier de la SAAQ. Les conclusions de l'ergothérapeute mentionnent que M. [REDACTED] possède les capacités cognitives et physiques nécessaires à la conduite d'un véhicule routier. Le sujet du diabète n'est toutefois pas abordé dans cette évaluation touchant principalement les capacités cognitives et motrices.

En parallèle, il est pris en charge en mars 2024 en endocrinologie. Un enseignement complet de sa maladie et de la gestion de ses hypoglycémies a été effectué par l'équipe multidisciplinaire (nutritionniste, infirmière et endocrinologue) et un suivi s'est poursuivi par la suite. Une déclaration médicale exigée par la SAAQ, concernant son diabète est également remplie en avril 2024, mentionne que la dernière hypoglycémie sévère remonte à novembre 2023 et qu'il a les outils en main pour réagir à ses hypoglycémies. Le contrôle de son diabète et de ses hypoglycémies s'est par la suite amélioré jusqu'en janvier 2025 où il est vu à l'urgence du CHDL pour une hypoglycémie plus significative avec altération de l'état de conscience corrigée par une médication de secours administrée à la maison. Selon les notes au dossier, cette hypoglycémie s'est déroulée possiblement dans un contexte d'erreur d'administration de son insuline lors d'un repas. Il est revu par son endocrinologue le 11 février 2025, qui constate que le contrôle n'est de nouveau pas optimal et que la gestion et la détection des hypoglycémies ne sont pas adéquates. M. [REDACTED] ne semble pas réagir adéquatement aux alertes de son appareil de glycémie (Dexcom G6®) jumelé à sa montre qui permet la surveillance en continu de son glucose sanguin. De l'enseignement est de nouveau fait.

Le dossier de la SAAQ ne démontre par ailleurs aucune infraction récente au code de la sécurité routière.

### Le déroulement de l'événement

Selon le témoignage d'un proche demeurant avec M. [REDACTED], le 8 avril 2025 peu après 20 h, il quitte son domicile pour aller acheter de la nourriture. Le proche ne note pas de signes suggérant que M. [REDACTED] présente à ce moment de malaise physique. Aucune idéation suicidaire n'a par ailleurs été évoquée par ce dernier récemment.

Il prend alors le volant seul de son véhicule et emprunte en direction ouest la route 138 (Chemin de la Grande Côte Est à Lanoraie). Peu avant l'intersection avec la rue Bergeron, il dévie de la trajectoire de la route vers la droite sur une centaine de mètres. Suivant l'intersection avec la rue Bergeron, son véhicule poursuit sa route dans le ravin bordant la route 138 avant de terminer sa course en entrant en collision avec un arbre tout juste avant l'entrée de garage d'une résidence à proximité.

Aucune trace de freinage n'est décelée au sol et sur les traces laissées sur la chaussée ou dans la neige fraîchement tombée au sol durant cette soirée. Suivant l'impact, l'odomètre est resté fixé à 40 km/h suggérant une sortie de route à cette vitesse. À titre de référence, la limite légale sur ce tronçon de la route 138 se situe à 80 km/h.

À l'arrivée des premiers répondants, une montre au poignet de M. [REDACTED] alors inconscient alerte de la présence d'une hypoglycémie.

### Les facteurs environnementaux

Le 8 avril 2025 peu avant 21 h, l'enquête policière documente une température ambiante sous le point de congélation à -5 degrés Celsius et une précipitation active de neige couvrant partiellement le marquage au sol de la chaussée. Le soir est bien installé à ce moment et un lampadaire éclaire l'intersection de la route 138 et de la rue Bergeron. Un éclairage indirect est également offert par les maisons environnantes.

La route 138 ne présente pas de particularités accidentogènes à ce niveau. La chaussée est jugée par l'enquête policière en bon état.

### Le véhicule impliqué

Le véhicule conduit par M. [REDACTED] et impliqué dans l'accident est de marque Kia Sorento™ de l'année 2012. Le véhicule a été inspecté le 24 avril 2025 en présence d'un enquêteur de la SQ. En dehors des dommages consécutifs à la sortie de route du 8 avril 2025 impliquant l'avant et le versant latéral arrière gauche, le véhicule est jugé en bon état d'entretien. Les pneus arrière sont usés et mal alignés, mais cet élément n'a pas été contributif à la sortie de route dans les circonstances précédemment décrites. On décrit un pare-brise enfoncé de l'intérieur vers l'extérieur du côté conducteur ainsi qu'une ceinture de sécurité toujours fonctionnelle sans blocage suggérant que M. [REDACTED] ne portait pas sa ceinture de sécurité au moment de l'accident et que son corps a été projeté vers le pare-brise lors de l'impact.

## Les analyses toxicologiques et les investigations hospitalières

Les analyses toxicologiques effectuées sur les prélèvements sanguins réalisés à son arrivée à l'urgence du CHDL ont mis en évidence la présence d'acétaminophène (analgésique de faible puissance) et de prégabaline (anticonvulsivant utilisé en gestion de la douleur neuropathique). Le dosage n'a pu être précisé sur les échantillons obtenus, mais, malgré l'effet potentiellement somnolent de la prégabaline, l'usage chronique de cette médication chez M. [REDACTED] rend son implication dans les circonstances de l'accident peu probable. Aucun éthanol ou autre substance psychoactive n'a été détecté au niveau sanguin.

Les investigations effectuées à l'urgence et à l'unité des soins intensifs suivant l'accident démontrent la présence d'importantes contusions pulmonaires et un pneumothorax gauche. Malgré un retour à la circulation spontanée, l'état de M. [REDACTED] demeure précaire dans les heures suivant son admission. Les investigations cardiaques ne suggèrent pas d'infarctus du myocarde récent pour expliquer un malaise ayant pu provoquer l'accident ou l'état de choc persistant. La glycémie à l'arrivée est légèrement élevée, mais n'est pas discordante avec une probable hypoglycémie précédant l'accident comme le signale l'appareil de lecture glycémique en continu de M. [REDACTED] et la glycémie capillaire prise par les ambulanciers, l'état de choc libérant des hormones de stress et mécanismes compensatoires.

Malgré une tomodensitométrie cérébrale initialement normale, une encéphalopathie anoxique (par manque d'oxygène) est suspectée consécutive au traumatisme thoracique, aux délais techniques associés à la position du véhicule suivant l'accident ne permettant pas le début rapide des manœuvres de réanimation et à l'état de choc prolongé malgré un retour à la circulation spontanée suivant des manœuvres de réanimation de près d'une heure. L'ensemble témoignant d'un pronostic sombre et menant à l'arrêt des traitements actifs en accord avec les proches de M. [REDACTED] le 9 avril 2025.

## Les facteurs de prévention

Comme mentionné précédemment, l'expertise du véhicule ainsi que le déplacement du corps de M. [REDACTED] vers le pare-brise lors de l'impact suggère qu'il ne portait pas sa ceinture de sécurité au moment de l'accident. Par ailleurs, les coussins gonflables ont tous été déployés suivant l'impact sauf celui localisé du côté du passager avant.

## La synthèse

L'ensemble des éléments recueillis lors de l'enquête suggère que M. [REDACTED], souffrant d'un diabète de type I (insulinodépendant), a présenté une hypoglycémie durant la conduite de son véhicule comme le signale son appareil de glycémie en continu jumelé à sa montre dès l'arrivée des premiers répondants sur les lieux de l'accident. Aucun indice de syndrome coronarien aigu précédant l'accident n'a été décelé lors des investigations hospitalières. Une altération de l'état de conscience s'est ainsi progressivement installée, occasionnant la déviation de trajectoire présentée par le véhicule de M. [REDACTED] à des vitesses inférieures aux limites permises puis la sortie de route avec impact avant. L'absence probable de l'usage de sa ceinture de sécurité documentée au rapport de police a malheureusement engendré l'éjection du corps de M. [REDACTED] de son siège de conducteur et son impact contre le pare-brise avant, expliquant le traumatisme pulmonaire puis l'arrêt cardio-respiratoire présenté. La position du véhicule suivant l'accident est venue retarder le début des manœuvres de réanimation, nuisant grandement au potentiel de survie de M. [REDACTED]. Plus de 15 minutes se

sont ainsi écoulées avant sa désincarcération et le début des manœuvres de réanimation. Le retour à une circulation spontanée après environ une heure de réanimation et la persistance d'un état de choc profond avec altération de l'état de conscience ont rendu son pronostic sombre. L'arrêt des traitements a ainsi été convenu suivant une discussion entre le médecin intensiviste et les proches de M. [REDACTED], menant ultimement à son décès.

### **Le diabète et la conduite automobile au Québec**

La conduite automobile au Québec est un privilège et non un droit. Ainsi, tout changement à son état de santé ou diagnostic médical à risque pour la conduite automobile doit idéalement être signalé par le conducteur à la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) dans les 30 jours. De plus, certaines conditions de santé, comme le diabète, nécessitent une déclaration périodique de la part du médecin traitant. La SAAQ en collaboration avec Diabète Québec<sup>1</sup> résume dans un dépliant intitulé *La conduite automobile et le diabète, ce que vous devez savoir* les conseils à suivre en lien avec le diabète, la gestion des hypoglycémies et la conduite automobile.

Par ailleurs, au Québec, l'article 603 du *Code de la sécurité routière* indique que le médecin peut signaler à la SAAQ un patient qu'il juge inapte à la conduite automobile sans se placer à risque de poursuites judiciaires. La SAAQ se charge d'évaluer le dossier et d'imposer une suspension administrative du permis lorsque nécessaire. Cette démarche n'est toutefois pas une obligation légale.

Dans le cas de M. [REDACTED], une déclaration médicale avait été effectuée en février 2024 en lien avec les séquelles neurocognitives d'accidents antérieurs et les hypoglycémies récurrentes durant son séjour hospitalier de l'époque et en avril 2024 en lien avec son diabète. M. [REDACTED] avait également reçu depuis mars 2024 plusieurs enseignements concernant sa maladie et la gestion des hypoglycémies par la clinique de diabète du CHDL. Sa condition présente alors une relative stabilité, mais des hypoglycémies légères perdurent. Un appareil avec alertes d'hypoglycémies lui était également accessible pour faciliter la reconnaissance et la correction de ses hypoglycémies. Néanmoins, une hypoglycémie plus significative survient en janvier 2025 suivant une possible erreur de dosage d'insuline. Il est de nouveau rencontré par son médecin endocrinologue en février 2025 qui revoit la gestion de son traitement et de ses hypoglycémies. Le médecin évoque toutefois des doutes sur les réactions du patient devant une alerte de son appareil. De l'enseignement est de nouveau donné, mais la conduite automobile n'est pas spécifiquement abordée selon la note et aucun signalement à la SAAQ n'est retrouvé au dossier médical ou à la SAAQ.

Dans le cadre de l'enquête, j'ai sollicité une discussion avec un médecin-conseil de la SAAQ. Ce dernier réitère l'importance de l'autodéclaration ou du signalement médical lorsque l'état de santé présente des risques pour la conduite automobile. Le *Code de la sécurité routière* libère le médecin de façon ponctuel de son secret professionnel et le protège de poursuites judiciaires. C'est ainsi à la SAAQ de rendre une décision sur la suspension administrative temporaire d'un permis et les suivis subséquents nécessaires si l'usager souhaite conserver son permis. Dans le cas de M. [REDACTED], un signalement de l'hypoglycémie récente plus sévère et des doutes quant à la gestion de ses hypoglycémies aurait pu mener à de telles mesures. Le médecin-conseil réitère ainsi l'importance de sensibiliser la population aux risques associés aux maladies chroniques comme le diabète sur la sécurité routière et de renforcer le signalement par les médecins du Québec.

<sup>1</sup> <https://www.diabete.qc.ca/wp-content/uploads/2023/06/104998-DQC23-Depliant-Conduites-FR-WEB-25mai.pdf>

Une discussion avec l'intervenant responsable des mesures de sensibilisation à la SAAQ a également eu lieu dans le cours de la présente enquête et j'ai eu la confirmation que le sujet est en effet pris au sérieux et qu'il y a un intérêt pour développer une campagne de sensibilisation.

Par ailleurs, le Collège des médecins du Québec (CMQ) rend facilement accessible sur son site Internet la documentation entourant le rôle du médecin quant à la sécurité routière. De plus, il offre des webinaires accessibles en ligne ou des ateliers de groupe sur demande auprès des médecins intéressés. Je me suis d'ailleurs entretenu avec un responsable du CMQ afin d'évaluer la possibilité d'effectuer un rappel auprès de ses membres, plus particulièrement en lien avec le diabète.

La Loi sur les coroners stipule que les coroners ne peuvent, à l'occasion d'une investigation, se prononcer sur la responsabilité civile ou criminelle d'une personne. De plus, les coroners n'ont pas le mandat d'analyser la qualité des actes posés par les professionnels de la santé. Il existe d'autres organismes dont c'est le mandat. Aucune recommandation en ce sens ne sera effectuée dans le présent dossier d'autant plus que le signalement à la SAAQ n'est pas une obligation de la part des professionnels de la santé au Québec. Une copie du rapport sera néanmoins acheminée auprès du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Lanaudière à titre informatif.

À la lumière de mon investigation et dans le but d'une meilleure protection de la vie humaine, je formulerais tout de même des recommandations dont j'ai eu l'opportunité de discuter avec les instances concernées.

## CONCLUSION

M. [REDACTED] est décédé d'une encéphalopathie anoxique consécutive au traumatisme thoracique avec arrêt cardio-respiratoire prolongé suivant un accident de la route provoqué par une hypoglycémie.

Il s'agit d'un décès accidentel.

## RECOMMANDATIONS

Je recommande que le **Collège des médecins du Québec** :

- [R-1] Rappelle l'importance aux médecins de signaler à la Société de l'assurance automobile du Québec tout conducteur d'un véhicule automobile présentant une condition de santé à risque pour la sécurité routière ;
- [R-2] Diffuse auprès de ses membres l'outil réalisé par Diabète Québec intitulé *La conduite automobile et le diabète, ce que vous devez savoir*.

Je recommande que la **Société de l'assurance automobile du Québec** :

**[R-3]** Réalise une campagne de sensibilisation abordant l'importance pour les personnes atteintes de maladies chroniques comme le diabète de satisfaire aux exigences liées à leur état de santé quant à la conduite automobile.

---

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 Lavaltrie, ce 5 décembre 2025.

Dr Marc Jalbert, coroner