

Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

à l'intention des familles,
des proches et des organismes
POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de



2024-05053

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.

Dre Denise Fréchette

BUREAU DU CORONER 2024-07-04 <small>Date de l'avis</small>			2024-05053 <small>N° de dossier</small>		
IDENTITÉ <div> <div>██████████</div> <div>Prénom à la naissance</div> </div> <div> <div>46 ans</div> <div>Âge</div> </div> <div> <div>Saint-Pie</div> <div>Municipalité de résidence</div> </div>			<div> <div>██████████</div> <div>Nom à la naissance</div> </div> <div> <div>Masculin</div> <div>Sexe</div> </div> <div> <div>Québec</div> <div>Province</div> </div> <div> <div>Canada</div> <div>Pays</div> </div>		
DÉCÈS 2024-07-04 <small>Date du décès</small> Hôpital général de Montréal <small>Lieu du décès</small>			Montréal <small>Municipalité du décès</small>		

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

M. ██████████ a été identifié visuellement par un collègue de travail.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Les détails des circonstances de ce décès proviennent d'un rapport de la Sûreté du Québec de la MRC des Maskoutains, du rapport d'un agent de santé et sécurité de la Direction des opérations régionales et de la conformité du Programme du travail Emploi et Développement social Canada reçu le 12 novembre 2025 (ci-après nommé Programme travail Canada), d'une visite de la soussignée sur les lieux de travail, du dossier clinique de M. ██████████ et de discussions avec un proche.

Le 4 juillet 2024 en avant-midi, dans une entreprise de nutrition animale à Saint-Hyacinthe, un employé a entendu des cris à l'extérieur du bâtiment. L'employé s'est dirigé à l'extérieur vers les quais de chargement des camions. C'est à ce moment que l'employé a vu M. ██████████ au sol entre le quai de chargement et un camion semi-remorque. L'employé a immédiatement contacté le 911 et s'est approché de M. ██████████. Celui-ci était conscient, mais souffrant et a affirmé s'être fait écraser le bassin par un camion semi-remorque. Il disait avoir de la difficulté à respirer.

Les policiers et les ambulanciers sont arrivés rapidement sur les lieux. À leur arrivée, les ambulanciers ont constaté que M. ██████████ respirait rapidement, mais il avait une tension artérielle adéquate. Les ambulanciers ont stabilisé M. ██████████ et l'ont transporté à l'Hôpital général de Montréal.

Durant le transport ambulancier, la tension artérielle de M. ██████████ a chuté et les soins se sont poursuivies dans l'ambulance. À leur arrivée à destination, les ambulanciers ont constaté que M. ██████████ n'avait plus de pouls et ne respirait plus.

L'équipe de traumatologie de l'Hôpital général de Montréal a poursuivi la réanimation intensive, mais malheureusement, il n'y a pas eu de reprise de l'activité cardiaque et les manœuvres sont cessées.

Le décès de M. ██████████ est constaté le même jour par le médecin de l'équipe de traumatologie de l'hôpital.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Un examen externe a été fait le 5 juillet 2024 à la morgue de Montréal. Il a mis en évidence la présence d'hématomes dans la région pelvienne et du bassin. On a noté également des stigmates de la réanimation intensive.

Une autopsie virtuelle (tomodensitométrie pancorporelle sans injection de produit de contraste) a été faite le 5 juillet 2024 à l'Institut de cardiologie de Montréal. Dans son rapport, la radiologiste spécialisée en imagerie post mortem a décrit la présence de fractures multiples au niveau des os du bassin. Elle a noté également un important hématome au niveau du périnée et près la hanche gauche. Des stigmates de la réanimation intensive ont aussi été observées. Aucune autre lésion contributive au décès n'a été observée.

Des analyses toxicologiques ont été effectuées au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale à Montréal. Aucune substance n'a été détectée, incluant l'éthanol (alcool) dans les liquides biologiques.

ANALYSE

M. [REDACTED] travaillait dans l'entreprise de nutrition animale depuis plusieurs années. Il était assigné à l'entrepôt et aux quais de chargement/déchargement. Le quai numéro 2, où a eu lieu l'événement, était le plus souvent utilisé par les camionneurs étant donné son accès plus direct. L'entreprise dispose d'au moins un autre quai semblable au quai no 2.

Normalement, lors d'un chargement ou déchargement, le camion recule vers le quai et lorsqu'il arrive près de la porte de l'entrepôt, le camionneur applique les freins du camion et de sa remorque. Ensuite, un dispositif de retenue avec un crochet fixé au mur de l'entrepôt (ci-après nommé dispositif du crochet), accroche la barre anti-encastrement du camion pour l'empêcher de bouger. Cette manœuvre qui accroche la barre anti-encastrement du camion est exécutée par un employé (comme M. [REDACTED]) à l'aide d'un bouton situé à l'intérieur de l'entrepôt. L'employé n'a donc pas à sortir à l'extérieur pour exécuter cette manœuvre. En cas de problèmes avec le dispositif du crochet, des cales de roue peuvent être installées par le camionneur.

Lors de l'événement du 4 juillet 2024, le conducteur du camion a indiqué aux policiers que le crochet au quai numéro 2 était bloqué lorsqu'il a reculé son camion vers le quai. Ce blocage empêchait le camion de reculer suffisamment pour permettre au dispositif du crochet de bien s'arrimer à la barre anti-encastrement de sa remorque. Le conducteur a affirmé aux policiers avoir appliqué les freins de stationnement puis être sorti de son camion pour discuter avec M. [REDACTED] du problème. Ce dernier lui aurait dit que le dispositif du crochet ne fonctionnait pas toujours bien et qu'il savait comment régler le problème. M. [REDACTED] aurait donc été à l'extérieur du quai pour sauter sur le dispositif du crochet afin de le débloquent. L'espace entre le mur de l'entrepôt où se situe le dispositif du crochet et la remorque est à ce moment juste assez large pour qu'une personne puisse s'y installer. Le camionneur a affirmé avoir entendu un déclic juste avant le déplacement du véhicule lourd. Ce déclic laisse supposer que le dispositif du crochet s'est débloquent et que c'est à ce moment que le camion et sa remorque ont subitement reculé, coinçant M. [REDACTED] entre la remorque et le mur de l'entrepôt. Le camionneur en panique est retourné dans son véhicule, a avancé son camion de quelques mètres pour dégager l'espace où était confiné M. [REDACTED] puis il a appelé à l'aide.

Il n'y a pas d'autres témoins directs de l'événement mis à part qu'un autre camionneur sur le site de déchargement a entendu des cris et a vu le conducteur du camion au quai numéro 2 courir vers son camion pour l'avancer. Il a ensuite vu M. [REDACTED] au sol qui lui a dit qu'il avait quelque chose de cassé et d'appeler une ambulance.

Aucune caméra de surveillance n'a capté la scène.

L'état des blessures de M. [REDACTED] rend peu probable la possibilité d'une chute accidentelle du haut du quai. En effet, M. [REDACTED] ne présentait aucun traumatisme à la tête et les blessures étaient concentrées au niveau du bassin. Ceci laisse croire que M. [REDACTED] était debout au moment où le camion et sa remorque ont subitement reculé sur lui.

Facteurs contributifs au décès :

À la suite de l'analyse des événements, je retiens trois facteurs contributifs au décès et qui étaient tous évitables :

1- Dispositif du crochet défectueux :

Une visualisation des lieux après les événements m'a permis de constater que le dispositif du crochet au quai numéro 2 était très abimé et ne fonctionnait pas normalement. Pour l'enclencher, il fallait qu'une personne sorte de l'entrepôt et saute littéralement sur le dispositif pour le rendre opérationnel. Une inspection du dispositif du crochet au quai numéro 2 a été faite par une entreprise indépendante le 5 juillet 2024 et a conclu qu'il fallait le remplacer complètement. Le rapport d'inspection du dispositif du crochet au quai numéro 1 stipule que celui-ci n'était pas fonctionnel au moment des événements. Le dispositif du crochet au quai 3 était fonctionnel et en bon état. L'inspection mentionne que tous les quais ont besoin d'entretien.

Selon le rapport de l'agent du Programme travail Canada, le guide du fabricant du dispositif du crochet détaille un calendrier de vérifications et d'entretien périodiques. Le guide du fabricant précise qu'en cas de bris ou de problèmes, le crochet ne doit plus être utilisé en raison des risques associés. Or, les problèmes en lien avec le dispositif du crochet du quai numéro 2 étaient présents depuis plusieurs mois et il continuait d'être utilisé.

2- Sortie de M. [REDACTED] à l'extérieur de l'entrepôt :

Comme mentionné plus haut, l'opérateur n'a pas à sortir de l'entrepôt pour effectuer des manœuvres et encore moins pour tenter de débloquer le crochet. L'espace entre le mur de l'entrepôt et la remorque du camion est une zone dangereuse. Il appert que l'initiative de débloquer le dispositif du crochet de quelque façon que ce soit n'est pas une pratique encouragée par la direction de l'entreprise. Cependant, le rapport de l'agent du Programme travail Canada indique que l'employeur n'offrait pas de formation spécifique à ses employés concernant le dispositif du crochet. Le guide du fabricant du crochet prévoit que les utilisateurs prennent connaissance du fonctionnement et des avertissements en lien avec le dispositif du crochet qui sont détaillés dans ce guide. M. [REDACTED] était reconnu par son supérieur comme quelqu'un de très prudent. On peut raisonnablement penser que M. [REDACTED] ne serait pas allé dans cette zone dangereuse si le dispositif du crochet fonctionnait bien. Est-ce que M. [REDACTED] aurait voulu sauver du temps en tentant lui-même de débloquer le dispositif du crochet plutôt que d'aviser le camionneur d'utiliser un autre quai de déchargement ? Le seul quai avec un dispositif de crochet

fonctionnel était le quai numéro 3. Celui-ci était déjà pris par un autre camion, mais qui était sur le point de laisser la place au moment des événements.

3- Freins de stationnement du camion et de la remorque pas enclenchés :

Le camionneur impliqué dans cet événement est propriétaire de son camion immatriculé au Québec et travaille exclusivement avec une compagnie de camionnage. Une inspection mécanique du camion (tracteur) effectuée peu après l'événement a révélé que les freins étaient en bon état et presque neufs. Cependant, le tableau de bord où se trouvent les boutons des freins bougeait lorsqu'on tentait d'enclencher les freins. Ainsi, pour appliquer les freins de stationnement correctement, il fallait exercer une pression sur le tableau de bord d'une main et tirer sur les freins avec l'autre main. Il a fallu au mécanicien quelques essais pour arriver à bien enclencher les freins correctement.

L'inspection mécanique de la remorque n'a rien révélé d'anormal et les freins de celle-ci étaient jugés être en bon état. Le conteneur était bien attaché à la remorque et aucun mouvement indépendant du conteneur n'était possible.

De plus, le mécanicien qui a procédé à l'inspection a tenté de bouger le camion (tracteur) avec la remorque lorsque les freins étaient bien enclenchés tant sur le camion que sur la remorque. Il a été impossible de les faire bouger même en exerçant une forte pression sur l'accélérateur. Lorsqu'il n'y avait aucun frein d'appliqué, le camion et sa remorque ont pu être bougés par la force d'un seul homme.

L'inspection mécanique n'a mis en évidence aucune autre défectuosité pouvant être considérée comme facteur contributif aux événements.

L'extraction des données du module de contrôle des dispositifs de sécurité (boîte noire) n'a pas été utile puisqu'aucune donnée relative à l'événement n'y était enregistrée.

À la lumière de l'inspection mécanique, il est donc impossible que le camion et sa remorque puissent bouger si les freins sont bien engagés. Les boutons de freins sur le tableau de bord du camion en cause dans cet événement étaient difficiles à enclencher.

Notons qu'au moment des événements, la remorque était chargée avec vingt tonnes de matériel et était dans une pente descendante d'environ 7 % vers le quai. La force de la gravité, combinée à l'absence de freins de stationnement ont fait en sorte que le camion a reculé lorsque le dispositif du crochet a débloqué.

Les policiers ont déterminé que le mauvais enclenchement des freins résultait d'une erreur humaine du camionneur.

Au Québec, il revient au propriétaire/conducteur du camion lourd de maintenir son véhicule en bon état mécanique en effectuant notamment une ronde de sécurité du véhicule à chaque 24 h. Cette ronde de sécurité comprend entre autres la vérification des commandes du conducteur et des systèmes de freins. La compagnie de camionnage qui emploie le propriétaire/conducteur doit s'assurer de respecter les normes relatives à l'usage du véhicule, notamment les règles concernant la ronde de sécurité.¹

¹ Obligations des utilisateurs de véhicules lourds ; SAAQ 2024

Également au Québec, il existe un entretien mécanique obligatoire à faire aux 6 mois pour les véhicules lourds. À cela s'ajoute une vérification mécanique périodique obligatoire à faire minimalement tous les ans auprès d'un centre certifié par la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ). Si le véhicule est conforme aux exigences de la SAAQ, une vignette de conformité est apposée sur le véhicule. En cas de défectuosité mineure, un délai de 48 h est accordé pour effectuer la réparation. Passé ce délai ou en cas de défectuosité majeure, le camion ne peut plus circuler².

Le rapport d'inspection mécanique du véhicule lourd impliqué dans cet événement précise que la vignette de conformité était à jour.

Des contrôleurs routiers peuvent également intervenir sur la route ou dans des postes et aires de contrôle et inspecter les véhicules en dehors de périodes d'inspection obligatoire.

Les camions lourds sont dotés d'un voyant lumineux qui s'allume lorsque les freins de stationnement sont appliqués. Il existe pour certains camions lourds des avertisseurs sonores qui indiquent au camionneur que ses freins de stationnement ne sont pas appliqués lorsqu'il quitte son véhicule. Ce type d'avertisseur n'est pas obligatoire au Canada. Selon le rapport de l'agent du Programme travail Canada, le véhicule lourd impliqué dans cet événement ne serait pas doté de ce type d'avertisseur sonore.

Au moment des événements qui ont coûté la vie à M. [REDACTED], il n'y avait pas de formation obligatoire pour obtenir un permis de conduire un véhicule lourd (classe I) au Québec. Les aspirants camionneurs n'avaient qu'à réussir deux examens pratiques et un examen théorique pour obtenir ce permis. À partir du 15 décembre 2025, les aspirants camionneurs devront faire une formation de 125 h ou un diplôme d'études professionnelles (DEP) en transport de camion.

Correctifs déjà mis en place et à venir :

J'ai eu une discussion avec la directrice d'usine juste après les événements. Elle a précisé que dû à des changements fréquents au sein de la direction, il n'y avait aucune personne clairement identifiée comme responsable de la sécurité du personnel et de l'entretien de l'équipement des quais de chargement/déchargement. Depuis cet événement qui a coûté la vie à M. [REDACTED], une personne a été identifiée comme responsable de la santé et sécurité sur les lieux de travail.

Le dispositif du crochet défectueux du quai numéro 2 a été rapidement mis hors service après les événements et a été remplacé. Le quai numéro 1 sera remis fonctionnel.

Le rapport de l'agent du Programme travail Canada a émis certaines réflexions et recommandations qu'il a transmises à l'employeur de M. [REDACTED] et dont je fais miennes :

- 1- Mise en place d'un programme d'entretien préventif régulier des dispositifs du crochet selon le guide du fabricant,
- 2- Formation des employés sur l'utilisation des dispositifs du crochet,
- 3- Information aux employés des risques associés au travail sur les quais de chargement/déchargement
- 4- Signalement aux supérieurs des problèmes identifiés par l'employé concernant notamment un dispositif de crochet défectueux.

² Site internet SAAQ : Entretien mécanique obligatoire et vérification mécanique périodique obligatoire.

À cela, je formulerais une recommandation supplémentaire, dont j'ai eu l'opportunité de discuter avec la direction de l'entreprise où travaillait M. [REDACTED].

De plus, j'inviterai Transport Canada à explorer la faisabilité de rendre obligatoire la présence d'un avertisseur sonore dans les nouveaux véhicules lourds afin d'alerter le camionneur qui quitte son camion quand ses freins de stationnement ne sont pas appliqués. Ou encore de réfléchir à la pertinence de rendre obligatoire, sur les nouveaux camions lourds, des freins de stationnement automatiques qui s'activent lorsque le camionneur coupe le contact, notamment.

J'ai discuté de mes réflexions avec le Directeur exécutif, Sécurité routière et réglementation des véhicules à Transport Canada. Une copie de ce rapport sera transmise aux autorités concernées.

CONCLUSION

M. [REDACTED] est décédé d'un choc hémorragique secondairement à une compression traumatique du bassin causée par un véhicule lourd.

Il s'agit d'un décès accidentel.

RECOMMANDATION

Je recommande que la direction de **ADM Animal Nutrition** à Saint-Hyacinthe :

[R-1] Procède à des rappels périodiques aux employés concernant la sécurité des lieux de travail, particulièrement en ce qui concerne les quais de chargement/déchargement ;

Je soussignée, 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 Longueuil, ce 5 décembre 2025.

Denise Fréchette, coroner