

Dossiers du Coronar - Classement des recommandations selon les six services publics - Hommes Autochtones

<u># de dossier</u>	<u>Année</u>	<u>Sexe</u>	<u>Communauté ou Ville</u>	<u>Cause(s) de décès</u>	<u>Service(s) concernés par les recommandations et nombre de recommandations</u>	<u>Spécificité(s)</u>
86385	1996	H	Pessamit	Suicide - arme à feu	Santé et services sociaux (voir onglet santé) : 1	Plusieurs recommandations à l'endroit du Conseil de bande de Pessamit : Nous recommandons que les différents experts et intervenants fassent les interventions appropriées afin de restreindre l'achat des munitions: Seule la production d'un permis ou d'un certificat permettant de constater que l'acheteur de munitions est un possesseur légitime d'armes à feu, devrait permettre l'achat de munitions.Nous recommandons, que le Conseil de bande de Betsiamites procède à une analyse approfondie au sein de sa communauté, en rapport avec la façon dont le règlement concernant l'entreposage, la mise en montre, la manipulation et le transport des armes à feu, est appliqué sur son territoire.Pour avoir un impact significatif et nécessaire pour la protection de ses membres, le Conseil de bande doit s'assurer que les solutions identifiées soient appliquée dans les plus brefs délais (Règlement relatif à la partie III du Code criminel; entrée en vigueur le 1er janvier 1993).
89497	1996	H	Laval	Suicide - pendaison	Justice : 3	
89937	1996	H	Inukjuak	Suicide - pendaison	Santé : 7	Formule des recommandations à l'endroit de la communauté : Au village d'Inukjuak, dans un désir d'améliorer le sort de ses jeunes, je recommande: 1- de continuer à prendre en charge la problématique du suicide car il concerne toute la communauté; 2- de raviver l'intérêt de sa communauté quant à la problématique du suicide afin de stimuler l'entraide, qualité si louable du peuple Inuit ;3- d'augmenter la discipline (par exemple, pas de courses de ski-doo à une (1) heure du matin) au sein même de la communauté; 4- de créer des activités occupationnelles en ciblant les jeunes (pique-nique, chasse, pêche, concours, sports d'équipe...); 5- d'encourager la communication et la coordination entre les différents secteurs (dispensaire, services sociaux, comité de prévention, police, église, foyer de groupe...) concernés pour favoriser une meilleure gestion des ressources et donc des problèmes.
91565	1997					
91649	1997	H	Puvirnitug	Bronchiolite aigue	DPJ : 1	
92176	1997	H	Whapmagoostui	Accident de VTT - Trauma crânien	Police et Justice (voir onglet police) : 4	À la Régie des alcools, des courses et des jeux, je recommande: - d'intervenir auprès des établissements détenteurs de permis de vente d'alcool du Grand-Nord, essentiellement dans les villages de Kuujjuak et de Poste à la Baleine, afin de s'assurer que la loi sur les infractions en matière de boissons alcooliques (L.R 0, chap. I-8.1) y est bien appliquée.
92978	1997	H	Sept-Îles	Suicide - pendaison : anoxie cérébrale avec apnée fatale	Services correctionnels : 1	

94380	1997	H	Umiujaq	Suicide - pendaison	Justice : 4 Santé : 4	<u>Au village d'Umiujak ainsi qu'à toutes les communautés du Nunavik, je recommande:</u> • D'inciter sa population à faire une réflexion sur l'hospitalité et l'entraide qu'elle peut apporter à des individus ayant des comportements déviants; • d'initier une prise en charge de ces individus par la communauté même et ce, avec ou sans l'aide de ressources extérieures; • de prévoir dans le développement futur de chaque communauté, la construction de maisons spécialement conçues pour des personnes atteintes de troubles mentaux et ainsi permettre la réintégration progressive de celles-ci au sein de leur communauté; le tout de concert avec le personnel du centre de santé local et communautaire (CLSC); • de réviser les objectifs de la maison communautaire d'Umiujak; Fait notable : la coroner souhaite que ce rapport soit acheminé à environ 'une vingtaine de personnes qui travaillent dans différents milieux dans le Grand Nord.
94752	1997	H	Joliette	Suicide - pendaison	Police : 1	
96654	1998	H	Kahnawake	Suicide - pendaison	Police : 1	
97575	1997	H	Manawan	Insuffisance respiratoire	Santé : 1	<u>Recommandation</u> : Je recommande au Chef de la réserve de Manouane de revoir la gestion de ses services de santé et d'apporter les correctifs nécessaires afin d'assurer la protection de la vie humaine des membres de la réserve.
105505	2000	H	Kuujuarapik	Suicide - pendaison	Police : 1	
108782	2000	H	Manawan	Suicide - pendaison	Police : 2	
109369	2001	H	Montréal	Suicide - pendaison	Santé : 1	
112369	2001	H	Uashat	Suicide - pendaison	Police : 2	
114763	2002	H	Québec	Traumatisme crânio-cérébral avec fractures du crâne, hémorragie sous-durale gauche, oedème cérébral, secondaire à un impact au côté droit du crâne.	Police : 2	
115478	2002	H	Wemotaci	Suicide - arme à feu	Santé et services sociaux (voir onglet santé) : 1	
118042	2003	H	Inukjuak	Hypothermie	DPJ : 1	

135073	2007	H	Joliette	Asphyxie positionnelle de type « co-sleeping»	Santé et services sociaux (voir onglet santé) : 3	
135623	2007	H	Salluit	Asphyxie par suffocation	Santé : 1	1 recommandation qui s'adresse à la Commission scolaire Kativik.
135582	2007	H	Roberval	Acidose métabolique et état de déshydratation sévère secondaire à une pneumonie et à une gastroentérite.	Santé : 3	
140700	2008	H	Lac Simon	Suicide - pendaison	Police : 3	
141166	2008	H	Quaqtaq	Suicide - pendaison	DPJ : 3	
148490	2009	H	Inukjuak	Suicide - pendaison	Santé et services sociaux (voir onglet santé) : 2	
150871	2010	H	Chisasibi	Maladie coronarienne athérosclérotique sévère de toutes les artères coronaires et hypertrophie ventriculaire gauche du cœur	Police : 1	
151860	2011	H	Québec	Heurté par une voiture - œdème cérébral, hématome sous-dural et fracture du crâne	Santé : 1	
152293	2011	H	Hull	Suicide - pendaison	Services correctionnels : 1	

154781	2011	H	Mistissini	Arythmie cardiaque maligne secondaire à une acidose métabolique	Santé : 1	
155747	2011	H	Baie-James	Accident de voiture - Choc hémorragique secondaire à un polytraumatisme	Santé : 1	
160357	2013	H	Montréal	Suicide - pendaison	Police : 1	<u>Première recommandation du rapport</u> : « Au Grand conseil des Cris (Eeyou Istchee), qu'il évalue si le Poste de police de Mistissini pourrait bénéficier d'une évaluation de ses pratiques policières par le Département de la vérification interne, des enquêtes et de l'inspection du ministère de la Sécurité publique du Québec et en fasse la demande s'il le juge nécessaire ».
166933	2014	H	Inukjuak	Traumatisme thoracique causé par le passage d'un projectile d'arme à feu lors d'une intervention policière	Police : 1	
167147	2014	H	Sept-Îles	Noyade	DPI : 1	
168801	2014	H	Sept-Îles	Bronchopneumonie aiguë	Santé : 2	
167475	2014	H	Kuujuarapik	Suicide - pendaison	Santé	

Recommandations : Police

# de dossier	Rappel circonstances du décès	Recommandation(s)	Suivi
92176	Homme en état d'ébriété qui perd le contrôle de son VTT, résultant en un décès pour cause de traumatisme crânien. La Coroner cite les rapports de deux de ses collègues pour les recommandations.	À l'administration régionale Kativik, aux directeurs des corps policiers Inuits (K.R.P.F.), Cries et de la Sûreté du Québec (S.Q.) ainsi qu'aux ministères des Transports et ministère de la Justice, je recommande: - d'étudier les modes de mise en application, pour le Nunavik, des lois et règlements du code de la sécurité routière, et ce dans les plus brefs délais; - de considérer, dans le cadre de ces lois et règlements, que les véhicules tout-terrain et les motoneiges sont d'abord et avant tout des véhicules de transport et ne peuvent, par conséquent, peuvent être interdits sur les voies publiques. Par contre, certaines dispositions peuvent être adaptées pour l'usage dans le Grand-Nord; - de consulter toutes les autorités municipales du Nunavik, de les impliquer et de les supporter dans la mise en application desdits règlements de la sécurité routière; - de pallier au manque de ressources policières qui sévit dans certaines communautés tout en fournissant à celles-ci les outils nécessaires pour faire respecter les règlements (i.e. alcooltests, appareils de radar, règlements clairs, mandats...).	
94752	Homme en état d'ébriété qui est écroqué pour bris de conditions. Alors qu'il est dans une cellule du poste de police de Joliette, il utilise une couverture pour se pendre.	Que la Sûreté Municipale de Joliette voit à l'acquisition de couvertures anti-suicidaires qui devraient être mises à la disposition des prévenus en état d'arrestation lorsque ces derniers se trouvent en état d'ébriété.	
96654	Homme qui est écroqué après avoir opposé de la résistance à son arrestation. Lors de la fouille, les lacets de chaussures de Monsieur n'ont pas été retirés : il les utilise pour se pendre dans la cellule du poste de police de Kahnawake. Son geste échappe à la vigilance de la personne chargée de sa surveillance et il appert que la caméra n'enregistre pas ce qui se déroule dans les cellules.	Je recommande que les caméras de surveillance vidéo des cellules du poste de police de Kahnawake soient équipées d'appareils nécessaires à filmer continuellement ce qui se passe en cellule lorsqu'un prisonnier y est écroqué.	
105505	Homme qui est placé en cellule au poste de police de Kuujjuarapik pour violence conjugale. Il commet un suicide par pendaison avec les draps de son lit. Il partageait sa cellule avec un autre détenu qui n'a rien vu ni entendu des gestes de son comparse. Il n'y avait pas de caméra.	Suite à ce décès, je recommande, aux responsables du service de police de Kuujjuarapik, d'installer au poste de police de cette localité des caméras de surveillance dans toutes les cellules du poste. De plus, je recommande que tout le personnel du poste de police de Kuujjuarapik ait une formation de base en réanimation cardio-respiratoire (RCR).	
108782	Homme sous garde dans une cellule du poste de police de Manawan pour deux épisodes de voies de fait. Lorsqu'il est placé en cellule, le gardien ne lui retire pas sa ceinture, qu'il utilise ensuite pour commettre un suicide par pendaison.	À l'officier supérieur du Service de police de Manawan : - de se pencher sur la présence d'une ceinture au pantalon des détenus; de revoir la formation des gardiens. À la Direction des affaires policières et de la prévention de la criminalité, Ministère de la sécurité publique : d'inclure implicitement au Guide de pratique policière : que la personne détenue ne conserve uniquement que son pantalon (sans ceinture), sa chemise, ses bas, ses sous-vêtements et ses souliers (sans lacets). Aussi dans la Politique de gestion de la Sûreté du Québec, retrouvons-nous la mention : que la personne détenue doit faire l'objet d'une surveillance visuelle constante. La Direction des affaires policières et de la prévention de la criminalité devrait-elle en faire une recommandation universelle ?	
	Homme qui est retrouvé pendu à son domicile par sa famille. Il était descendu au sous-sol pendant près de cinq minutes avant de commettre son geste. La personne qui l'a retrouvé a paniqué et n'a pas tenté de le décoller.	Intervention des services ambulanciers et policiers qui est remise en cause par le Coroner : À la lecture du rapport, il semble que la victime n'ait été décrochée de sa position qu'à 00h04 alors que les ambulanciers sont sur les lieux à 23h35 et les policiers à 23h24. On sait déjà que la personne qui a trouvé la victime vers 23h20 ne l'a pas décrochée de sa position, a paniqué et est sortie à l'extérieur. Monsieur X a posé son geste entre 23h00 et 23h15 selon les données. Quand il fut découvert vers 23h20, le sous-sol était vide. Rien n'est venu à l'esprit des policiers.	

112369	decrocher.	toute apparence. Quand il fut decouvert vers 23h20, la pendaison etait recente. Pire encore, il semble que les policiers qui arrivent sur place à 23h24 ne « coupe le fil » qu'à 00h04 accompagnés des ambulanciers alors que ceux-ci sont sur les lieux à 23h35 mais ne voient la victime qu'à 00h04. Que les termes « coupe le fil » signifie décrocher la victime de sa position ou couper le fil qu'il a autour du cou, dans l'un ou l'autre cas cela nous semble trop tard compte tenu qu'une demi-heure avant policiers et ambulanciers étaient sur place. Pourquoi les ambulanciers n'ont eu accès à la victime qu'une demi-heure après leur arrivée sur place? Le rapport ne nous le dit pas mais il semble que des photos et des mesures furent faites avant. Compte tenu que le décès n'était pas constaté, on aurait du laisser les ambulanciers faire des manoeuvres de réanimation dès leur arrivée. Par ailleurs, le rapport des policiers est daté du 4 mars 2002 alors que nous le recevons à nos bureaux le 3 décembre 2002, soit neuf mois plus tard.Par ailleurs encore nous réalisons, après recoupement de dossiers, que le 28 février 2002, soit 5 mois après que Monsieur X se soit enlevé la vie, la soeur de Monsieur X se suicidait par pendaison au même endroit (dossier A142167). En date de la signature du présent dossier, nous n'avons toujours pas le rapport des policiers dans cette affaire en date du 8 décembre 2002.	
114763	Jeune homme de 16 ans qui est heurté par une autopatrouille dans le cadre d'une poursuite piéton-véhicule, il était soupçonné d'avoir commis un vol de bière dans un dépanneur de la ville de Québec.	« Je recommande au ministère de la Sécurité publique de mettre sur pied un comité chargé de se pencher sans attendre sur la pratique policière visant à poursuivre un piéton en autopatrouille, pour que celle-ci soit encadrée de façon formelle. Par ailleurs, en raison des carences que j'ai constatées dans les connaissances des policiers entendus à l'enquête : je recommande qu'une formation soit donnée, en général, aux policiers de Sept-îles et, de façon particulière, au policier Turgeon sur : la conduite préventive, le Code de la sécurité routière, les techniques d'arrestation et les premiers soins à un blessé. »	
140700	Homme de Lac Simon fortement intoxiqué qui résiste à son arrestation. Il met fin à ses jours par pendaison dans la cellule du poste de police. Les policiers n'ont pas eu de contact visuel avec lui entre 7h45 et 9h25 : deux d'entre eux ont du s'absenter pour un appel d'urgence et un troisième effectuait la surveillance à l'extérieur du poste. Aucun détail ne permet de comprendre pourquoi il se trouvait hors du poste alors qu'il devait en assurer la surveillance. De plus, cet homme avait des antécédents de tentative de suicide dans une cellule.	<u>Au Service de police du Lac Simon</u> : Depuis cet événement, des mesures ont été prises par le poste Anishnabe Takonewini pour corriger la situation. Principalement, deux caméras ont été installées dans le bloc cellulaire pour pouvoir surveiller les personnes détenues. Les terminaux sont installés dans le secrétariat à la réception, un endroit où les constables ne vont pas habituellement mais où ils peuvent avoir accès au besoin. Il n'y a toujours que deux constables sur le quart de nuit. Le poste doit donc avoir recours à un agent de sécurité dès qu'une personne est incarcérée. La procédure prévoit désormais que l'agent de sécurité s'installe dans le secrétariat d'où il peut avoir un oeil sur les mouvements dans les cellules. Dans la mesure, où l'agence Sécurité Optimum n'est pas toujours en mesure de fournir un agent, il faudrait pouvoir faire appel à une deuxième agence ou encore à des ressources locales. Les portes des deux cellules avec des barreaux horizontaux et verticaux facilitent le passage à l'acte de la personne qui souhaite se pendre. Elles devraient donc être remplacées ou, tout au moins, être recouvertes d'un plexiglas. <u>Au ministère de la Sécurité publique du Québec</u> : Qu'il dissémine ce rapport à ceux des corps policiers qui pourraient en bénéficier, c'est-à-dire les petits services de police qui ne disposent pas toujours de grands budgets mais qui devraient néanmoins procéder diligemment à la vérification et à la mise à jour de leur équipement et politique de surveillance des personnes incarcérées dans leurs cellules. <u>À la Sûreté du Québec</u> : Enfin, j'estime que le Centre de renseignements policiers du Québec devrait permettre et encourager la consignation des renseignements portant sur la sécurité de ces individus qui sont déjà inscrits au fichier, afin que lorsqu'un policier procède à une arrestation ultérieure, il soit alerté du risque d'automutilation et de suicide. Cela afin de préserver la répétition d'un tel événement.	

150871	<p>Homme de Chisasibi placé pour la nuit dans une cellule du poste de police parce qu'il est en état d'ébriété avancé et qu'il trouble la paix publique. Au matin, il est retrouvé inconscient et les manœuvres de réanimation sont demeurées vaines. Selon les caméras vidéo du poste, Monsieur est resté dans la même position toute la nuit et les policiers présents au poste ont dû le laisser sans surveillance pendant 2h alors qu'ils répondaient à une urgence. La cause de décès est une maladie coronarienne athérosclérotique sévère de toutes les artères coronaires et hypertrophie ventriculaire gauche du coeur.</p>	<p>RECOMMANDATION: Au chef du Service de police de Chisasibi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • De s'assurer qu'un policier est toujours présent dans le poste de police lorsqu'une personne est incarcérée dans une cellule du poste. 	
160357	<p>Homme de Mistissini qui est arrêté dans un contexte de violence conjugale et de conduite en état d'ébriété. Alors qu'il se trouve dans une cellule, il tente une première fois de mettre fin à ses jours en utilisant une couverture comme lien de pendaison. Un policier intervient et retire différents items de la cellule pour empêcher Monsieur de passer à l'acte à nouveau. Toutefois, il récidive en utilisant son chandail, mais il est pris sur le fait et son vêtement est alors confisqué. Alors qu'un seul policier se trouve dans le poste et que ce dernier est en train de prendre la déclaration d'une citoyenne, Monsieur fait une troisième tentative de suicide par pendaison avec ses chaussettes. Il a été impossible de le réanimer et il a été transféré à Montréal pour recevoir davantage de soins. Il est décédé neurologiquement deux jours plus tard. Il est à noter que deux ans avant son décès, il avait tenté de mettre fin à ses jours de manière similaire.</p>	<p><u>Au ministère de la Sécurité publique du Québec</u>, qu'il évalue l'à-propos d'intégrer au colloque annuel des directeurs de police autochtone du Québec une courte présentation portant sur les meilleures pratiques en matière de surveillance des personnes incarcérées dans les postes de police.</p>	
166933	<p>Homme d'Inukjuak qui est mortellement atteint d'un projectile d'arme à feu lors d'une intervention policière. Monsieur était fortement intoxiqué, il était menaçant envers les occupants de sa demeure et il s'en prend aux policiers intervenus sur les lieux. Ultiment, Monsieur est armé de deux couteaux et il se lance à la poursuite d'un des trois policiers. Il est atteint de deux balles.</p>	<p>Afin de tenter de contrer les phénomènes hémorragiques provoqués par des traumatismes par balle du à l'arme blanche et potentiellement augmenter les chances de survie, je recommande à la Direction de la Sécurité publique de Kativik de fournir à tous les policiers oeuvrant sur le terrain des équipements de premiers soins adaptés, tels garrots et pansements, et de prendre des mesures afin que ceux-ci reçoivent la formation appropriée.</p>	

Recommandations : Justice

# de dossier	Rappel circonstances du décès	Recommandation(s)	Suivi
89497	Homme originaire de Puvirnituq, incarcéré pour voies de fait envers sa conjointe à l'Unité en santé mentale, commet un suicide par pendaison dans sa cellule.	<p>AU MINISTRE DE LA JUSTICE FÉDÉRALE de concert avec son homologue provincial d'élaborer un système de justice pénale pour les communautés Inuit, lequel devrait tenir compte des traditions et de ses mode de sanctions et devrait également permettre à la communauté d'intervenir dans le processus judiciaire;</p> <p>AU SUBSTITUT DU PROCUREUR DE LA COURONNE déservant les communautés Inuit, de consulter la communauté et/ou le Conseil de Bande afin de connaître leur position dans les cas où une peine d'emprisonnement sera demandée;</p> <p>AU SERVICE DE PROBATION (SECTEUR NORDIQUE), d'obtenir l'opinion de la communauté et/ou du Conseil de Bande lors de la confection d'un rapport pré-sentenciel, afin qu'ils aient leur mot à dire dans la recommandation d'une sentence.</p>	
94380	Homme avec de lourds antécédents psychosociaux, ayant vécu dans plusieurs familles d'accueil et ayant été ballotté de communauté en communauté au long de sa vie, commet un suicide par pendaison alors qu'il est en situation d'itinérance à Umiujaq.	<p>Au ministère de la Justice, en collaboration avec le corps policier Inuit (KRPF), la Sûreté du Québec, les procureurs de la couronne et les agents de probation concernés, je recommande: • De s'inspirer fortement sinon d'appliquer les recommandations émises en août 1995 par le comité de consultation sur l'administration de la justice eh milieu autochtone (Rapport Coutu). Une section traite particulièrement de la justice chez les jeunes et recommande entre autre: <=> d'accélérer le traitement des dossiers des jeunes contrevenants autochtones; <^> La création de centres de rééducation, de réadaptation et de traitement entièrement autochtones; la réouverture du bureau de la Commission de la protection des droits de la jeunesse situé à Kuujjuarapik; • de pallier au manque de ressources policières qui sévit dans certaines communautés tout en fournissant, à celles-ci l'entraînement approprié et les outils nécessaires pour faire respecter les lois.</p>	

Recommandations : Santé

# de dossier	Résumé circonstances du décès	Recommandation(s)	Suivi
86385	Suicide par arme à feu d'un jeune homme de la communauté de Pessamit. Plusieurs suicides survenus entre les années 86-96 démontrent que les armes à feu sont la méthode la plus utilisée chez les hommes de cette communauté étant donné leur accessibilité.	La collectivité de Betsiamites faisant partie d'un groupe où le suicide est 2,5 fois celui que l'on enregistre dans l'ensemble de la population(9); un taux élevé de suicide étant généralement associé à diverses caractéristiques de la collectivité. En vue d'une meilleure protection de sa jeunesse masculine aux prises avec le phénomène du suicide: Nous recommandons au Conseil de bande de s'associer à la Régie Régionale de la Santé de la Côte Nord pour élaborer un programme de prévention, d'intervention et de postvention, en réponse au problème du suicide sur leur territoire. Différents facteurs d'influence sur le suicide et les comportements suicidaires devront être abordé : particulièrement les facteurs sociologiques, économiques et culturels de cette collectivité.	
89937	Suicide par pendaison d'un jeune homme de la communauté de Inukjuak, troisième suicide en une année au sein dans ce village.	Au Conseil Régional Kativik, de concert avec la Régie Régionale et les deux hôpitaux du Nunavik (Centre de Santé Inuulitsivik de Puvirnituk et l'Hôpital Tulattavik de Kuujuaq), je recommande: 1- d'encourager la prise en charge de la problématique du suicide par la communauté elle-même avant tout; 2- de développer des programmes de prévention de l'abus de drogues et d'alcool; 3- de sensibiliser le public afin de mieux reconnaître les signes avant coureurs de suicide chez les personnes à risque; 4- de palier au manque de ressources humaines; 5- de rendre accessible aux différents groupes d'intervenants des stages de perfectionnement afin d'augmenter leur niveau de connaissance; 6- de favoriser l'émergence de groupes de support par les pairs au sein de chacune des communautés; et 7- de développer un programme de post-intervention pour aider les familles à mieux gérer la crise après le suicide.	
94380	Homme avec de lourds antécédents psychosociaux, ayant vécu dans plusieurs familles d'accueil et ayant été ballotté de communauté en communauté au long de sa vie, commet un suicide par pendaison alors qu'il est en situation d'itinérance à Umiujaq.	Au ministère de la Santé, de concert avec la régie régionale et les deux hôpitaux du Nunavik, je recommande: • De développer un programme de sensibilisation massive pour démythifier la maladie mentale et les personnes aux prises avec des troubles de comportements secondaires à une polytoxicomanie ou à l'abus de solvants volatils; • de développer des programmes de prévention de l'abus de l'alcool et autres drogues; • de prévoir dans ses futurs budgets la construction d'un centre de réhabilitation dans une des communautés du Nunavik, offrant des thérapies "behaviorales" ou autres et visant à réinsérer les individus concernés dans leur milieu de vie. Ce centre devrait employer un personnel qualifié et spécialisé dans la prise en charge et le suivi des personnes présentant des comportements déviants. • de prévoir un budget spécial pour la construction d'une chambre d'isolement dans chacun des hôpitaux du Nunavik, afin d'isoler en sécurité les individus ayant un comportement violent, agressif ou destructeur.	
97575	Homme de la communauté de Manouane avec des problèmes cardiaques qui n'a pu être sauvé à temps à cause des délais ambulanciers.	Les conditions pré-hospitalières de la réserve de Manouane furent revues. Il semble bien que le 29 avril 1997, le personnel des services pré-hospitaliers de la régie régionale ont rencontré plusieurs responsables de la régie de la Manouane dont le responsable des services de santé. Des discussions s'étaient alors faites pour une meilleure amélioration du transport ambulancier, la formation des infirmières du centre de santé et la formation des premiers répondants. Cette rencontre visait à tenter une formation pour les infirmières du centre de santé et procéder à une formation de premiers répondants. La régie régionale tentait alors de fournir l'encadrement nécessaire aux premiers répondants. Toutefois, il semble bien que la responsable de la réserve n'a pas donné suite à cette rencontre. Le 24 février 1998, la régie régionale avait fait une lettre de suivie qui fut aussi laissée sans réponse. Il apparaît au soussigné que si le dispensaire de la réserve de Manouane était mieux équipé en médication, en transport ambulancier et si le personnel était formé au standard suggéré par la régie régionale, il est probable que Monsieur X serait encore vivant aujourd'hui. Dans des situations où les soins médicaux spécialisés sont éloignés, il devient très important d'avoir les moyens de transport et les moyens de soins pré-hospitaliers le plus adéquats possibles. Le soussigné a beaucoup de difficulté à comprendre que la réserve ne participe pas aux suggestions qui ont été émises par la régie régionale. Cette participation, en fin de compte, n'est que pour le bien-être et la santé des gens qui habitent la réserve. De plus, je demande à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec de s'assurer que le personnel infirmier qui prodigue les soins d'urgence ait la formation requise.	
109369	Homme qui met fin à ses jours par pendaison, découvert par des membres de sa famille qui tentent de le réanimer ; cinq appels sont logés à l'hôpital de la communauté de Puvirnituk avant que l'ambulance arrive sur les lieux. Transféré par avion à Montréal pour avoir plus de soins, il décède des complications d'un manque d'oxygène au cerveau (encéphalopathie anoxique)	Je recommande que le Ministère de la santé et des services sociaux examine la situation qui prévaut dans les agglomérations éloignées de la province et qu'il y suggère, propose ou apporte les correctifs susceptibles de réduire les délais de réponse de l'ambulance d'une part, et d'autre part que le Ministère étudie la possibilité de donner une formation équivalente à celle de technicien ambulancier aux chauffeurs d'ambulance de ces agglomérations éloignées.	
115478	Homme de Wemotaci qui met fin à ses jours par arme à feu. Deux éléments particuliers : la victime commet son suicide en public et selon le rapport : « Le geste d'autodestruction dont la description est faite dans ce rapport est le premier d'une série de deux suicides en dix jours survenus à Wemotaci. Il aura également provoqué un effet d'entraînement. Plusieurs tentatives de suicide ont eu lieu durant cette période. Après discussion avec les autorités policières amérindiennes, une liste d'environ quinze jeunes personnes étant déjà ciblées comme potentiellement à risque de suicide est connue ».	Le rapport souligne les efforts déployés par la communauté pour faire face à cette vague de suicide et recommande : « Afin de maintenir les efforts fournis jusqu'à maintenant pour contrer le suicide autochtone à Wemotaci, Je recommande qu'une copie du présent rapport soit transmise intégralement au Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec de même qu'à Santé Canada, division de la Santé aux Premières Nations ».	
	Jeune garçon qui lors de la récréation à l'école s'étouffe	Je recommande au CLSC de Salluit : de prendre toutes les mesures afin que son personnel médical et infirmier puisse mettre sur pied un protocole pour former	

135623	avec un embout de flûte à bec. Les enseignantes qui étaient à l'écart de la scène interviennent du mieux qu'elles peuvent, mais elles ne connaissent pas le RCR ni Heimlich.	chaque enseignant de son territoire, dont ceux de l'école primaire de Salluit; de prendre toutes les mesures afin que son personnel médical et infirmier puisse enseigner et former les enfants de niveau élevé en RCR incluant la méthode de Heimlich; de permettre à son personnel médical et infirmier d'assurer un suivi. Je recommande au CLSC de la communauté de Salluit et à la Commission scolaire : de travailler ensemble à la réalisation des présentes recommandations.	
135582	Poupon dont la prise en charge médicale a été ponctuée de nombreux délais liés à l'attente au dispensaire d'Opticivan et durant le transfert en voiture vers Roberval. Il était trop tard lorsqu'ils sont arrivés à Roberval.	Je recommande donc aux autorités compétentes responsable du dispensaire d'Opticivan, soit Santé Canada : 1) De revoir avec le personnel en place, la formation et les compétences du ou des premiers intervenants lorsqu'il se présente un cas d'urgence au dispensaire (ex : protocole de triage, premiers soins, communication etc...) 2) De s'assurer, si cela n'est pas déjà fait, qu'en tout temps de jour comme la nuit, l'urgence ayant été évaluée, que celle-ci soit immédiatement pris en charge par les différents intervenants et que chacun assume pleinement la responsabilité qui en découle. 3) De voir en améliorant le processus de communication à ce que chacun des intervenants comprenne bien son rôle et de voir à s'assurer par le fait même que la commande qui a été faite soit bien exécutée.	
148490	Homme d'Inukjuak qui présentait un lourd tableau de problématiques en santé mentale ; il avait reçu un diagnostic de schizophrénie paranoïde et il était aux prises avec des symptômes de psychose depuis plusieurs mois. La veille de son décès, il avait été gardé en isolement pour la nuit au CLSC, il n'avait pas pris sa médication depuis plusieurs jours et il s'est présenté de lui-même pour avoir des services. L'infirmière de garde lui a donné son congé après avoir avisé sa famille et les services sociaux de garde. Toutefois, le médecin de garde n'a pas été contacté et il n'y a pas eu d'entente de non-suicide rédigée. La cause du décès un suicide par pendaison avec schizophrénie sous-jacente ; suivi non-optimal dû, entre autres, au manque d'effectifs et de ressources.	RECOMMANDATIONS : 1- La population du Nunavik est affligée du plus haut taux de suicide au monde, soit de 82/100 000 (2002). Il s'agit d'un taux près de 10 fois plus élevé que celui de la moyenne canadienne. De plus, au Nunavik, 83% des Inuit qui commettent un suicide ont moins de 30 ans. L'hôpital Inuulitsivik ne dispose pourtant d'aucun poste de psychiatre, ni d'aucun psychologue permanent. Il n'y a aucune infrastructure spécialisée en soins psychiatriques dans la région, qui dessert près de 15 000 personnes. Les services actuels ne sont pas adaptés aux besoins, qui sont criants. À la lumière du cas investigué, le coroner recommande que des postes de psychiatre, d'infirmière en psychiatrie et de psychologue à temps plein soient ouverts au Nunavik, dans un délai le plus rapproché possible. Il est aussi recommandé qu'une Unité de soins psychiatriques soit mise sur pied dans la région, le plus tôt possible, afin d'offrir des soins plus spécialisés, et un meilleur suivi de la clientèle. Ceci dans le but de freiner l'épidémie de suicides qui sévit actuellement, dont les conséquences désastreuses contribuent à entretenir le cercle vicieux des facteurs de risque de maladie mentale dans la région. 2- Dans les dispensaires d'Inuulitsivik, la clientèle psychiatrique est évaluée par des infirmières praticiennes en première ligne, selon des protocoles propres à l'établissement, colligés dans le Guide thérapeutique d'Inuulitsivik. Or le Guide thérapeutique d'Inuulitsivik ne précise pas si l'infirmière praticienne doit communiquer avec le médecin avant de pouvoir donner congé à un patient psychiatrique. Ce point aurait avantage à être précisé, ne serait-ce que pour clarifier à qui revient la responsabilité de la décision d'octroyer congé dans de telles circonstances. Le coroner recommande que toute décision en regard d'un client psychiatrique en garde préventive (congé, prolongement, suivi) soit dorénavant prise par le médecin responsable ou le médecin de garde.	
151860	Enfant de Pessamit qui, en glissant d'un banc de neige, se retrouve au milieu de la chaussée. Il est heurté par un véhicule de type VUS qui ne l'avait pas vu. Les secours sont appelés rapidement et l'enfant est envoyé vers l'hôpital de Baie-Comeau. C'est à cet endroit qu'une erreur médicale a été commise, erreur qui contribue au décès de l'enfant : l'anesthésiste de garde intube l'enfant de la mauvaise façon (dans l'oesophage plutôt que dans la trachée). Pendant une quinzaine de minutes, il n'obtient pas une oxygénation maximale et il fait un arrêt cardio-respiratoire. Il est alors transféré d'urgence vers un centre spécialisé de Québec où il décède six jours plus tard.	L'arrêt cardiorespiratoire de 15 minutes : À la lecture des dossiers médicaux, j'ai constaté que X n'a pas été intubé dans le bon orifice (l'oesophage plutôt que la trachée) et n'a donc pas été ventilé de façon optimale pendant environ 15 minutes. Ceci aurait provoqué un arrêt cardiorespiratoire aggravant tout probablement le phénomène inflammatoire cérébral créé par l'impact. Même si je ne pourrais jamais affirmer que n'eût été de cette intubation inappropriée, X aurait pu survivre à ses blessures, je crois que cette action est contributive du décès. À ce sujet, le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) du CSSS de Baie-Comeau devrait revoir le dossier à la lumière de la présente investigation. <u>RECOMMANDATION</u> : Je recommande au CSSS de Baie-Comeau de revoir le dossier médical à la lumière de la présente investigation.	
154781	Homme de Mistissini avec des antécédents de non-compliance au traitement en matière de diabète consulte à plusieurs reprises pour de l'hyperthermie et de la toux. Environ 1 semaine après avoir consulté, son état se dégrade et il décède d'une arythmie cardiaque maligne secondaire à une acidose métabolique. Fait notable : la famille ne voulait pas qu'une autopsie soit pratiquée sur la dépouille.	La section Commentaires du rapport fait état de ceci : « La méconnaissance des conséquences graves et létales d'un mauvais contrôle de la glycémie a prévenu M. X de reconnaître l'importance de faire le suivi de sa glycémie et prendre une médication appropriée afin de se soustraire de l'acidose métabolique qui s'installait en lui. Lors des manoeuvres visant le traitement de l'état de malaise de Monsieur, l'absence de prise de la glycémie a évité aux médecins de prendre les décisions thérapeutiques en lien avec le traitement d'une acidose métabolique. L'absence d'analyse de laboratoire disponible sur place représente un obstacle dans l'évaluation complète d'un patient qui se présente d'urgence à la clinique. Nous considérons toutefois que le jour même où M. X s'est présenté à l'urgence, étant donné la rapidité avec laquelle son état s'est détérioré et l'absence d'unité de soins intensifs à proximité (plus d'une heure en ambulance), il aurait été très peu probable que le décès soit prévenu en obtenant ces résultats. Vu l'instabilité du patient, un transfert n'aurait pas pu être effectué. CONCLUSION: Je conclus à une mort naturelle. RECOMMANDATIONS : Je recommande, Au Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James de : • Continuer les campagnes de sensibilisation de sa population quant aux conséquences d'un diabète instable; • Pourvoir toutes les cliniques des plus grandes communautés, d'un laboratoire pouvant effectuer tous les examens de laboratoire utiles en cas d'urgence en vue de permettre aux médecins de faire des choix d'interventions appropriés devant des situations d'urgence ».	

155747	Homme de Waskaganish qui perd le contrôle de son véhicule et qui entre en collision frontale avec un camion. L'accident se produit sur la route de la Baie-James et la mauvaise météo est à blâmer. La cause de la mort est un choc hémorragique secondaire à un polytraumatisme.	La section Remarques met en lumière les enjeux liés aux services ambulanciers : « L'accident a eu lieu le 9 janvier 2012 à 20 h 45, mais l'ambulance est arrivée sur les lieux à 2h28 le 10 janvier 2012 à cause de la grande distance. M. X n'avait pas de signe de vie à leur arrivée donc il remplissait les critères d'apparence de mort. L'hôpital le plus prêt était celui de Matagami, mais les ambulanciers ont reçu l'ordre de ne pas arrêter et de continuer au Centre Hospitalier d'Amos, car le centre de santé de Matagami était débordé avec l'arrivée de la famille de M. X. C'est pour cette raison que le constat de décès s'est fait à Amos et non Matagami. Quoique ça ne changeait rien dans le cas de M. X il faudrait se questionner sur la sagesse de cette pratique. Je pense que tous les accidentés sur la route de la Baie James et qui sont dans le secteur de Matagami devraient arrêter au CH de Matagami pour évaluation. Il y a encore deux heures de route entre Matagami et Amos. Il faudrait éviter qu'un accidenté qui souffre d'hypothermie ou autre condition avec apparence de mort ne soit pas traité adéquatement. <u>Recommandation</u> Je recommande à la direction du CH de Matagami de reviser les consignes donner aux ambulances dans le cas d'accidentés avec apparence de mort et de s'assurer qu'ils reçoivent ces cas pour évaluation immédiate ». Il n'est pas fait mention du nombre de personnes qui se trouvaient à bord du véhicule, de la gravité de leur état ni de la durée avant l'intervention des services d'urgence pour ces derniers. Donc, il est difficile d'expliquer la décision d'aller vers le centre hospitalier d'Amos sachant qu'il y avait deux heures de route supplémentaire à faire. Selon le rapport, la victime serait arrivée en matinée au CH d'Amos.	
168801	Enfant de Natashquan qui souffre de diabète juvénile mal contrôlé et qui présente des symptômes sévères de grippe. Avec un membre de sa famille, il consulte au dispensaire pour recevoir des antibiotiques. Vu son état, l'infirmière de garde et le médecin décident de l'envoyer à Hâvre St-Pierre. Toutefois, le médecin revient sur sa décision et annule le transfert. L'enfant revient au dispensaire quelques heures plus tard puisque son état s'est dégradé. L'infirmière de garde contacte le médecin, mais ce dernier refuse le transfert et émet une prescription. Une heure après son admission au dispensaire, l'infirmière décide de son propre chef de transférer l'enfant. Il arrive à Hâvre St-Pierre puis est retransféré vers le CSSS de Sept-Îles. Son état ne cesse de se détériorer lors du transport, si bien qu'il décède près de deux heures après son arrivée à Sept-Îles. La cause de décès est une bronchopneumonie aigüe.	Nous recommandons que le présent rapport soit soumis pour examen à l'attention du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du CSSS de la Minganie de Hâvre St-Pierre et du CSSS de Sept-Îles afin qu'ils assurent l'analyse des actes médicaux posés et qu'ils fassent, s'il y a lieu, au conseil d'administration de leur établissement toutes les recommandations qu'ils jugent utiles pour que des mesures soient prises, en vue d'améliorer la qualité des soins et d'en assurer la sécurité en pareilles circonstances Nous recommandons également que le présent rapport soit soumis au collège des médecins du Québec afin que des mesures soient prises le cas échéant en vue d'améliorer la qualité des soins aux patients et d'en assurer la sécurité en pareilles circonstances.	
167475	Homme de Kuujuaarapik qui met fin à ses jours par pendaison à son domicile. Les délais relatifs à l'intervention des services ambulanciers est mis en cause dans ce cas. 38 minutes s'écoulent entre l'appel à l'aide et le départ vers le centre hospitalier, alors que le délai de transport est de moins de cinq minutes. De plus, il est mentionné que la qualité de l'appel était moindre, ce qui a fait en sorte que le policier ignorait qu'il y avait une personne en arrêt cardiorespiratoire à la demeure.	Recommandation : Que l'Administration Kativik - Poursuivre ses travaux, de concert avec le Ministère de la sécurité publique, pour relier sa communauté à une centrale de répartition des appels d'urgence avec un numéro d'urgence unique à 10 chiffres.	
135073	Poupon de Joliette dont la cause de décès est l'asphyxie positionnelle de type « co-sleeping ». Il dormait dans un lit double avec ses parents et ces derniers l'ont retrouvé sans vie dans le lit au matin. Dans son rapport, le coroner fait appel à plusieurs études qui tendent à démontrer les risques liés au co-dodo.	Je recommande à l'Association Québécoise d'établissements de santé et de services sociaux de s'assurer que les parents qui quittent les centres hospitaliers avec leur nouveau-né soient informés des risques de «Co-sleeping». Je recommande que les CLSC donnent l'information aux mères lors des visites postnatales. Je recommande que le Ministère de la Santé et des Services Sociaux, la Santé publique, l'Association Canadienne de Pédiatrie et l'Association des pédiatres du Québec conjuguent leurs efforts pour sensibiliser les parents ainsi que les intervenants qui oeuvrent auprès des parents de façon à promouvoir un environnement de sommeil sécuritaire.	

Recommandations : Services correctionnels

# de dossier	Rappel circonstances du décès	Recommandation(s)	Suivi
92978	<p>Homme incarcéré au Centre de détention de Sept-Îles. Présente des antécédents de tentatives de suicide et tient un discours suicidaire. Tente de mettre fin à ses jours par pendaison, il est sauvé in extremis, mais les conséquences liées au manque d'oxygène au cerveau font en sorte qu'il décède trois jours plus tard (anoxie cérébrale). Notons qu'il y avait seulement deux prévenus dans le Centre de détention lorsque Monsieur est passé à l'acte.</p>	<p>Adressée à la Direction Générale des Services correctionnels, que tout prévenu ou détenu présentant des tendances suicidaires ou ayant fait une tentative infructueuse en détention qu'il puisse bénéficier d'une surveillance appropriée et plus étroite que la norme.</p>	
152293	<p>Homme qui est incarcéré au Centre de détention de Hull alors qu'il est en attente de son procès. Lors des trois mois durant lesquels il était incarcéré dans différents centres, il avait eu 8 dépistages de risque suicidaire et aucun d'entre eux ne démontraient un risque. Le dernier avait été effectué 20 jours avant qu'il ne passe à l'acte.</p>	<p><u>La section commentaire aide à bien comprendre les réflexions du coroner dans ce cas</u> : « Après lecture du rapport de la sécurité publique, je partage certaines questions quant à la véracité des évaluations pour le risque suicidaire. En effet il semble que celles-ci sont effectuées parfois directement sur le comptoir, lors detransferts, alors que d'autres détenus sont à proximité et peuvent entendre les réponses données par le détenu évalué. Il me semble aussi plausible que certaines personnes répondront différemment car il n'y a pas de confidentialité, du moins devant les autres détenus, lors de certaines de ces brèves évaluations. De plus une évaluation « de 21 jours », habituellement faite après une incarcération de plus de 21 jours n'a pu être effectuée, suite aux nombreux transferts ». <u>Recommandations</u> : « Suite à la revue des causes et circonstances entourant le décès de monsieur X, le 23 mars 2011, je recommande : Au ministère de la Sécurité Publique du Québec : De s'assurer qu'un niveau minimum de confidentialité soit présent lors de l'évaluation du risque suicidaire / dépistage de risque suicidaire chez les détenus (ÉÉRS). De mettre en place un système de façon à s'assurer qu'une évaluation « 21 jours » est effectuée, en dépit des transferts possibles, dans une période acceptable ».</p>	

Recommandations : Services sociaux

<u># de dossier</u>	<u>Rappel circonstances du décès</u>	<u>Recommandation(s)</u>	<u>Suivi</u>
---------------------	--------------------------------------	--------------------------	--------------

Voir onglet Santé, puisque plusieurs recommandations combinent ces deux types de services.

Recommandations : DPJ

# de dossier	Rappel circonstances du décès	Recommandation(s)	Suivi
91649	Nourrisson de Puvirnituk avec un historique de maladie pulmonaire, décède d'une bronchiolite aiguë malgré les soins prodigués par sa mère adoptive. Toutefois, cette dernière est aux prises avec plusieurs difficultés personnelles qui sont exposées dans le rapport. Il y a des signalements pour négligence à son endroit.	À la direction de la protection de la jeunesse, je recommande qu'une enquête soit faite sur les agissements de madame X ainsi que ses capacités à s'occuper de ses enfants. Le retrait de la garde de ces derniers devrait être sérieusement considéré ainsi que toute future demande d'adoption de sa part. Éventuellement, si le besoin s'en fait sentir, X pourrait bénéficier d'une cure de désintoxication et/ou d'un support psychologique pour l'aider à résoudre ses problèmes.	
118042	Jeune homme sous garde au Centre de réadaptation d'Inukjuak qui profite d'une autorisation de sortie pour voler le ski-doo du centre. Suite à des recherches intensives, il est retrouvé sans vie dans la neige à 3,9km d'Inukjuak, le ski doo au fond du lac. Selon le rapport, « Le scénario le plus probable est que X a pris le Ski Doo du centre dans le but de rejoindre sa famille à Puvimituq. Ce n'était pas la première fois qu'il essayait de retourner à Puvimituq de lui-même. La victime ne devait pas sortir du centre de réadaptation seul. Il devait avoir un surveillant pour l'accompagner. La conclusion policière la plus plausible est : « malgré que X n'a manifesté aucun signe de dépression, de désespoir après sa réintégration au centre après les Fêtes, il est possible qu'il a eu une envie soudaine de retourner à Puvimituq et cela a déclenché sa fugue et sa perte.»	Je recommande au centre de réadaptation d'Inukjuak de revoir ses règlements de sortie du centre pour ses patients à risque de fugue et de les appliquer à la lettre.	
167147	Adolescent de Uashat qui est placé au centre de réadaptation régional de Pishimuss à Sept-Îles en garde ouverte. Lors d'une journée d'été durant laquelle il se comporte bien, il quitte le centre avec deux amis, une éducatrice ainsi qu'un agent d'intervention pour aller à la plage se baigner. Toutefois, l'adolescent et un ami s'éloignent progressivement de la rive. Ils perdent pied et son ami est incapable de le sauver. La victime ne savait pas nager, l'éducatrice ainsi que l'agent d'intervention étaient trop loin pour lui porter assistance. L'investigation met en lumière que l'éducatrice ne connaissait pas les aptitudes de nage des trois jeunes.	Je recommande aux services sociaux autochtones en partenariat avec le Centre de protection et réadaptation de la Côte-Nord de mettre en place l'encadrement sécuritaire des personnes sous leur responsabilité lors d'activités de baignade, notamment par une formation adéquate des moniteurs (ex. : sorties organisées).	
141166	Garçon de 13 ans qui met fin à ses jours par pendaison dans le garage derrière la demeure de ses parents. Au rapport, il est noté que ses premières tentatives de suicide remontent à l'âge de 7 ans. Il était suivi en psychiatrie depuis et il était sous la responsabilité de la DPJ. Les circonstances entourant son décès sont les suivantes : « Quelques jours avant son décès, l'enfant a été évalué en psychologie à Kuujuaq. À son congé, il a été escorté lors de son transfert en avion de Kuujuaq à Quaqtaq mais pas entre Quaqtaq et Kangigisujuaq (il a voyagé seul). Son oncle l'attendait à l'aéroport par contre ».	1- La DPJ devrait produire une politique claire lors des transferts de patients psychiatriques entre les villages. L'escorte doit être obligatoire dans les cas des patients à risque suicidaire et surtout d'âge mineurs. 2- S'assurer que les intervenants dans le cas des risques suicidaires soient formés selon les normes reconnues. Une formation sur le suicide devrait être obligatoire pour chaque travailleur social ou chaque intervenant communautaire. 3- Utilisation des grilles d'évaluation pour orienter le jugement clinique des intervenants. Cette grille est préparée par l'Association Québécoise de prévention du Suicide et fournie gratuitement par différentes agences de santé et services sociaux de la province du Québec.	