

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



2023-03177

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

Me Éric Lépine

BUREAU DU CORONER	
2023-04-28 Date de l'avis	2023-03177 N° de dossier
IDENTITÉ	
██████████ ██████████ Prénom à la naissance	██████████ Nom à la naissance
29 ans Âge	Masculin Sexe
Montréal Municipalité de résidence	Québec Province
	Canada Pays
DÉCÈS	
2023-04-28 Date du décès	Montréal Municipalité du décès
Cour de triage de Rivière-des-Prairies Lieu du décès	

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

M. ██████████ ██████████ ██████████ a été identifié visuellement par un collègue de travail et par les premiers répondants à la cour de triage de Rivière-des-Prairies, lieu où son décès a été constaté.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Selon les rapports du Service de police de la Ville de Montréal (SPVM) et du Service de police du CN, le 28 avril 2023 en début d'après-midi M. ██████████ travaille à la cour de triage de Rivière-des-Prairies comme chef de train stagiaire pour la Compagnie des chemins de fer nationaux du Canada (ci-après désignée sous l'abréviation CN). Il est sous la supervision directe d'un chef de train qui l'accompagne dans des déplacements de rames de wagons entrant dans la cour de triage. Leur travail consiste à désassembler des rames de wagons entrant dans la cour de triage et de les diriger dans une voie préalablement désignée. Cette manœuvre s'effectue avec l'assistance d'une locomotive en mode de poussée. Cette locomotive est contrôlée à distance par le chef de train à l'aide d'une télécommande.

Peu après 13h00, M. ██████████ et le chef de train procèdent au lancement d'une rame de sept wagons en direction sud-ouest sur la voie numéro trois. Cette rame se déplace à faible vitesse et doit s'immobiliser par inertie un peu plus loin. Une fois le lancement effectué, les deux employés se déplacent sur la voie numéro deux qui est adjacente à la voie numéro trois et distante de celle-ci d'approximativement quatre pieds. Ils prennent place sur le dernier wagon de cette rame qui est poussée par trois locomotives. Le chef de train se positionne à l'avant du dernier wagon sur un marchepied situé du côté ouest, M. ██████████ prend place sur un marchepied identique situé du côté est, sur l'avant de ce même wagon. Le chef de train procède alors à une poussée de la rame à l'aide d'une télécommande qui active les locomotives fixées à l'arrière. La rame se déplace à faible vitesse en direction du sud-ouest et rattrape progressivement celle se déplaçant sur la voie numéro trois. Arrivée à sa hauteur, le chef de train constate que cette rame est toujours en mouvement et il décide de l'immobiliser en actionnant le frein à bras manuel. À 13h10 et 47 secondes, il arrête la rame sur laquelle il se trouve, descend du marchepied, traverse la voie numéro deux et monte sur l'avant du wagon se situant sur la voie numéro trois. Au même moment, M. ██████████ descend également de sa rame et se positionne entre les deux trains. Dix secondes plus tard, alors que le chef de train applique le frein à bras, la rame de la voie numéro deux se remet en mouvement. Le chef de train descend de son wagon et constate que M. ██████████ est étendu

sous une des roues du wagon de la rame circulant sur la voie deux, le corps présentant des blessures mortelles. Les services d'urgence sont immédiatement contactés et le décès est constaté par mort évidente à 13h40.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Un examen externe a été fait le 29 avril à la morgue de Montréal. Le médecin a constaté un important traumatisme au thorax, au bras gauche et à l'avant-bras droit. Aucune autre lésion contributive au décès n'a été observée.

Des analyses toxicologiques ont été pratiquées au laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale à Montréal. Ces analyses n'ont pas mis en évidence la présence d'alcool, de drogues ou de médicaments dans les prélèvements analysés.

ANALYSE

Selon un de ses proches, M. [REDACTÉ] a été engagé par la compagnie du CN en décembre 2022. Il était toujours en formation au moment de son décès. Il démontrait beaucoup d'intérêt et d'application pour sa formation. Il avait travaillé continuellement depuis l'âge adulte et espérait poursuivre ses fonctions dans le domaine ferroviaire. Il n'était pas dépressif, ni suicidaire et n'avait aucune habitude de consommation de drogues, d'alcool ou de médicaments.

Selon le rapport du Bureau de la Sécurité des transports du Canada (ci-après désignée sous l'abréviation BST), M. [REDACTÉ] était sur le point de terminer sa formation d'une durée de six mois. Le 28 avril, il était jumelé à un chef de train d'expérience chargé de le superviser dans les différentes tâches à exécuter cette journée. Les conditions météorologiques étaient sans particularités. Les vents étaient calmes et la température était d'environ 18 degrés Celsius. Le chef de train et M. [REDACTÉ] disposaient chacun d'un système de contrôle à distance nommé « Beltpack¹ ». Lors de l'accident, les locomotives impliquées dans l'accident étaient sous le contrôle du « Beltpack » du chef de train. Lorsque le chef de train a appliqué le frein à bras sur un des wagons de la rame sur la voie adjacente (voie trois), la commande de départ des locomotives de la rame sur la voie deux a été réactivée de son « Beltpack ». À ce moment, M. [REDACTÉ] était entre les deux rames de train hors de la vue du chef de train. Les locomotives se sont alors réactivées en mode de poussée et la rame s'est déplacée sur une distance de 50 pieds avant de s'immobiliser par la fonction automatique de surveillance d'inclinaison du « Beltpack » de M. [REDACTÉ]. Selon le BST, les « Beltpack » de M. [REDACTÉ] et du chef de train ont été expertisés par le CN et étaient en bon état de fonctionnement. Les enquêteurs n'ont pas été en mesure d'expliquer les raisons pour lesquelles les locomotives ont été réactivées par le chef de train alors qu'il se trouvait sur un wagon de la voie adjacente (voie trois), pas plus que d'expliquer de quelle façon M. [REDACTÉ] s'est retrouvé sous l'une des roues d'un wagon. Des vérifications effectuées au niveau du fournisseur de données mobiles liées au téléphone

¹ Ce système permet d'actionner à distance des locomotives afin de déplacer une rame de wagons. Il est constitué d'un appareil porté à la taille et retenu par des sangles fixées aux épaules. La mise en marche à distance d'une locomotive s'effectue en actionnant deux commandes distinctes sur le « Beltpack » de façon simultanée pour éviter une action accidentelle. Cet appareil dispose également d'un dispositif de sécurité protégeant son opérateur en cas de chute. Dans cette éventualité, une commande de freinage d'urgence est activée 4 secondes après que l'appareil perçoit une inclinaison de plus de 45 degrés.

cellulaire utilisé par M. [REDACTED] permet d'exclure la possibilité d'une utilisation du cellulaire dans les minutes précédant l'accident.

Selon le rapport du Service de police du CN, M. [REDACTED] a été engagé le 6 décembre 2022. Il était en formation afin de devenir chef de train. Son dossier de formation indique qu'il était globalement un bon élève. Il a été supervisé par 14 différents chefs de train du 23 janvier au 28 avril 2023. Sur 30 journées passées dans différentes gares de triage, son rendement général excédait les normes attendues plus de la moitié du temps (17/30). Lors des deux dernières journées précédant son décès, il travaillait avec le même chef de train qui le supervisait le 28 avril. Ce dernier a indiqué dans son rapport quotidien qu'il travaillait de façon sécuritaire, mais qu'il éprouvait certains problèmes d'orientation. Il a également spécifié que M. [REDACTED] répondait adéquatement aux exigences de la fonction. En ce qui concerne la journée du 28 avril, le rapport du Service de police du CN fait état des différentes démarches effectuées par certains employés suite à l'accident.

Le chef de train a été rencontré à ma demande le 29 novembre 2023 par un enquêteur du SPVM et a fourni une déclaration verbale enregistrée. Il a alors mentionné que c'était la troisième journée qu'il travaillait avec M. [REDACTED] le 28 avril. Il se souvient d'avoir immobilisé la rame de wagons sur laquelle il prenait place sur la voie deux. Il voulait alors appliquer le frein à bras sur la rame qui se déplaçait lentement en direction sud-ouest sur la voie trois. Il est descendu de son wagon et M. [REDACTED] a fait de même. Il a traversé la voie afin de monter sur le dernier wagon attaché à la rame de la voie trois. Avant d'y monter, il a expliqué à M. [REDACTED] ce qu'il allait faire. M. [REDACTED] a alors mentionné qu'il allait lui-même appliquer le frein à bras, mais sur l'avant dernier wagon de cette même rame. Il s'est alors déplacé en direction de ce wagon, mais a été rappelé par le chef de train qui ne voulait pas que M. [REDACTED] actionne un frein sans supervision. Ce dernier est alors revenu sur ces pas. Il se déplaçait alors entre les deux rames et revenait vers le chef de train qui était alors positionné sur le marchepied du dernier wagon. Selon sa version, M. [REDACTED] est tombé vers l'avant, a par la suite été heurté par le dernier wagon de la rame remis en marche par le chef de train. Le chef de train n'a pas été en mesure d'expliquer ce qui a causé la chute au sol de M. [REDACTED] ni comment le rame a été remis en marche.

Les images captées par les caméras de surveillance confirment de façon partielle la déclaration du chef de train. Cependant, ces images indiquent que le train sur la voie deux s'est remis en marche alors que le chef de train montait sur le marchepied du dernier wagon de la rame de la voie trois. Il ne s'est écoulé que dix secondes entre le moment où le chef de train a immobilisé la rame de wagons circulant sur la voie deux et le moment où cette rame a été remise en marche alors qu'il se trouvait sur le dernier wagon de la voie trois. Ces dix secondes ont laissé bien peu de temps au chef de train pour expliquer à M. [REDACTED] la manœuvre à venir et à superviser sécuritairement les déplacements. De plus, les images captées, bien que floues, indiquent que le chef de train ne s'est pas arrêté pour discuter avec M. [REDACTED]. Selon toute vraisemblance, il y a eu une perte de contact visuel entre le M. [REDACTED] et le chef de train lorsque celui-ci est monté sur le dernier wagon pour actionner le frein à bras. Cette perte de contact semble également confirmée par l'analyse des images captées par les caméras. Ni les déclarations obtenues, ni les images captées par les caméras de surveillance ne permettent de comprendre plus précisément ce qui a causé la chute au sol de M. [REDACTED]. Finalement, ni l'enquête du BST ni celle du CN n'a permis d'établir la raison pour laquelle le chef de train a remis en marche le train de la voie deux alors qu'il n'était pas dans une position pour superviser sécuritairement le déplacement. Il est peu probable, que le chef de train ait remis en marche ce train de façon accidentelle puisque le « Beltpack » est conçu pour éviter ce genre de scénario.

L'enquête du BST a souligné les risques liés aux manœuvres ferroviaires en soulignant que 15 employés de compagnies ferroviaires sont décédés dans leurs fonctions depuis le 1^{er} janvier 2013. Sur ces 15 événements, 12 ont eu lieu dans une cour de triage. Le BST a rappelé l'importance d'une supervision étroite des employés en formation et a émis un certain nombre de recommandations à Transport Canada qui est chargé de leur mise en œuvre.

L'enquête de Transport Canada n'a pas permis d'établir à ce jour, une preuve de violation de la réglementation du code canadien du travail. Ce rapport a souligné l'importance de confier les tâches de formation non pas à tous les chefs de train, mais bien à des formateurs dédiés uniquement à cette tâche et formés en conséquence.

L'enquête du CN a donné lieu à un avis (no. 929-23) distribué à l'ensemble des employés le 12 juin 2023. Cet avis rappelait l'importance pour le superviseur, en l'occurrence le chef de train, de ne pas considérer l'employé en formation comme un assistant, mais plutôt comme un individu toujours en formation peu importe son niveau d'autonomie et ce jusqu'à la fin de sa formation. Cet avis soulignait l'importance d'une bonne communication verbale en tout temps, notamment avant le début d'une manœuvre de poussée. Un avis précédent émis le 20 avril 2023 (no. 918-23) contenait sensiblement les mêmes consignes. Cet avis a été émis 8 jours avant l'accident. Il n'a pas été possible de savoir si le chef de train en avait pris connaissance. Suite au décès de M. [REDACTED] les autorités administratives du CN ont aussi émis un autre avis (no. 933-23) intitulé « comment être un bon formateur ». D'autres démarches² ont été entreprises au niveau de la formation des formateurs. Ces mesures sont applicables à tous les chefs de train qui seront éventuellement appelés à donner de la formation à des employés en stage. Selon cette approche, tous les chefs de train sont habilités à former les employés en stage dès qu'ils ont complété la formation s'y rattachant. Ces mesures visent entre autres à assurer une formation complète pour tous les employés en stage peu importe la gare de triage où ils se trouvent.

Les avis antérieurs transmis aux employés concernant la supervision des stagiaires lors des déplacements dans les cours de triage ne semblent pas avoir été appliqués par le chef de train le 28 avril. L'absence apparente de planification et de communication de la manœuvre de remise en marche de la locomotive entre le chef de train et M. [REDACTED] dans les secondes précédant l'accident en est un exemple. Je souligne à nouveau que le dernier avis concernant les mesures de supervision des employés stagiaires avait été distribué 8 jours avant l'accident. Il m'apparaît nécessaire de rappeler aux chefs de train formateur du CN l'importance d'assurer une supervision constante des stagiaires. Le CN doit se questionner sur l'efficacité des avis transmis par courriel. Ces avis peuvent ne pas recevoir toute l'attention nécessaire à ceux à qui ils sont adressés. Bien que certaines formations spécifiques soient données aux chefs de train formateur, celles-ci semblent insuffisantes pour assurer une sécurité complète des stagiaires. Il y a lieu de revoir les formations et de s'assurer que les directives concernant la sécurité des stagiaires sont appliquées correctement.

² Le CN a ajouté la tâche de formateur à son programme réglementaire de prévention des risques professionnels. Le CN a développé une formation pour les chefs de train qui feront de la formation de nouveaux employés. Cette formation se donne aux employés lors de leurs cours de mécanicien de locomotive et quand ils font leurs re certifications de règlements (aux 3 ans). Le CN a développé des vidéos qui servent à montrer les comportements qui sont propices à l'apprentissage par les nouveaux employés sur le terrain. Le CN a mis en place un système où, si un employé en formation laisse des commentaires négatifs envers un chef de train formateur, la direction y sera signalée et, si nécessaire, le formateur sera assujéti à du mentorat additionnel. Le CN a fait un changement où ceux qui supervisent les stagiaires sont maintenant des cadres (anciennement, ils étaient des syndiqués).

Les faits établis dans le présent rapport soulèvent également un questionnement quant à la sélection des chefs de train chargés de superviser les stagiaires. Les chefs de train sont considérés comme étant qualifiés pour assurer la supervision des stagiaires indépendamment de leur aptitude à exercer ses fonctions. Il est peu probable que tous les chefs de train aient l'intérêt et les aptitudes requises pour cette importante fonction de formateur du simple fait de leur capacité à exercer la fonction de chef de train. Le CN doit revoir cette pratique et mettre en place un programme de sélection et d'apprentissage du rôle de formateur.

CONCLUSION

M. [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] est décédé d'un polytraumatisme à la suite d'une collision avec un train.

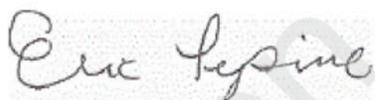
Il s'agit d'une mort accidentelle.

RECOMMANDATION

Je recommande à la **Compagnie des chemins de fer nationaux du Canada (CN)** de :

[R-1] Revoir ses pratiques concernant la sélection et la formation des chefs de train, afin d'assurer qu'ils disposent des compétences nécessaires pour former efficacement les stagiaires.

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 11 février 2025.



Me Éric Lépine, coroner