

**SERVICE DU CORONER
DES TERRITOIRES
DU NORD-OUEST**

RAPPORT ANNUEL 2004



OFFICE OF THE CHIEF CORONER

Bureau du coroner en chef

Le 10 octobre 2005

M. Donald M. Cooper, c.r., sous-ministre
Ministère de la Justice
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest
Yellowknife NT X1A 2L9

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport annuel 2004 du Service du coroner des Territoires du Nord-Ouest, couvrant l'année débutée le 1^{er} janvier 2004 et terminée le 31 décembre 2004.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, mes salutations distinguées.

Le coroner en chef,

Percy A. Kinney

TABLE DES MATIÈRES

HISTORIQUE DU SERVICE DU CORONER	1
INTRODUCTION	2
CIRCONSTANCES DES DÉCÈS	3
STATISTIQUES	4
TOTAL DES CAS	4
NOMBRE DE CAS PAR CIRCONSTANCE DU DÉCÈS	5
NOMBRE DE CAS PAR CIRCONSTANCE/COMMUNAUTÉ	6
NOMBRE DE CAS PAR MOIS	7
NOMBRE DE CAS PAR CIRCONSTANCE/MOIS	8
SUICIDES PAR GENRE/ÂGE	9
SUICIDES PAR MOIS/COMMUNAUTÉ/GENRE/ÂGE/MÉTHODE	10
SUICIDES PAR MOIS COMPARAISON AVEC 2001-2002	11
DÉCÈS ACCIDENTELS PAR CAUSE/GENRE	12
SYNDROME DE LA MORT SUBITE DU NOURRISSON	13
NATUREL ET NE RELEVANT PAS DU CORONER	13
POST MORTEMES PAR MOIS	13
RECRUTEMENT/LISTE DES CORONERS	14
CONCLUSION DES INVESTIGATIONS DU CORONER PAR UN RAPPORT DU CORONER	16
CONCLUSION DES INVESTIGATIONS DU CORONER PAR DES ENQUÊTES PUBLIQUES	17
ANNEXE A (Résumé des rapports du coroner contenant des recommandations)	18
Cas n° 1	19
Cas n° 2	20
Cas n° 3	21
Cas n° 4	22
Cas n° 5	23
Cas n° 6	24
Cas n° 7	25
Cas n° 8	26
<i>Loi sur les coroners</i> — Signalement des décès	28

HISTORIQUE DU SERVICE DU CORONER

La charge de coroner est l'une des plus anciennes institutions connues du droit anglais. On a retrouvé des écrits du temps du roi saxon Alfred, en 925, faisant référence au rôle du « coroner » en Angleterre. Toutefois, on peut retracer le développement historique de la charge de coroner jusqu'à l'époque de la Conquête de l'Angleterre par Guillaume, duc de Normandie, période où le coroner occupe une place importante dans l'administration de la justice.

Les historiens admettent généralement que cette charge n'a pas été instituée en bonne et due forme avant la fin du XII^e siècle. Le *Statut de Westminster* de 1276 est l'un des premiers ensembles de lois détaillés sur les coroners. La charge a porté différentes appellations au fil du temps, de « *coronator* » à l'époque du roi Jean (King John) à « *crowner* », un terme encore utilisé à l'occasion en Écosse.

Une des plus anciennes fonctions du coroner consistait à enquêter sur les décès soudains et imprévus, pour lesquels des honoraires étaient parfois payés à la couronne, selon le cas. Le coroner assumait la responsabilité d'établir les faits entourant le décès, une tâche qui constitue encore la base de l'ensemble des fonctions du coroner de nos jours.

La *Loi sur les coroners* crée la compétence territoriale du coroner. Les tâches du coroner ont été modifiées au fil des siècles; toutefois, sa principale raison d'être demeure l'investigation des décès soudains et inattendus. Avec la croissance de l'industrialisation au XIX^e siècle, la pression sociale a aussi imposé au coroner une fonction préventive. Ceci demeure un élément important du Service du coroner.

Il y a deux systèmes d'investigation des décès au Canada : le système du coroner et celui du médecin légiste. Le système du coroner remplit quatre rôles principaux : enquête, administration, aspect judiciaire et prévention. Le système du médecin légiste comprend des éléments médicaux et administratifs. Le coroner et le médecin légiste recherchent tous deux des preuves médicales et autres dans le but de déterminer la cause et les circonstances d'un décès. Le coroner reçoit des renseignements de diverses sources. Il examine la somme des renseignements recueillis pendant l'investigation, trie les faits et rend une décision judiciaire concernant le décès d'une personne. Le coroner peut aussi faire des recommandations en vue de prévenir des morts similaires.

Aux Territoires du Nord-Ouest, le Service du coroner adopte une approche multidisciplinaire d'investigation des décès par des coroners non professionnels (*non-coroners*) nommés par le ministère de la Justice. Au besoin, les coroners des Territoires du Nord-Ouest sont aidés par la Gendarmerie royale du Canada et une variété d'autres experts.

INTRODUCTION

Le Service du coroner, à des fins organisationnelles et administratives, relève du ministère de la Justice. Le coroner en chef est situé à Yellowknife et supervise toutes les investigations sur les décès. On compte actuellement aux Territoires du Nord-Ouest 35 personnes habilitées légalement à remplir les fonctions de coroner. Ces coroners desservent les communautés et les régions où ils habitent.

Aux Territoires du Nord-Ouest, tous les décès soudains et inattendus doivent être rapportés à un coroner. Le Service du coroner est responsable des investigations sur tous les décès à déclaration obligatoire afin de déterminer l'identité de la personne décédée et les faits suivants : quand, où, comment et de quelle manière est morte la personne décédée. Le Service du coroner est appuyé par la Gendarmerie royale, le Bureau du commissaire aux incendies, la Commission des accidents du travail, le Conseil de la sécurité des transports et divers autres organismes qui travaillent en collaboration étroite avec le Bureau du coroner.

Le coroner en chef actuel est Percy Kinney. Coroner à Yellowknife depuis 1993, il occupe le poste de coroner en chef depuis février 1998.

La coroner en chef adjointe est Cathy Ménard. M^{me} Ménard fait partie du Service du coroner depuis février 1996. Elle travaille pour le ministère de la Justice depuis plus de 20 ans.

Les Territoires du Nord-Ouest ne disposent pas d'installations pour effectuer les autopsies. Quand il faut procéder à une autopsie, le corps est transporté à Edmonton pour examen. Après le post mortem, les restes sont envoyés au salon funéraire Foster & McGarvey avec lequel le gouvernement a un contrat pour la préparation et le rapatriement. Les services de toxicologie sont fournis par Dynacare Kasper Medical Laboratories à Edmonton et, à l'occasion, par le Bureau du médecin légiste en chef de l'Alberta.

CIRCONSTANCES DES DÉCÈS

Tous les rapports du coroner et les verdicts des jurys déterminent les circonstances de chaque décès. Tous les décès pour lesquels le Service du coroner a effectué une investigation sont classés selon l'une des cinq catégories suivantes : naturel, accidentel, suicide, homicide ou de cause indéterminée.

NATUREL : tout décès résultant principalement d'une maladie physique et non de blessures ou de facteurs environnementaux anormaux.

ACCIDENTEL : tout décès par accident, y compris les incidents impliquant des véhicules motorisés, où il n'y a pas d'intention évidente de causer la mort. Cette classification comprend tout décès résultant d'une ou de plusieurs actions d'une personne qui l'ont conduite à une mort non intentionnelle, ou la mort de toute personne causée par l'intervention d'un agent non humain.

SUICIDE : décès causé par un traumatisme qu'une personne s'inflige à elle-même avec l'intention apparente de se donner la mort.

HOMICIDE : comprend tout décès résultant de traumatismes infligés directement ou indirectement par une autre personne (à l'exception des accidents non intentionnels impliquant des véhicules motorisés). Homicide est un terme neutre qui ne suppose pas de faute ou de blâme.

INDÉTERMINÉ : tout décès qui ne peut être classé dans l'une ou l'autre des catégories précédentes. La cause réelle de la mort peut être ou ne pas être connue dans ces cas. Un exemple de circonstances indéterminées d'un décès serait une *overdose* où il n'est pas clair si la victime avait l'intention de mourir.

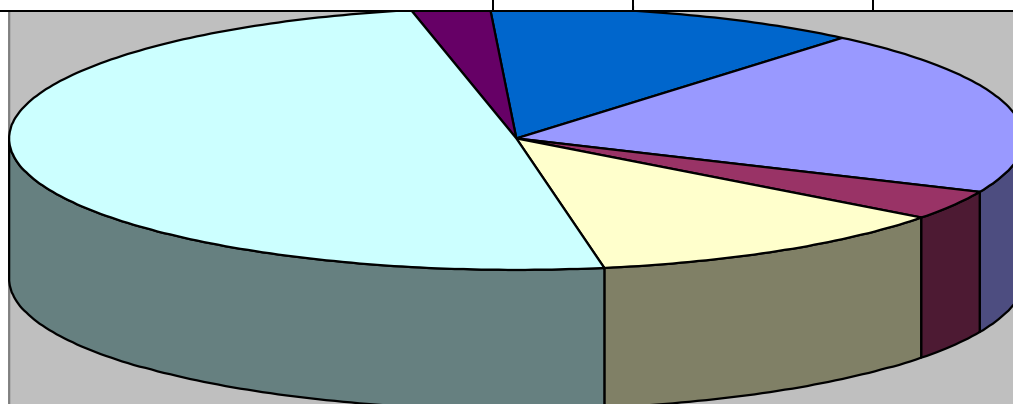
Les coroners ont instruction de faire tous les efforts possibles pour classer les décès dans une des premières catégories avant d'opter pour « indéterminé ».

(NON CLASSÉ est réservé aux cas qui en bout de ligne ne peuvent être classés d'aucune autre façon. On utilise cette classification principalement pour les restes qui ont été trouvés, analysés et déterminés non humains.)

STATISTIQUES

TOTAL DES CAS

Circonstances du décès	Nombre	Pourcentage %	Taux par 100 000
Accidentel	17	20,48	0,41
Homicide	3	3,61	0,07
Suicide	10	12,05	0,24
Naturel (comprend les cas ne relevant pas du coroner)	51	61,45	1,23
Indéterminé	2	2,41	0,05
Non classé	0	0,00	0,00
TOTAUX	83	100,00	2,00



■ Accidents 17	■ Homicides - 3
■ Suicides 10	■ Naturels 41
■ Indéterminés 2	■ Non classés - 0
■ *Ne relevant pas du coroner 10	

Accidentel - 17

Homicide - 3

Suicide - 10

Naturel - 41

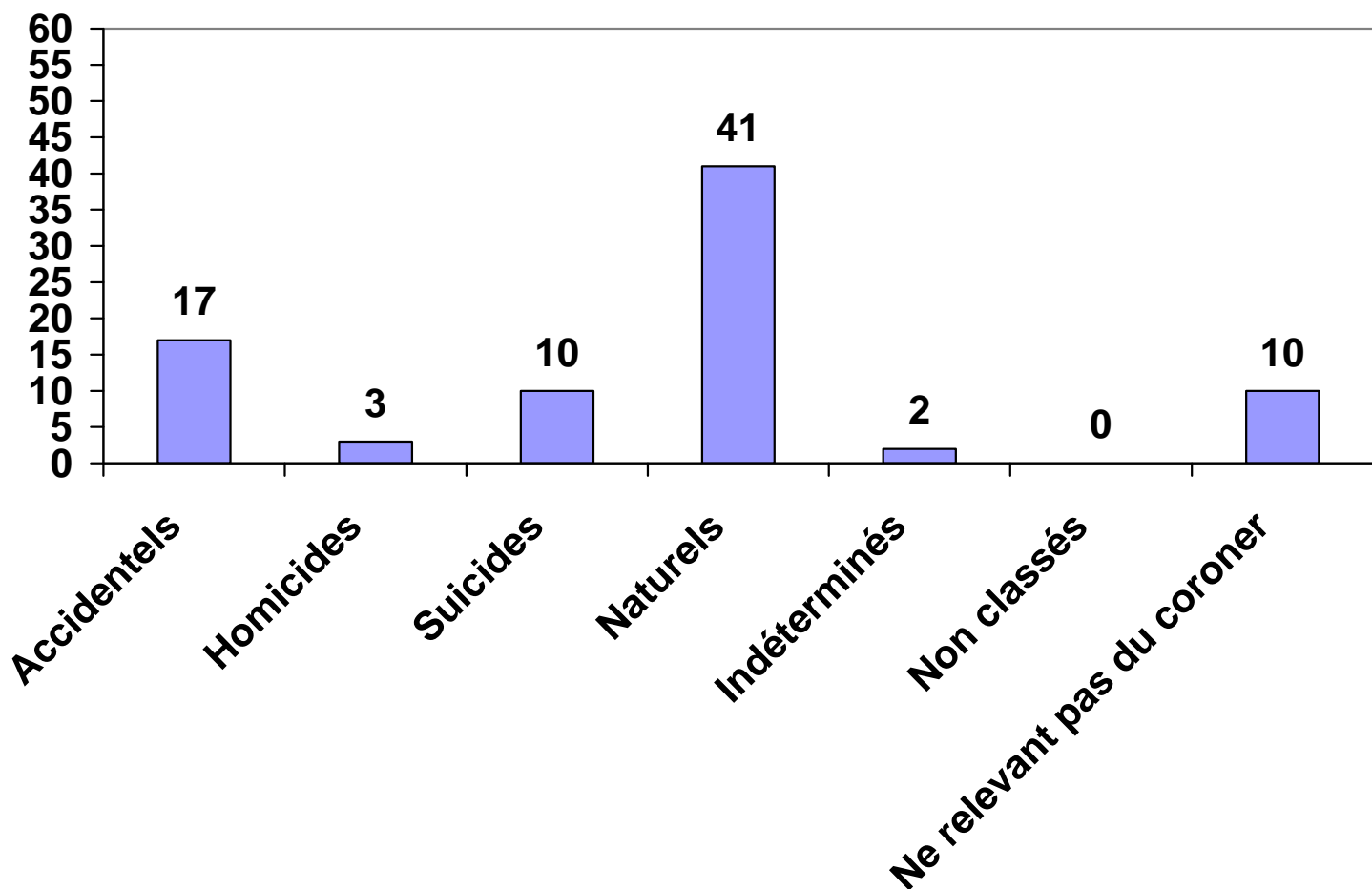
Indéterminé - 2

Non classé

Ne relevant pas du coroner - 10

* Les cas ne relevant pas du coroner sont des décès naturels qui sont signalés au Service du coroner mais qui ne répondent pas aux critères de signalement requis en vertu de la *Loi sur les coroners*

NOMBRE DE CAS PAR CIRCONSTANCES DU DÉCÈS



Accidentel

Homicide

Suicide

Naturel

Indéterminé

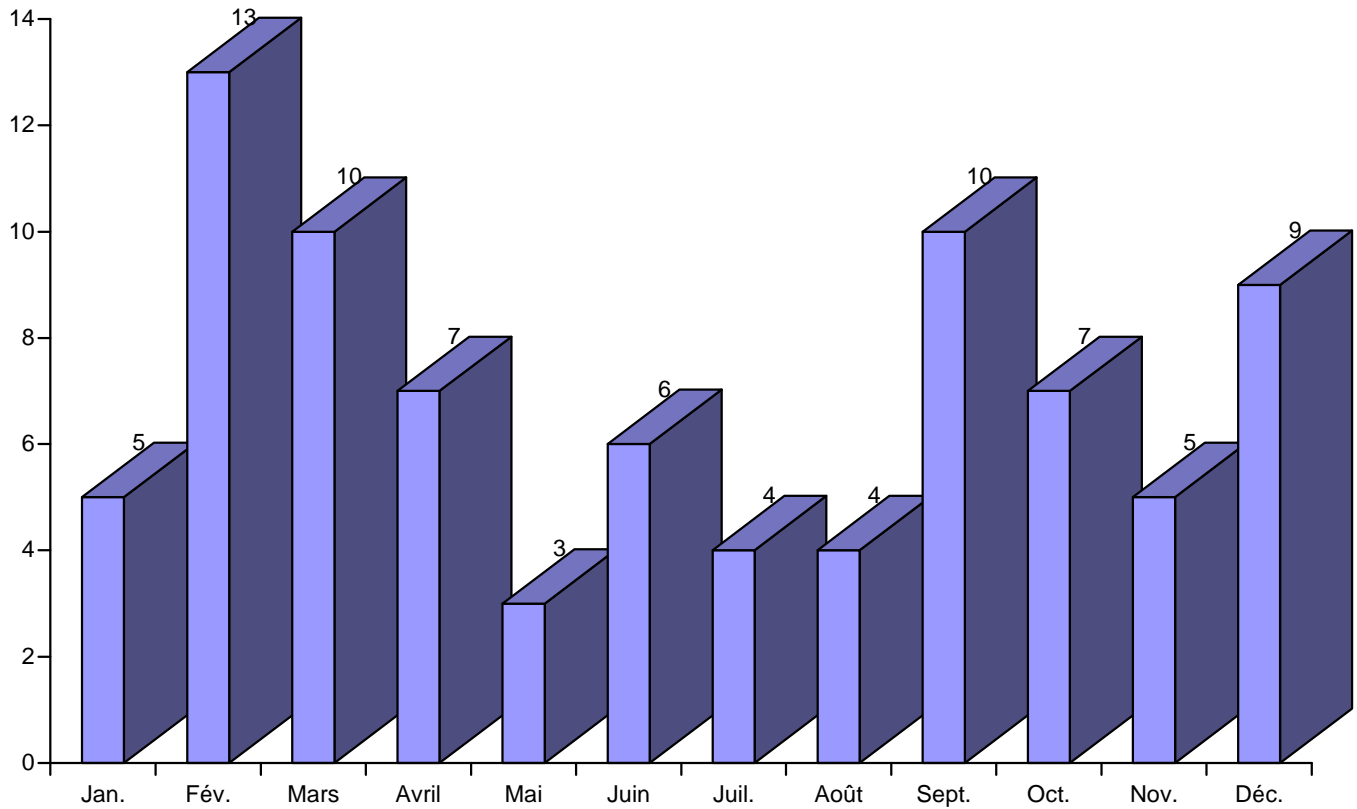
Non classé

Ne relevant pas du coroner

NOMBRE DE CAS PAR CIRCONSTANCES/COMMUNAUTÉ

Communauté	Accident	Homicide	Suicide	Naturel	Indéterminé	Non classé	Ne relevant pas du coroner	Total
Aklavik				1			2	3
Deline							1	1
Fort McPherson	1	1	1	1				4
Fort Providence				3			1	4
Fort Simpson				3				3
Fort Smith	3		2	1				6
Gameti				1				1
Hay River	2			1				3
Inuvik	2			7	2			11
Norman Wells	1							1
Rae/Edzo							1	1
Tuktoyaktuk	4							4
Yellowknife	4	2	6	17			4	33
Wha Ti				1				1
Fort Liard				2				2
Fort Good Hope			1	1			1	3
Site Mine Ekati				1				1
Dettah				1				1
TOTAUX	17	3	10	41	2	0	10	83

NOMBRE DE CAS PAR MOIS



janv. - févr. - mars - avr. - mai - juin - juill. - août - sept. - oct. - nov. -déc.

NOMBRE DE CAS PAR CIRCONSTANCES/MOIS

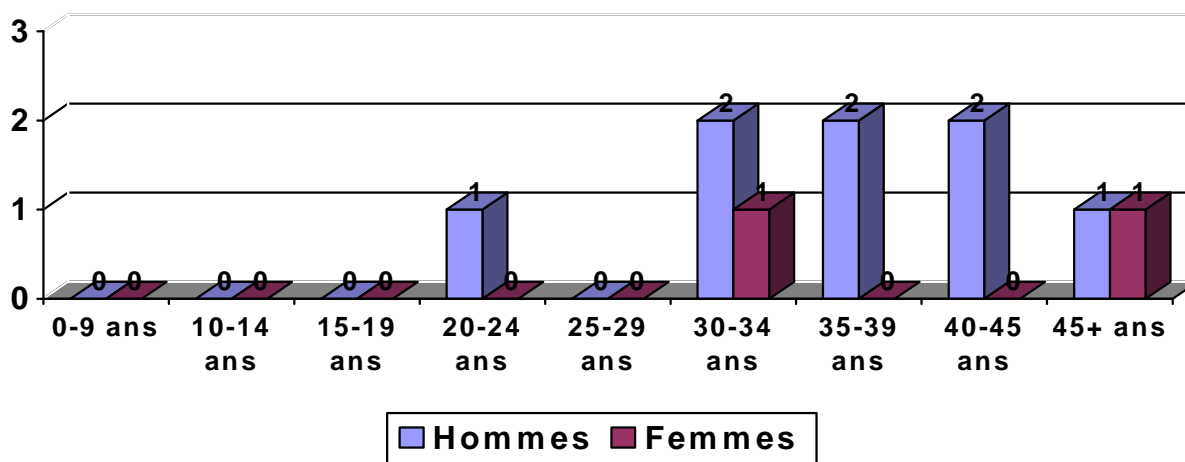
Mois	Accident	Homicide	Suicide	Naturel	Indéterminé	Non classé	Ne relevant pas du coroner	Total
Janvier		1	1	1	1		1	5
Février	3			8			2	13
Mars	1		2	6			1	10
Avril		1	1	4			1	7
Mai			1	2				3
Juin	2		1	2			1	6
Juillet	2		1	1				4
Août	1			3				4
Septembre	5		1	3	1			10
Octobre	1	1		3			2	7
Novembre				4			1	5
Décembre	2		2	4			1	9
TOTAUX	17	3	10	41	2		10	83

SUICIDES PAR GENRE/ÂGE

Groupe d'âge	Hommes	Femmes	Total
0-9 ans			
10-14 ans			
15-19 ans			
20-24 ans	1		1
25-29 ans			
30-34 ans	2	1	3
35-39 ans	2		2
40-44 ans	2		2
45 + ans	1	1	2
TOTAUX	8	2	10

Des 10 décès par suicide en 2003, tous sauf 2 ont été commis par des hommes (80 %). Le plus grand nombre de décès est survenu chez les personnes de 30 à 34 ans

Le taux de suicide est resté assez constant depuis 4-5 ans, mais il reste élevé par rapport à la décennie précédente avec 12 morts en 2003, 9 morts en 2002, 10 morts pour chacune des années 2001 et 2000, comparé à 16 en 1999, 7 en 1998, 6 en 1997, 5 en 1996 et 7 en 1995.

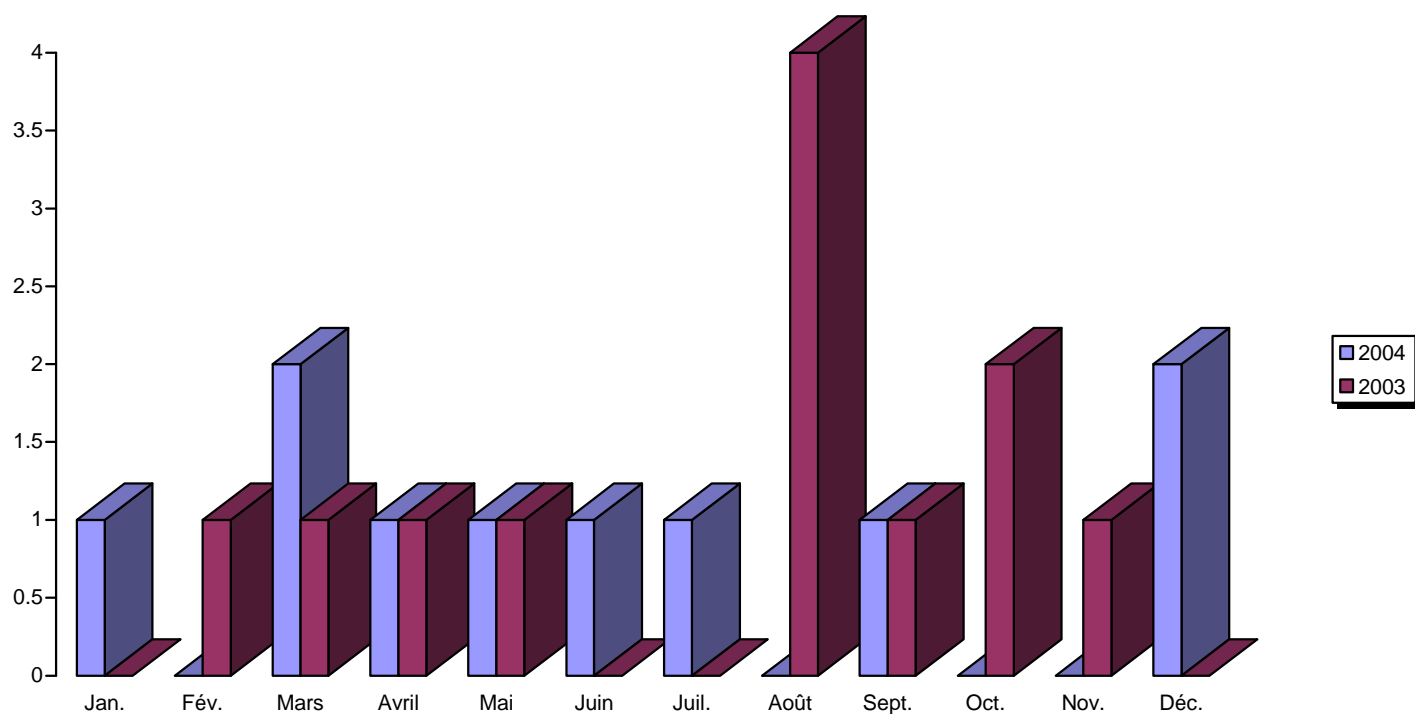


SUICIDES PAR MOIS/COMMUNAUTÉ/GENRE/ÂGE/MÉTHODE

Mois	Communauté	Genre	Âge	Méthode	Alcool
Janvier	Yellowknife	Homme	43	<i>Overdose</i>	Oui
Mars	Yellowknife	Homme	35	Arme blanche	Non
Mars	Yellowknife	Homme	52	Pendaison	Oui
Avril	Fort Smith	Femme	32	Pendaison	Non
Mai	Fort McPherson	Homme	30	Pendaison	Oui
Juin	Yellowknife	Homme	43	Collision/ véhicule motorisé	Non
Juillet	Fort Smith	Homme	39	Empoisonnement au monoxyde de carbone	Non
Septembre	Yellowknife	Homme	23	Pendaison	Oui
Décembre	Fort Good Hope	Homme	34	Pendaison	Non
Décembre	Yellowknife	Femme	46	Pendaison	Oui

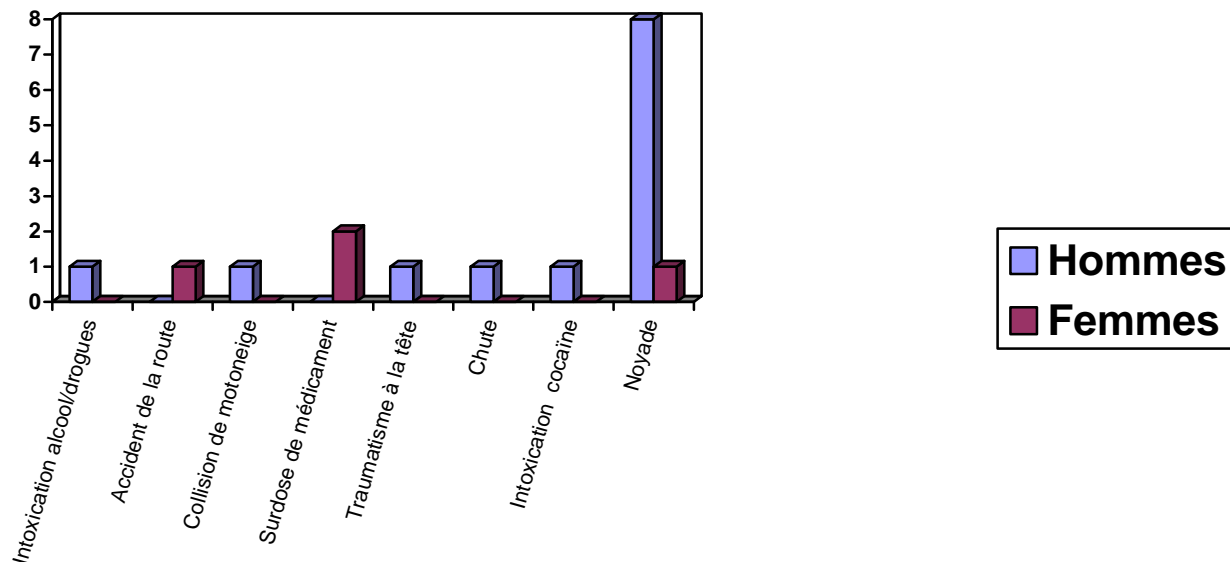
La pendaison a été la principale méthode de suicide, comptant pour plus de la moitié de l'ensemble des suicides (6 sur 10 = 60 %). Une majorité massive des suicides ont été commis par des hommes (8 hommes-2 femmes). On a noté la présence d'alcool dans la moitié des cas de suicides (5 sur 10 ou 50 %) en 2004.

SUICIDES PAR MOIS – COMPARAISON DE 2003 ET 2004



JANV.	FÉVR.	MARS	AVR.	MAI	JUIN	JUILL.	AOÛT	SEPT.	OCT.	NOV.	DÉC.	TOTAL
1		2	1	1	1	1		1			2	10
10%		20%	10%	10%	10%	10%		10%			20%	100%

DÉCÈS ACCIDENTELS PAR CAUSE/GENRE



Cause du décès	Hommes	Femmes	Total	Lié à l'alcool
Intoxication par alcool/drogue	1		1	1
Accident de la route		1	1	
Collision de motoneige	1		1	
Surdose de médicament		2	2	
Traumatisme contondant à la tête	1		1	
Chute	1		1	1
Intoxication par cocaïne	1		1	
Noyade	8*	1	9	1
TOTAUX	13	4	17	3

Les décès causés par accident comptent pour environ 20 % du total des décès rapportés au Service du coroner en 2004. La majorité des personnes décédées (13 sur 17, ou 76 %) étaient des hommes.

* 5 des décès par noyade sont présumés, les corps n'ayant pas été retrouvés, il est donc impossible d'établir si l'alcool a joué un rôle dans ces cas. En ce qui a trait aux 12 autres cas, l'alcool a joué un rôle dans 3 cas, soit 25 %.

SYNDROME DE LA MORT SUBITE DU NOURRISSON

Le syndrome de la mort subite du nourrisson (SMSN) est la cause de décès la plus fréquente chez les nourrissons âgés de 2 semaines à 6 mois. La conclusion de décès par SMSN est faite par l'exclusion de toute autre cause identifiable. La véritable raison du décès brutal d'un nourrisson qui survient de façon inattendue compte tenu de ses antécédents n'est pas connue et fait toujours l'objet de recherches.

On n'a pas rapporté de décès par SMSN en 2004. Toutefois, il y a eu le décès (non-SMSN) d'un bébé prématuré né à 21 semaines de gestation.

On a également rapporté au Service du coroner un cas d'enfant mort-né en 2004.

CAS DE MORT NATURELLE ET NE RELEVANT PAS DU CORONER

Naturelle	Ne relevant pas du coroner	Coroner
51	10	41

En vertu de la *Loi sur les coroners*, le Service du coroner a la responsabilité d'investiguer tous les décès soudains, inattendus et inexplicables. Ceci n'inclue pas les décès survenus dans une unité de soins palliatifs, les bébés morts-nés (si l'accouchement est fait en présence d'un médecin praticien) ou les décès dans une autre juridiction (c'est-à-dire, les services d'évacuation médicale) à moins qu'ils résultent d'un incident survenu aux TNO. Quand un décès non couvert par la *Loi sur les coroners* est signalé au coroner, on émet un rapport de décès ne relevant pas du coroner.

Tous les cas présumés ne pas relever du coroner doivent être des « décès attendus » et doivent survenir dans un processus de mort naturelle.

AUTOPSIES

JANV.	FÉVR.	MARS.	AVR.	MAI	JUIN	JUILL.	AOÛT	SEPT.	OCT.	NOV.	DÉC.	TOTAL
4	7	5	2	2	2	3	2	3	4	4	4	42

Une enquête après décès est menée quand la cause et/ou la manière du décès ne peuvent être déterminées autrement ou quand il semble approprié de la faire. L'autopsie peut aussi être un moyen de déterminer l'identité de la personne décédée.

On a effectué un total de 42 autopsies en 2004.

RECRUTEMENT

Le Bureau du coroner en chef a le pouvoir légal de recommander la nomination et le renvoi des coroners. Il est souhaitable d'avoir des coroners locaux dans chaque communauté, c'est pourquoi le recrutement des coroners locaux est fait par le Bureau du coroner, la Municipalité ou la Bande, et la GRC. Les candidats doivent remplir un formulaire de demande d'emploi, précisant leurs compétences spéciales ou toute formation qui leur permettrait d'occuper le poste de coroner. Les candidats doivent aussi présenter une recommandation de leur Municipalité ou leur Bande et du détachement local de la GRC. Les lettres d'appui et une recommandation de nomination du coroner en chef sont ensuite envoyées au ministre de la Justice pour nomination. Le député de la circonscription du candidat est aussi avisé de la nomination envisagée. Le ministre de la Justice nomme les coroners pour une période de trois ans.

Actuellement, on compte 35 coroners aux Territoires du Nord-Ouest; 13 sont des Autochtones. Les coroners se répartissent ainsi : 23 hommes (8 Autochtones) et 12 femmes (5 Autochtones).

Les communautés et les coroners qui les desservent sont :

Fort Liard - Alan Harris

Fort Smith - Pat Burke, Sandy Napier, Murray Scott, Don Tourangeau

Fort Simpson - John Herring, Peter Shaw

Hay River - Doug Swallow, Brian Johnson, Michael Maggeean,

Deline - William Duke, Elizabeth Takazo

Fort Good Hope - Tommy Kakfwi

Tulita - Edward McPherson

Holman - Gary Lewis

Inuvik - Jamie Lee Carpenter, Maureen Gowans, Gerry Kisoun

Norman Wells - Dudley Johnson, Valerie McGregor

Tuktoyaktuk - Anita Pokiak, Barney Masazumi

Lutselk'e - Emily Saunders

Wha ti - Carolyn Coey-Simpson

Rae - Arnie Steinwand

**Yellowknife - Bethan Williams, Garth Eggenberger, Jennifer Eggenberger, Wendy
Eggenberger, Fred Whittlinger, Percy Kinney, Cathy Menard**

Sachs Harbour - John Keogak

Fort McPherson - Kendra Francis

Colville Lake - Wilbert Kochon

CONCLUSION **DES INVESTIGATIONS** **DU CORONER**

RAPPORT DU CORONER

Tous les cas soumis aux coroners aboutissent à un rapport du coroner ou à une enquête médico-légale publique. La méthode la plus couramment utilisée est le 'rapport du coroner'.

Le Rapport du coroner est un document qui fait un bref compte rendu des résultats d'une investigation du coroner. Il apporte une clarification des faits et des circonstances entourant le décès. Le Rapport établit l'identité du défunt, classe le décès et inclut toute recommandation qui pourrait prévenir un décès semblable. Un Rapport du coroner et un Rapport du coroner en chef sont remplis pour toutes les investigations sur des décès à l'exception des cas où l'on procède à une enquête médico-légale publique. Lors d'une enquête médico-légale publique, le verdict du jury remplace le Rapport du coroner.

Il arrive fréquemment que des recommandations soient faites et transmises au ministère, à la personne ou à l'agence concernés dans l'espoir de fournir une information précieuse pour prévenir des morts similaires. Les rapports des coroners contenant des recommandations sont distribués sur demande et les réponses sont vérifiées. Un sommaire de quelques rapports contenant des recommandations est joint. (Voir Annexe A)

ENQUÊTES PUBLIQUES

Les cas qui n'aboutissent pas à un Rapport du coroner font habituellement l'objet d'une enquête publique du coroner; il s'agit d'une audience quasi judiciaire tenue en tribune libre. L'instance judiciaire utilise un jury de six personnes et entend les témoins assermentés. L'enquête n'est pas un mécanisme pour régler des litiges civils ni pour soutenir des accusations. Il s'agit d'une procédure visant à établir des faits pour en tirer des renseignements et élaborer des recommandations.

Un coroner doit tenir une enquête publique quand la personne décédée était en détention involontaire au moment du décès. Une enquête publique peut aussi être tenue quand, de l'avis du coroner, il est nécessaire de :

- a) identifier la personne décédée ou les circonstances du décès;
- b) informer le public des circonstances du décès quand cela est d'intérêt public;
- c) faire connaître à la population des pratiques ou des conditions dangereuses et faciliter l'élaboration de recommandations pour prévenir des morts évitables; ou
- d) informer le public de pratiques ou de conditions dangereuses afin d'éviter à l'avenir des morts évitables.

Si un coroner détermine qu'une enquête publique n'est pas nécessaire, le plus proche parent ou une autre personne intéressée peut demander qu'une enquête publique soit tenue. Le coroner prendra cette demande en considération et rendra une décision par écrit. Celle-ci peut être portée en appel auprès du coroner en chef qui jugera des mérites de l'appel et rendra une décision motivée par écrit dans les 10 jours suivant la réception de l'appel. Assujettie au pouvoir du ministre de la Justice, en vertu de l'article 24 de la *Loi sur les coroners*, la décision du coroner en chef est finale.

Il n'y a pas eu d'enquête publique aux Territoires du Nord-Ouest pendant la période couverte par le présent rapport.

ANNEXE « A »

RÉSUMÉ DE

RAPPORTS DES CORONERS

CONTENANT DES

RECOMMANDATIONS

CAS n° 1

En juillet 2001, un homme âgé de 27 ans travaillait avec un autre ouvrier soudeur de 33 ans sur le côté sud de la nouvelle usine de traitement en construction sur le site d'une mine de diamants du nord. Les deux hommes travaillaient dans et à partir d'un « Grove » – monte-personnes sur pneumatiques – pour accéder au côté du bâtiment.

Les ouvriers travaillaient à l'extérieur de la « zone panier » au-dessus du bras déplié du monte-personnes quand des témoins ont vu l'unité basculer et se renverser sur le côté. Les deux ouvriers, qui étaient attachés au garde-corps du panier par des harnais de sécurité, ont été entraînés par l'unité jusqu'au sol où elle s'est écrasée sur un affleurement de roche solide.

Les deux hommes sont morts sur le coup. Leurs casques retrouvés un peu plus loin semblaient avoir été arrachés au moment de l'impact. Les deux hommes avaient des traumatismes mortels visibles à la tête.

Le châssis du monte-personnes était couché sur le côté. Le bras articulé et son extension semblaient avoir été endommagés à plusieurs endroits sur sa longueur quand il s'est plié et tordu à la suite de l'impact. Le monte-personnes et le bâtiment ont été examinés dans le cadre de l'investigation.

L'investigation a révélé que le monte-personnes avait été soumis à une inspection structurale par une firme d'inspection de grues et qu'un certificat avait été émis en mars 2001. L'unité avait ensuite été expédiée au site de la mine pour opération. L'inspection ne comprend pas un examen des composantes mécaniques ou électriques de l'unité.

La « feuille de contrôles préalables des monte-personnes » utilisée quotidiennement par les ouvriers semble être un modèle générique utilisé pour tous les types d'élévateurs. L'unité de monte-personnes utilisée par les ouvriers décédés avait un bras articulé supplémentaire qui aurait dû nécessiter un examen additionnel tel qu'indiqué dans le manuel d'opération du fabricant.

Pour assurer l'opération sécuritaire de l'unité, le manuel suggère une formation spéciale sur chacun des modèles qui seront utilisés, puisque les contrôles et procédures opérationnelles peuvent varier d'une unité à l'autre.

Le manuel indique aussi que ce modèle particulier est muni de dispositifs de verrouillage des commandes et/ou interrupteurs de fin de course conçus pour minimiser le risque de sur-déploiement du bras articulé au-delà du point d'équilibre du véhicule. Le manuel spécifie la méthode appropriée de vérifier l'unité pour s'assurer que les dispositifs de verrouillage des commandes/interrupteurs de fin de course fonctionnent adéquatement.

Des essais sur l'équipement après l'incident indiquent que la zone du panier du monte-personnes était en fait configurée ou allongée à l'extérieur des paramètres de travail sécuritaires. Quand l'élévateur a été tourné vers le mur de la structure, il a déplacé le centre de gravité du véhicule à l'extérieur de la base des roues de l'unité, causant son renversement. Il semble probable que ceci aurait pu être causé par une défaillance des dispositifs de verrouillage des commandes ou des interrupteurs de fin de course de la

machine, et/ou le désalignement ou mauvais ajustement de ces dispositifs.

À la suite de l'incident, la Division chargée de la sûreté des mines a ordonné à l'employeur d'effectuer des mesures correctives. Ces ordres touchent les questions liées aux procédures adéquates d'opération, d'inspection et d'essais de tous les équipements, la formation et la vérification de la compétence des ouvriers qui opèrent ces équipements.

La Commission des accidents du travail a porté des accusations contre l'employeur des deux hommes pour les avoir laissé opérer un équipement dangereux. Les accusations ont par la suite été rejetées par le tribunal.

Le Bureau du coroner en chef recommande de plus qu'un protocole de certification soit élaboré pour la formation et l'évaluation des compétences de tous les ouvriers qui doivent opérer des monte-personnes et qu'une obligation soit élaborée qui stipule que tout le personnel qui opère ce genre d'équipement soit accrédité par un organisme d'approbation reconnu.

CAS n° 2

En octobre 2001, un homme de 49 ans pilotait son hélicoptère personnel McDonnell-Douglas 369HS quand celui-ci s'est écrasé à environ 7 milles (11 km) de l'aéroport de Fort Simpson, alors qu'il approchait pour un atterrissage à l'héliport voisin. L'unique passager de l'aéronef a souffert de blessures graves mais non mortelles et a survécu à l'écrasement. Au moment de l'impact, les deux occupants portaient les ceintures de sécurité à triple point d'appui.

La GRC, le coroner local et le Bureau de la sécurité des transports (Transportation Safety Board [TSB]) ont été avertis et sont allés enquêter sur place.

L'investigation a révélé que l'hélicoptère revenait à Fort Simpson en provenance d'un camp de chasse. Le voyage s'est effectué en vol VFR (vol effectué conformément aux règles de vol à vue) et les conditions météorologiques étaient adéquates pour un vol à vue, avec une température locale d'environ 8 °C. L'aéronef avait quitté le camp de chasse autour de 16 h.

Peu avant 19 h et à environ 25 milles (40 km) de l'aéroport, le pilote a remarqué que l'indicateur de quantité de carburant montrait plus de carburant que prévu considérant la longueur du voyage. Il a commencé à suivre une bande défrichée, puis une voie ferrée, pour que l'hélicoptère soit en meilleure position s'il devait effectuer un atterrissage forcé.

Alors que l'aéronef approchait de l'aéroport de Fort Simpson, le moteur de l'hélicoptère s'est éteint faute d'alimentation en carburant, malgré que la jauge indique qu'il restait du carburant dans le réservoir principal. Le pilote a tenté un atterrissage forcé sur une route à proximité, mais l'appareil a frappé des arbres et s'est écrasé au sol, du côté du pilote.

L'examen de l'appareil a montré que le réservoir principal ne contenait plus qu'une petite quantité de carburant (2-3 tasses), mais que le réservoir auxiliaire était presque à pleine capacité, soit 132,5 lb de carburant. On a observé que la valve pour ouvrir/fermer le réservoir était endommagée et dans la

position 'fermée'.

L'examen après la mort a révélé que le défunt a subi des blessures internes mortelles. L'analyse toxicologique n'a révélé aucune présence d'alcool ou de drogue, ni de niveau élevé de monoxyde de carbone.

Transport Canada a émis une lettre d'information de sécurité pour s'assurer que les opérateurs soient au courant de la nécessité de terminer toutes les modifications entreprises. De plus, l'opérateur de la compagnie qui a embauché le pilote-proprétaire nous a avisés qu'il placera des avertissements supplémentaires informant les pilotes que les déclencheurs devraient être engagés à au moins 100 lb de carburant.

L'investigation a révélé un problème additionnel à propos du contrôle du signal de l'émetteur de localisation d'urgence (ELT) de l'hélicoptère. Le ELT a fonctionné comme requis et a commencé à émettre un signal radio qui a été capté par le système de poursuite par satellite (SARSAT) et contrôlé par le Centre de coordination des opérations de sauvetage du ministère de la Défense nationale, situé à Trenton (Ontario). Toutefois, à l'aéroport de Fort Simpson, la station radio d'aérodrome communautaire locale (CARS) n'a pas été capable de recevoir le signal qui était pourtant bien à l'intérieur de la zone d'utilisation de fréquence obligatoire de 15 milles nautiques. Des essais subséquents ont confirmé que la CARS locale n'était pas capable de recevoir le signal de 121,5 MHz.

Le Bureau du coroner en chef a émis une recommandation à Transport Canada pour que la CARS de Fort Simpson soit mise à niveau pour recevoir et contrôler les transmissions ELT à l'intérieur de la zone des 15 milles nautiques, comme l'exige la loi.

CAS n° 3

En février 2002, un homme de 38 ans et son compagnon étaient en train de réparer un *snowcat* (un gros véhicule chenillé) sur une route de glace, quand un camion gros porteur venant de la direction opposée heurta les deux hommes. L'autre travailleur a souffert de blessures mineures, mais le défunt avait subi un important traumatisme crânien.

Le Bureau du coroner, la GRC, la Commission des accidents du travail et l'Office national de l'énergie ont été prévenus et ont dépêché du personnel sur place.

En raison du traumatisme évident et de la nature de la blessure, on n'a pas exigé d'autopsie. Des examens toxicologiques sur des échantillons de fluides n'ont détecté ni alcool ni drogue.

Les deux ouvriers étaient en train de réparer le *snowcat* stationné en dehors des limites de la route de glace. Ils avaient stationné leur camionnette à côté du *snowcat* encore plus loin du bord de la route (la route de glace fait environ 40 mètres de large). La camionnette faisait face à la circulation et ses phares étaient allumés. Les ouvriers utilisaient les phares pour éclairer partiellement la zone de travail où ils avaient attaché les câbles de démarrage de la camionnette au *snowcat*.

Il semble que lorsque le camion gros porteur s'est approché, le conducteur a tenté de passer à la droite de

la camionnette, ce qui le mettait sur une trajectoire menant à la collision avec le *snowcat*. Les phares de la camionnette peuvent avoir gêné la vue du chauffeur qui n'aurait pas aperçu le *snowcat* et les deux ouvriers. Les policiers ont remarqué que les phares de la camionnette étaient en mode 'grande puissance' quand ils sont arrivés sur les lieux. Il n'y avait pas de trace de freinage ou de tentative d'esquive par le camion gros porteur.

Les conditions au moment de l'incident étaient les suivantes : noirceur, ciel clair mais poudrière élevée avec des vents d'environ 30 km/h et une température ambiante d'environ - 40 °C. La surface de la route sur les lieux de l'incident était droite, plate et glissante.

Le défunt ne portait aucun vêtement réfléchissant ou bande réfléchissante et il n'y avait pas de torche ou de signal d'avertissement installé pour alerter les véhicules approchants.

La CAT a déposé plusieurs accusations contre trois des compagnies en cause dans l'incident. Toutes ces accusations ont par la suite été suspendues.

Un certain nombre de directives et de recommandations ont été émises par les organismes de contrôle en ce qui a trait aux activités opérationnelles et à diverses autres questions.

Le Bureau du coroner en chef a aussi recommandé que chaque compagnie en cause entreprenne une vérification indépendante de ses pratiques et protocoles de sécurité, pour s'assurer que ses politiques et procédures actuelles soient concrètes, appropriées et suffisantes pour le type et les conditions de travail des ouvriers du Nord.

Dans ce cas particulier, le coroner a recommandé à la compagnie qui employait les ouvriers de considérer l'adoption des mêmes règles de sécurité que celles utilisées actuellement par le ministère des Transport du GTNO quand il s'agit de travailler ou de conduire sur des routes de glace.

CAS n° 4

En juin 2003, une enseignante de 32 ans avec des antécédents d'asthme et d'hypothyroïdie s'est soudainement effondrée en classe, inerte. Des collègues sont venus à son secours et ont tenté de la réanimer. Ils ont appelé l'infirmière locale qui leur a dit de transporter la femme au centre de santé.

La défunte a donc été conduite au centre de santé où les manœuvres de réanimation ont continué mais sans succès. Un médecin est venu d'Inuvik et a pris en charge l'administration des soins médicaux. Le médecin l'a déclarée morte environ trois heures après son malaise.

La GRC et le Bureau du coroner ont été informés du décès. Un agent de la GRC et un coroner d'Inuvik sont allés dans la communauté et ont commencé une investigation.

La défunte avait des antécédents d'asthme et utilisait de temps en temps une 'pompe' (c.-à-d. un aérosol-doseur) pour ce problème de santé. Peu de temps auparavant, on avait diagnostiqué un problème d'hypothyroïdie et environ 5 jours avant sa mort elle avait commencé à prendre des médicaments pour cette condition.

À l'autopsie, aucune blessure ni aucun processus de maladie naturelle n'a été identifié qui pourrait être responsable de la mort. Il n'y avait pas de signe indiquant qu'elle aurait eu une attaque d'asthme soudaine et mortelle (c.-à-d. inflammation des poumons ou voies respiratoires obstruées par des mucosités).

La preuve était compatible avec des antécédents d'asthme léger (c.-à-d. changements microscopiques du tissu pulmonaire).

L'état de la glande thyroïde était compatible avec le diagnostic de thyroïdite de Hashimoto, qui n'a pas été retenu comme cause du décès. Le niveau d'hormone thyroïdienne après la mort était normal. Les tests toxicologiques n'ont révélé aucune trace d'alcool ou d'intoxication par une drogue.

L'autopsie, y compris les examens toxicologiques et microscopiques de tous les organes et tissus importants, n'a pas réussi à déterminer la cause formelle du décès. Le décès est présumé naturel mais de cause inconnue.

Un certain nombre de questions ont été soulevées à propos des faits qui se sont produits à l'école après l'effondrement de la défunte. Le problème le plus préoccupant concerne la réponse du personnel médical local, les protocoles, l'équipement, son état et son utilisation.

Le Bureau du coroner en chef a fait plusieurs recommandations au ministère de la Santé du GTNO et à l'Administration des services de santé locale, notamment, le besoin d'élaborer et de mettre en œuvre un protocole pour aider les infirmières communautaires à évaluer la réponse appropriée à une urgence locale. Le protocole devrait être suffisamment souple pour permettre aux infirmières d'utiliser leur jugement et leur expérience dans le processus d'évaluation.

Les organismes devraient aussi aider à élaborer un Plan de réponse aux urgences médicales en consultation avec les autorités municipales. Ce plan pourrait être basé sur le plan de secours d'urgence local existant et fournir une liste des ressources disponibles ainsi que la procédure à suivre pour avoir rapidement accès à ces ressources pour une intervention médicale d'urgence.

Chaque centre devrait être équipé d'un défibrillateur portable et des équipements d'inhalation d'oxygène; le personnel devrait être formé pour opérer et entretenir l'infrastructure. Ceci devrait comprendre non seulement les outils pour rester opérationnel, mais aussi un protocole pour des contrôles et des essais des systèmes pour assurer la capacité d'intervention en cas d'urgence.

Il faudrait passer en revue la liste des équipements portables de chaque communauté pour s'assurer que chacune est adéquatement préparée pour une intervention d'urgence sur place.

Les médecins qui répondent à des situations de crise dans une communauté devraient être munis d'un téléphone SAT ou d'un autre dispositif de communication, et d'un protocole pour recevoir de l'information sur le patient afin de maximiser leur intervention immédiate dès l'arrivée.

De plus, nous croyons fermement que les municipalités devraient s'assurer que tous les employés

municipaux reçoivent une formation en réanimation, et ce, régulièrement. Une partie du programme de formation devrait consister à élaborer et distribuer à grande échelle une liste des personnes formées en réanimation cardio-pulmonaire.

Nous croyons aussi que les employés des établissements éducatifs devraient recevoir une formation similaire en réanimation cardio-pulmonaire.

CAS n° 5

En décembre 2003, un chauffeur de 47 ans souffrant d'hypertension a été trouvé effondré sur le siège avant de son camion, après avoir roulé de manière anormale et s'être arrêté sur l'aire de trafic de l'aéroport.

Des collègues et des témoins l'ont sorti du véhicule, commencé la réanimation et appelé l'ambulance. Les pompiers de l'aéroport sont arrivés sur la scène et ont effectué des manœuvres de réanimation jusqu'à ce que l'ambulance arrive, peu de temps après. Le chauffeur a été transporté à l'hôpital où le médecin traitant a constaté son décès.

La GRC et le coroner ont été informés du décès et ont commencé une investigation qui a révélé que l'homme venait d'arriver pour travailler ce matin-là. Il avait conduit son camion jusqu'à un avion pour y déposer un paquet.

Pendant qu'il s'en retournait, des collègues ont remarqué que son véhicule roulait de manière erratique et ils ont mentionné qu'il avait frotté le côté d'au moins deux avions stationnés. Quand le véhicule s'est arrêté, l'homme fut trouvé inerte à l'intérieur. Dans les semaines précédentes, il s'était plaint de douleur à la poitrine et au bras gauche. Il avait aussi passé un électrocardiogramme peu auparavant qui avait montré une anomalie; les relevés étaient encore à l'étude.

Plus tôt ce matin-là, à la maison, il était allé pelleter de la neige et s'était plaint d'une douleur importante à la poitrine. On lui avait suggéré d'aller à l'hôpital, mais il avait plutôt choisi d'aller travailler.

L'examen de son dossier médical indique qu'il souffrait d'hypertension artérielle (haute pression) et qu'il prenait régulièrement des médicaments pour traiter cette condition. Il avait aussi des antécédents familiaux de problèmes cardiaques.

Dans ces circonstances, aucune autopsie n'a été demandée, mais des échantillons de fluides ont été prélevés pour examen toxicologique. Les tests toxicologiques n'ont relevé aucune présence d'alcool ou de drogue.

Le coroner a déterminé que le défunt était décédé des suites d'un probable infarctus du myocarde (crise cardiaque) résultant d'une artériosclérose cardiovasculaire de vieille date. Son hypertension a été considérée comme un facteur contributif au décès.

Le Bureau du coroner en chef a fait une recommandation au ministère des Transports du GTNO, suggérant que tous les services incendie et sauvetage de l'aéroport soient équipés de défibrillateurs

portatifs. Le personnel de sauvetage de l'aéroport doit aussi être adéquatement formé pour opérer ces défibrillateurs.

CAS n° 6

En mai 2003, un homme de 52 ans a commencé à montrer des signes de dépression respiratoire légère pendant une halte lors d'une randonnée dans les bois. Sa condition a empiré jusqu'à ce qu'il ne donne plus signes de vie. La GRC et le coroner se sont rendus sur les lieux et ont commencé une investigation.

L'homme reposait sur le dos sur un lit de branches. Il était couvert d'un léger sac de couchage. Le défunt était complètement vêtu à l'exception de ses bottes qui étaient disposées près de lui. Un feu de camp brûlait à proximité immédiate.

L'investigation a révélé que le défunt et deux autres hommes avaient été laissés au bord de la route près d'un sentier forestier à environ 17 milles de Yellowknife. Ils avaient l'intention de marcher jusqu'à un camp touristique de la région à environ 6 milles dans les terres. Plus tôt en soirée, le défunt avait consommé de l'alcool dans un bar local et s'était joint aux autres dans l'espoir d'obtenir un emploi comme guide au gîte.

En route sur le sentier, le défunt a commencé à se plaindre qu'il avait froid et qu'il avait de la difficulté à marcher. À un certain point, le long du sentier, il a trébuché en traversant un marais et a mouillé ses pieds et ses bas.

Le trio a décidé d'établir un camp pour la nuit et le défunt fut placé sur un lit de branches et couvert d'un léger sac de couchage. Ses bottes lui ont été retirées dans une tentative pour les sécher près du feu.

Au petit matin, ses compagnons ont constaté qu'il souffrait d'une respiration laborieuse. Un des hommes est parti au camp pour demander de l'aide par hélicoptère.

Il n'a pas été possible de localiser le campement pendant le premier vol de l'hélicoptère. Il a fallu un deuxième vol pour localiser le défunt.

À l'autopsie, on a observé des marques compatibles avec des blessures produites par une exposition au froid. Il n'y avait pas de processus morbide naturel et aucune autre blessure qui aurait causé ou contribué à la mort.

Les tests toxicologiques effectués sur les échantillons fournis ont révélé une intoxication alcoolique. Il est important de noter que le taux d'alcool dans le sang devait être beaucoup plus élevé quand l'homme a commencé sa randonnée dans la forêt plusieurs heures auparavant.

Il a été déterminé que l'homme était mort des suites de l'exposition au froid et que l'intoxication alcoolique a été un facteur contributif à son décès.

Il y a eu une certaine confusion et de l'inquiétude par rapport au premier vol de l'hélicoptère Medivac. L'information fournie a démontré que les procédures et protocoles utilisés pour entreprendre une

évacuation médicale par hélicoptère ont besoin d'être examinés, conséquemment, le coroner a fait une recommandation pour l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique et d'une procédure qui permettra un processus simple, rapide et souple d'aiguillage des hélicoptères médicaux lorsque requis.

CAS n° 7

En mai 2003, une femme de 44 ans était dans un canot avec un ami quand le canot a chaviré, projetant ainsi les deux passagers dans l'eau glacée. La femme fut incapable de s'extirper de l'eau et a succombé au froid.

Les trois personnes qui étaient au camp n'ont pas pu faire venir de l'aide et l'incident n'a été rapporté à la GRC que lorsque l'hélicoptère est arrivé – un jour en retard – pour ramener le groupe dans sa communauté. En attendant, le corps avait été placé dans une cabine à proximité.

L'agent de la GRC et le coroner local sont allés sur le site par hélicoptère. Le corps reposait dans une cabine à proximité et avait apparemment été revêtu de vêtements propres et secs.

Les témoins ont déclaré au policier qu'après être arrivés sur les lieux, ils avaient commencé à ouvrir le camp pour la saison. Ils ont bu pendant la soirée et sont allés dormir.

Le lendemain matin, le travail a continué. La femme et un compagnon ont décidé de descendre au bord de la rivière et de sortir un canot. Malgré l'absence de gilet de sauvetage, ils ont décidé de continuer.

Ils ont remonté la rivière à la rame, mais leur chemin étant bloqué par des saules, ils ont rebroussé chemin et continué vers l'embouchure de la rivière qui commençait la débâcle printanière. Ils ont continué de se déplacer vers le bord de la glace où l'homme a tenté de débarquer sur une plaque de glace. Quand son pied s'est posé sur la glace, le canot a chaviré, projetant du même coup les deux passagers dans l'eau froide.

Ils se sont d'abord agrippés au canot renversé et ont appelé à l'aide. Ils ont ensuite essayé de nager vers la rive la plus près. Un autre membre de l'expédition avait entendu leurs appels à l'aide et était venu sur la rive d'où il a aperçu les deux personnes en danger. Il est entré dans l'eau et a nagé jusqu'à un endroit près de la glace flottante pour tenter de s'approcher de la femme qui continuait de se débattre dans l'eau. L'autre campeur a réussi à se rendre sur la berge.

Le sauveteur a vu la femme passer sous un petit bloc de glace; il a alors couru sur cette glace jusqu'à l'autre côté et a pu attraper la femme quand elle a refait surface et la sortir de l'eau. Il a tenté des manœuvres de réanimation pour activer sa respiration qui était, a-t-il déclaré, laborieuse et faible. Il a récupéré le canot, l'a placée dedans et est retourné à la rive. Il a demandé au 4^e membre de l'expédition de l'aider à la ranimer, mais en vain. Il s'est ensuite servi du canot pour aller chercher l'autre homme sur la rive opposée.

Ils ont ramené la femme au camp, lui ont mis de nouveaux vêtements (elle avait perdu une partie de ses vêtements pendant l'épreuve) et l'ont installée dans une cabine à proximité. Ils ont ensuite attendu que l'hélicoptère revienne.

L'autopsie a révélé des écorchures sur la surface du corps compatibles avec le glissement sur la glace en aiguilles pendant le sauvetage. Il n'y avait pas d'autre blessure qui aurait pu causer la mort ou y contribuer. Il y avait un rétrécissement important des artères qui irriguent le cœur (c.-à-d. coronaropathie athéroscléreuse) qui pourrait avoir limité sa capacité à bien réagir pendant la crise.

L'examen toxicologique a indiqué un taux élevé d'alcool dans le sang, correspondant à l'ivresse. Le coroner a déterminé que la cause du décès de cette femme est l'immersion en eau froide et que l'intoxication alcoolique aiguë et la coronaropathie athéroscléreuse ont été des facteurs contributifs au décès.

Les deux principaux problèmes sont apparus en cours d'investigation. L'un concerne les délais pour ramener des personnes situées en un lieu éloigné, tandis que le second concerne les fournitures dont s'était muni le groupe.

Le Bureau du coroner en chef a fait une recommandation à la société foncière locale qui avait parrainé l'excursion pour qu'elle s'assure que les membres sont adéquatement équipés de gilets de sauvetage, de trousse de premiers soins, d'équipement de communication et de nourriture additionnelle en cas de délais.

On a aussi demandé qu'elle élabore et fasse respecter une politique stricte de tolérance zéro d'alcool pendant les excursions parrainées.

On a demandé à la société d'hélicoptère locale de revoir et d'adapter au besoin toute politique concernant la prise en charge et le transport du personnel pour s'assurer qu'il est transporté à l'aller et au retour conformément à l'horaire prévu. On a suggéré qu'un système informatique soit mis en place qui informera les opérateurs de la base des cueillettes et des départs prévus.

CAS n° 8

En avril 2004, une femme de 32 ans, avec un historique de toxicomanie et d'alcoolisme, a été retrouvée pendue dans la douche de la salle de bains de sa chambre d'hôpital, par une infirmière qui était allée vérifier son état. Le personnel du centre a décroché la victime et commencé les manœuvres de réanimation, mais en vain. Elle a été déclarée morte peu après.

Le personnel a appelé la GRC qui a dépêché un agent sur place. Le Bureau du coroner en chef a statué sur sa compétence à s'occuper du cas depuis Yellowknife.

L'investigation a révélé que cette femme avait un historique de toxicomanie et d'alcoolisme. Elle avait fait une tentative de suicide plusieurs années auparavant, en ingurgitant des pilules. La défunte était allée voir un conseiller local en toxicomanie et alcoolisme et lui avait déclaré qu'elle voulait suivre un programme de désintoxication pour essayer de rester sobre. Elle avait été admise à l'hôpital de Fort Smith dès le lendemain.

Des arrangements ont été faits pour qu'elle participe à un programme de traitement au Poundmaker's

Lodge en Alberta. Cette résidence pose certaines conditions à l'admission. Ce n'est pas un centre de sevrage et les clients doivent être sobres depuis au moins 72 heures. Ils doivent subir un examen physique, passer un examen aux rayons X, un test pour la tuberculose et exprimer le désir de changer leur style de vie.

La résidence établit un calendrier d'admission des nouveaux clients. La femme devait être envoyée à la résidence le 14 avril, après avoir rempli toutes les conditions.

Un conseiller en toxicomanie et alcoolisme a visité la femme le soir précédant son décès. Elle a dit être perturbée par certains problèmes familiaux personnels, mais n'a rien montré qui aurait pu indiquer la possibilité d'un geste suicidaire.

À la suite de la visite, la femme était allée dans la salle des fumeurs et avait dit à un autre patient qu'elle voulait juste « s'envoler en avion et disparaître ».

La dernière personne à l'avoir vue vivante est une infirmière de l'établissement. L'infirmière lui a parlé et avait passé avec elle un 'contrat' verbal de ne pas poser de geste suicidaire. L'infirmière a déclaré qu'elle a fait des visites de contrôle de la femme environ à chaque 15 minutes, jusqu'à environ 3 h 30; à ce moment-là la patiente semblait dormir. Elle a été trouvée morte une demi-heure plus tard.

On a trouvé dans sa chambre d'hôpital une note non signée et non datée, qui mentionnait des membres de sa famille et son intention.

Aucune autopsie n'a été ordonnée, mais des échantillons ont été prélevés pour examen toxicologique. Les tests n'ont révélé aucune présence d'alcool dans l'échantillon fourni. Un métabolite de la Benzodiazépine (Desmethyldiazepam) a été détecté dans l'échantillon d'urine, ainsi que de la métoclopramide.

Un certain nombre de questions ont été soulevées durant l'investigation de ce décès. Les tests toxicologiques ont révélé la présence de deux médicaments dans l'échantillon d'urine fourni. Le premier médicament décelé, un métabolite de la Benzodiazépine (Desmethyldiazepam) est compatible avec le traitement de désintoxication alcoolique. Ce médicament est couramment utilisé pour le traitement du sevrage alcoolique et s'inscrit normalement dans le traitement de cette patiente.

Le second médicament identifié est la métoclopramide, un médicament utilisé dans le traitement de certains troubles digestifs et parfois pour traiter la nausée et le vomissement.

Les renseignements du graphique et une demande subséquente du coroner pour une liste des prescriptions pour ce cas démontrent que la patiente a aussi reçu pendant son hospitalisation les médicaments suivants : Librium (Benzodiazépine), Ativan, (aussi une Benzodiazépine avec un tranquillisant léger) et Maxeran (une forme de la métoclopramide).

Bien qu'on ne puisse pas faire un lien direct avec les actions de la patiente qui s'est enlevé la vie, il faut remarquer qu'en de rares occasions la métoclopramide peut causer ou avoir des effets sur les symptômes liés à la dépression mentale.

Des symptômes de dépression légère à grave, y compris les idées de suicide et le suicide ont été rapportés à la suite d'usage de métopropramide. Ce médicament ne devrait être utilisé que si les avantages attendus sont susceptibles de contrebalancer les risques potentiels.

Un comité spécial du ministère de la Santé et des Services sociaux a étudié les circonstances entourant ce cas et a fait huit (8) recommandations à l'Administration des services de santé et des services sociaux de Fort Smith.

Les recommandations portent sur des questions telles que la dotation en personnel et la formation, jusqu'aux protocoles et la tenue des dossiers. Le Bureau du coroner en chef appuie toutes les recommandations et demande avec insistance aux parties concernées de considérer sérieusement leur mise en application.

En outre, le Bureau du coroner en chef a fait trois recommandations au ministère de la Santé du GTNO et à l'Administration locale des services de santé. On a suggéré à l'Administration des services de santé d'effectuer une vérification de l'établissement pour identifier les risques potentiels qui pourraient favoriser un suicide.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a été incité à élaborer et distribuer des avertissements et tous les protocoles ou meilleures pratiques appropriées pour attirer l'attention sur le danger potentiel de prescrire la métopropramide (Maxeron, Reglan, etc.) à des patients souffrant de dépression mentale, tendances ou idées suicidaires.

De plus, le Bureau du coroner en chef a renouvelé sa recommandation que le Ministère élabore et mette à exécution un plan pour la création aux TNO d'un centre bien équipé et doté d'un personnel compétent pour le traitement de l'alcoolisme et de la dépendance aux drogues.

Loi sur les coroners

SIGNALEMENT DES DÉCÈS

- | | | |
|-------------------------------|----|--|
| Obligation de signaler | 8. | (1) Toute personne signale immédiatement à un coroner ou à un policier un décès dont elle a connaissance et qui se produit dans les territoires ou par suite d'événements qui se produisent dans les territoires, lorsque le décès survient :
(a) par suite d'un acte de violence, d'un accident, d'un suicide apparents ou d'une autre cause apparente qui n'est ni la maladie, ni la vieillesse;
(b) par suite de négligence, de mauvaise conduite ou de négligence professionnelle apparentes;
(c) soudainement et inopinément au moment où le défunt paraissait en bonne santé;
(d) dans les 10 jours d'un acte médical ou au moment où le défunt est sous anesthésie ou pendant la période du réveil;
(e) par suite :
(i) d'une maladie contractée par le défunt,
(ii) d'une blessure subie par le défunt,
(iii) de l'exposition du défunt à une substance toxique, du fait ou dans le cadre de son emploi ou de son occupation;
(f) par mort à la naissance hors la présence d'un médecin;
(g) pendant que le défunt est détenu ou involontairement sous garde légale dans une prison, un lieu de détention provisoire, un établissement correctionnel, un établissement médical ou toute autre institution;
(h) pendant que le défunt est détenu par un policier ou est sous sa garde. |
| Exception | | (2) Par dérogation au paragraphe (1), la personne qui sait qu'un coroner ou un policier a déjà connaissance d'un décès à déclaration obligatoire n'est pas tenue de l'en aviser. |
| Devoir du policier | | (3) Le policier qui a connaissance d'un décès à déclaration obligatoire en avise immédiatement le coroner. |
| Arrangements spéciaux | | (4) Le coroner en chef peut faire des arrangements spéciaux avec les établissements médicaux, les établissements correctionnels et la Gendarmerie royale du Canada pour faciliter la notification des décès à déclaration obligatoire par les personnes qui sont dans ces établissements ou cette organisation. |