

**RAPPORT ANNUEL 2005
DU SERVICE DU CORONER
DES TERRITOIRES DU
NORD-OUEST**



Bureau du coroner en chef

Le 30 octobre 2006

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

M. le ministre,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport annuel 2005 du Service du coroner des Territoires du Nord-Ouest, couvrant l'année débutée le 1^{er} janvier 2005 et terminée le 31 décembre 2005.

Veillez agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

Percy A. Kinney
Le coroner en chef
Territoires du Nord-Ouest

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 CIRCONSTANCES.....	5
NOMBRE DE CAS PAR CIRCONSTANCES/COMMUNAUTÉ	6
NOMBRE DE CAS PAR MOIS	7
NOMBRE DE CAS PAR CIRCONSTANCES/MOIS	8
SUICIDE PAR GENRE/ÂGE	9
SUICIDE PAR MOIS /COMMUNAUTÉ/GENRE/ÂGE/MÉTHODE	10
SUICIDE PAR MOIS - COMPARAISON ENTRE 2004 ET 2005	11
DÉCÈS ACCIDENTEL PAR CAUSE/GENRE.....	12
SYNDROME DE LA MORT SUBITE DU NOURRISSON.....	13
CAS DE MORT NATURELLE ET NE RELEVANT PAS DU CORONER.....	13
AUTOPSIES PAR MOIS	13
RECRUTEMENT/LISTE DU CORONER	14
CONCLUSION DES INVESTIGATIONS DU CORONER - RAPPORT DU CORONER.....	16
ENQUÊTES PUBLIQUES	17
ANNEXE « A » (Résumé de rapports des coroners contenant des recommandations).....	18
Cas N° 1	19
Cas N° 2..	21
Cas N° 3..	22
Cas N° 4..	23
<i>Loi sur les coroners - Signalement des décès</i>	<i>25</i>

HISTORIQUE DU SERVICE DU CORONER

Le bureau du coroner est l'une des plus vieilles institutions provenant 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 XIIe 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 XIXe 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 37 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. Mme 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.

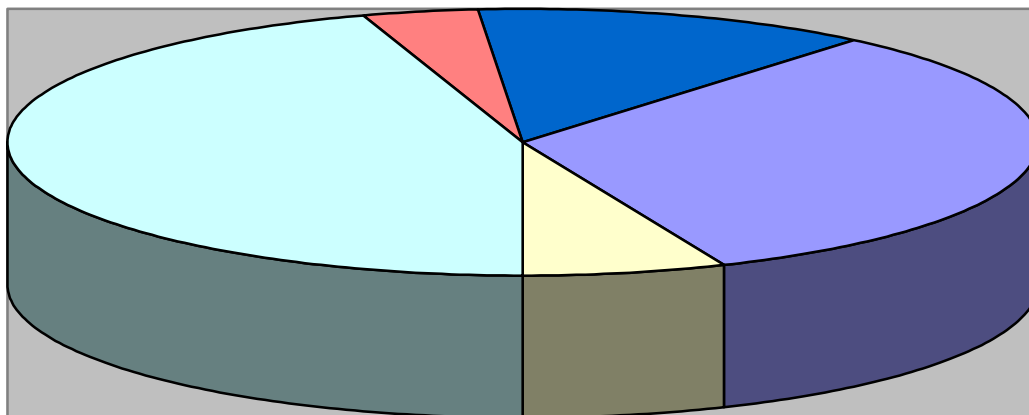
Les coroners ont instruction de faire tous les efforts possibles pour classer les décès dans une des premières catégories avant d'opter pour « indéterminé ».

(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 DES DÉCÈS	Nombre	Pourcentage %	Taux par 100 000
Accidentel	25	35,72	0,60
Homicide	0	0	0
Suicide	5	7,14	0,12
Naturel (comprend les cas ne relevant pas du coroner)	37	52,86	0,89
Indéterminé	2	2,86	0,05
Non classé	1	1,42	0 **
TOTAUX	70	100	1,66

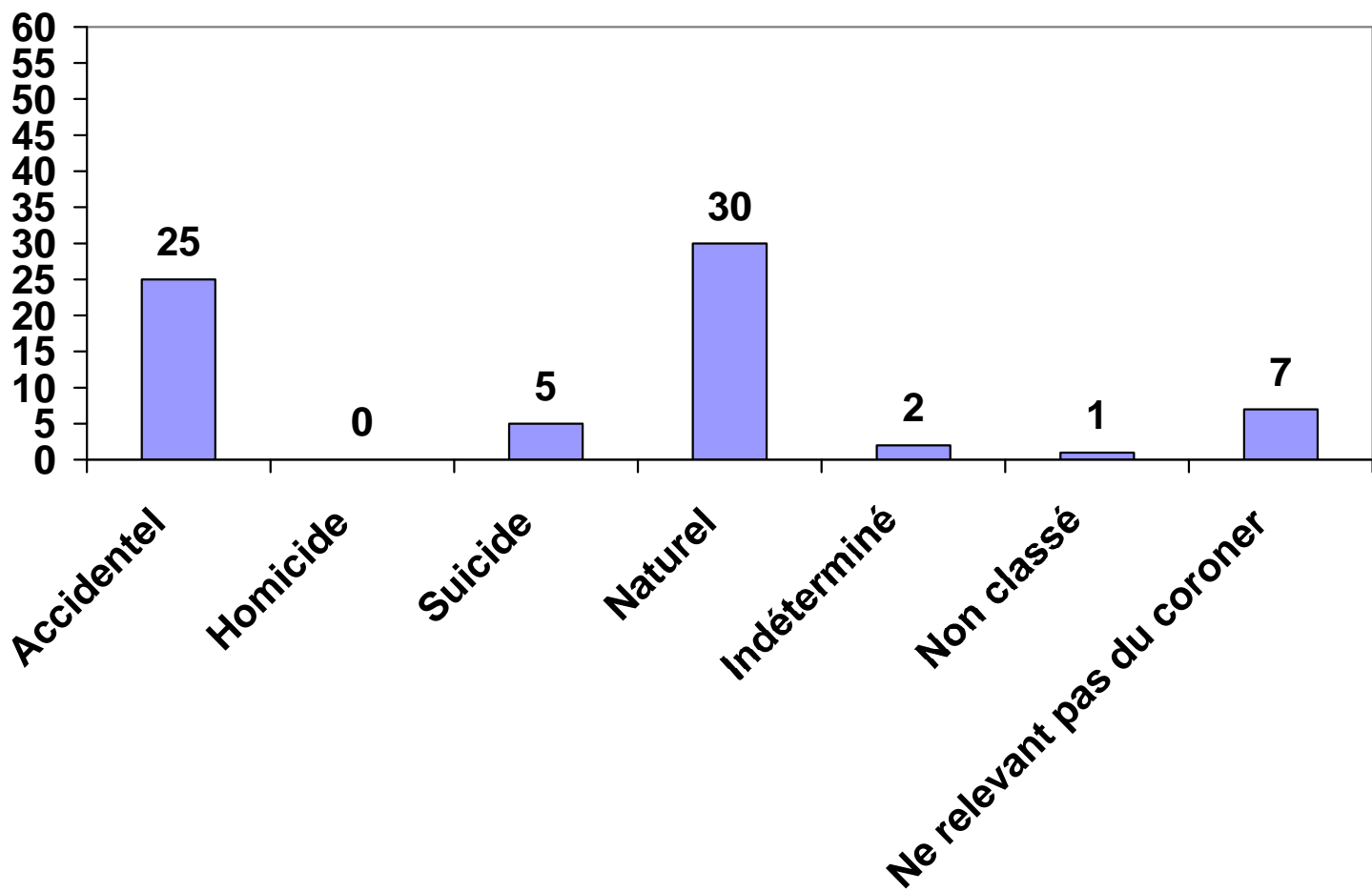


■ Accidentel 25	■ Homicide 0
■ Suicide 5	■ Naturel 30
■ Indéterminé 2	■ Non classé 1
■ *Ne relevant pas du coroner 7 ⁴	

***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*. Par conséquent, ils doivent être « Naturel ».**

****Les cas non classés ne figurent pas dans la partie « Taux par 100 000 », car ils ne sont pas de nature humaine. Ils représentent toutefois 1,42 % des cas où une investigation a été effectuée.**

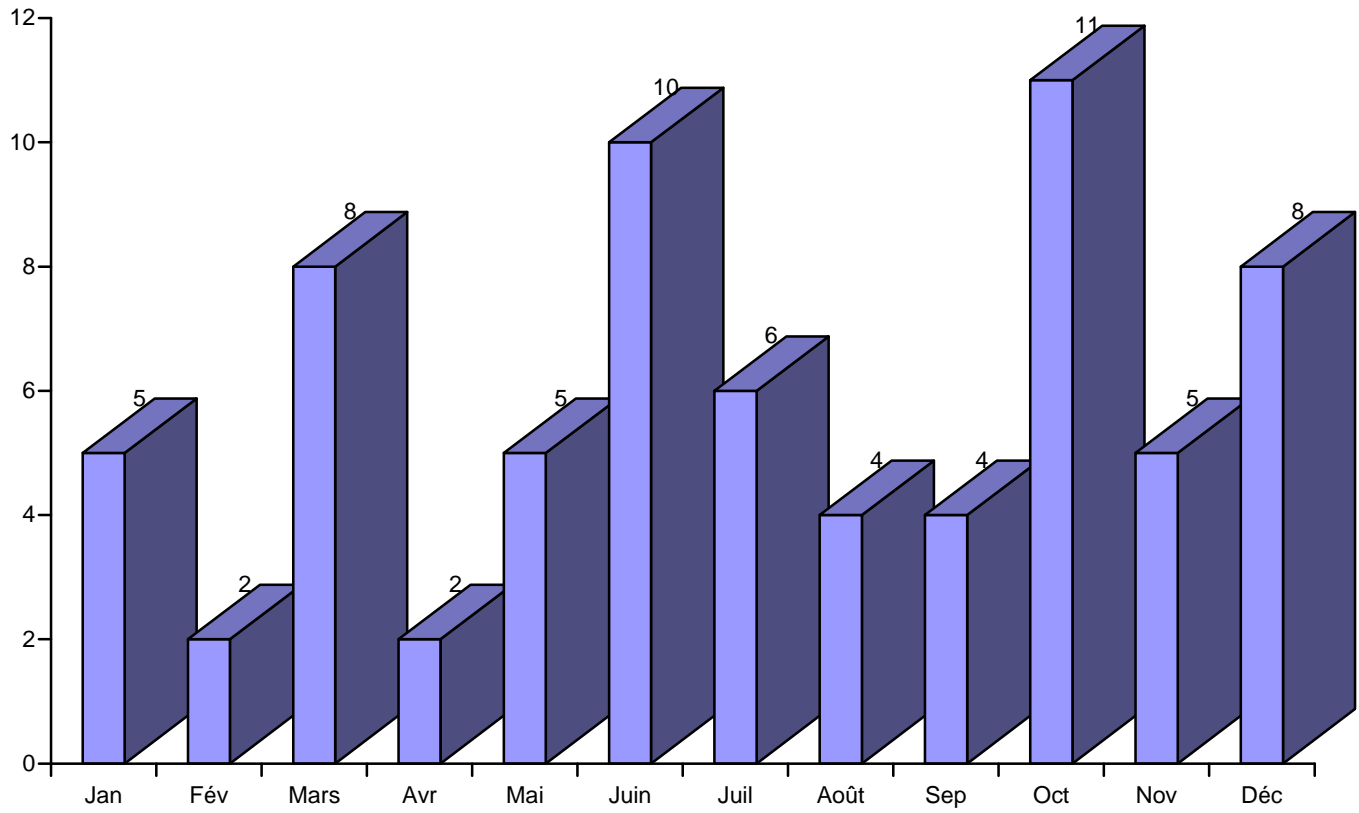
NOMBRE DE CAS PAR CIRCONSTANCES DU DÉCÈS



NOMBRE DE CAS PAR CIRCONSTANCE/COMMUNAUTÉ

Communauté	Accidentel	Homicide	Suicide	Naturel	Indéterminé	Non classé	Ne relevant pas du coroners	Total
Mines Diavik				1				1
Deline				1				1
Fort McPherson			1	3				4
Fort Providence	1							1
Fort Simpson	4			2			1	7
Fort Smith	3		1					4
Fort Resolution				2				2
Hay River	2			3				5
Inuvik	5			3				8
Enterprise	2							2
Rae-Edzo			1	1			2	4
Tuktoyaktuk				3	1		1	5
Ulukhaktok			1		1		1	3
Paulatuk	1							1
Fort Good Hope								
Tulita			1					1
Yellowknife				1			1	2
TOTAUX	7			10		1	1	19
	25	0	5	30	2	1	7	70

NOMBRE DE CAS PAR MOIS



NOMBRE DE CAS PAR MOIS

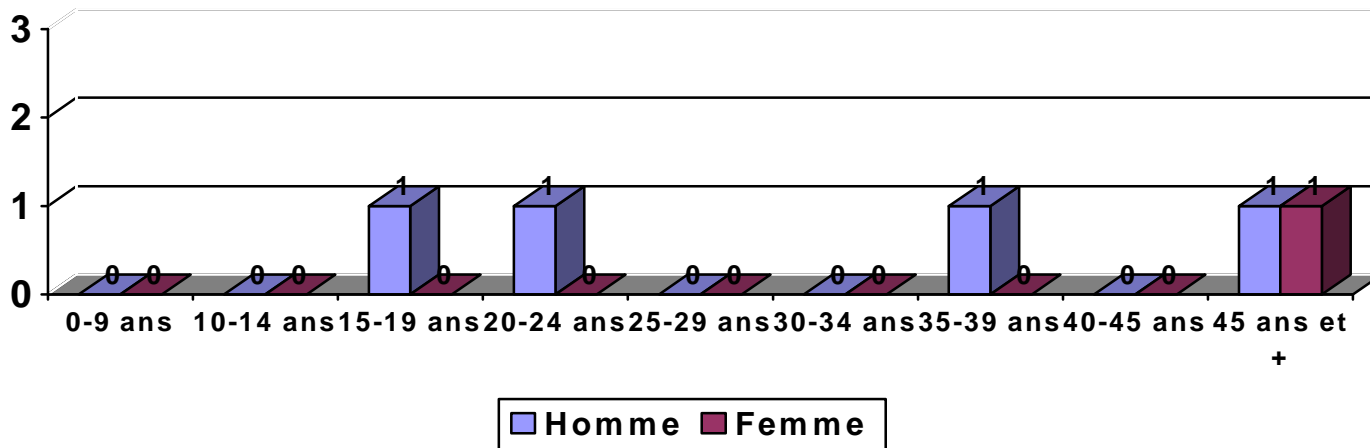
Mois	Accidentel	Homicide	Suicide	Naturel	Indéterminé	Non classé	Ne relevant pas du coroner	TOTAUX
Janvier	1		1	2			1	5
Février				2				2
Mars	3			4			1	8
Avril				1			1	2
Mai	4			1				5
Juin	3		1	4	1	1		10
Juillet	3			1			2	6
Août				3	1			4
Septembre	2		1	1				4
Octobre	6		1	3			1	11
Novembre	0		1	4				5
Décembre	3			4			1	8
TOTAUX	25	0	5	30	2	1	7	70

SUICIDES PAR GENRE/ÂGE

Groupe d'âge	Homme	Femme	Total
0-9 ans			
10-14 ans			
15-19 ans	1		1
20-24 ans	1		1
25-29 ans			
30-34 ans			
35-39 ans	1		1
40-44 ans			
45 + ans	1	1	2
TOTAUX	4	1	5

Parmi les cinq suicides en 2005, quatre ont été commis par des hommes, (80 %) et deux par des personnes âgées de 45 ans et plus.

Le taux de suicide est resté passablement le même au cours des quatre ou cinq dernières années. Il s'agit de la première importante baisse depuis plusieurs années; elle correspond aux taux que l'on a connus au milieu des années 90 (10 décès en 2004, 12 en 2003, 9 en 2002, 10 en 2001 et en 2000, 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	Fort Smith	Homme	58	pendaison	non
Juin	Rae-Edzo	Femme	45	arme à feu	non
Septembre	Ulukhaktok	Homme	36	arme à feu	non
Octobre	Fort McPherson	Homme	20	pendaison	oui
Novembre	Fort Good Hope	Homme	18	pendaison	non

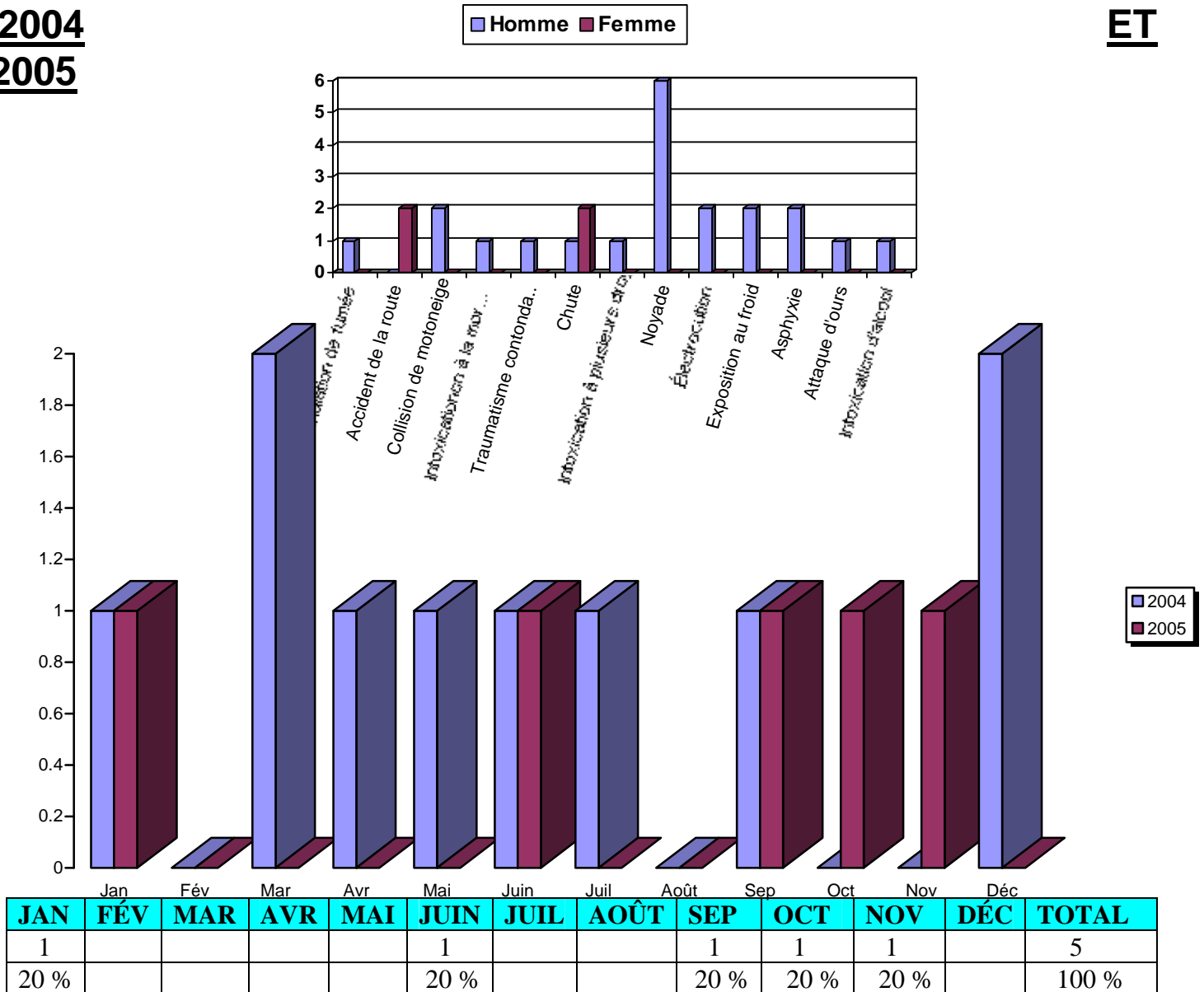
La pendaison a été la principale méthode de suicide (3 sur 5 = 60 %). La majorité des suicides ont été commis par des hommes (dans une proportion de 4-1). L'alcool a été un facteur dans seulement un cas de suicide en 2005.

SUICIDES PAR MOIS -

COMPARAISON ENTRE

2004
2005

ET



DÉCÈS ACCIDENTELS PAR CAUSE/GENRE

Cause du décès	Homme	Femme	Total	Lié à l'alcool
Inhalation de fumée	1		1	1
Accident de la route		2	2	
Collision de motoneige	2		2	2
Intoxication de morphine/d'alcool	1		1	1
Traumatisme contondant à la tête	1		1	
Chute	1	2	3	
Intoxication de plusieurs drogues	1		1	
Noyade	6		6	3
Électrocution	2		2	1
Exposition au froid	2		2	1
Asphyxie	2		2	
Attaque d'ours	1		1	
Intoxication d'alcool	1		1	1
TOTAUX	21	4	25	10

En 2005, les décès par accident ont représenté environ 35,8 % de tous les décès rapportés au Service du coroner. La majorité des personnes décédées (21 sur 25, ou 84 %) étaient des hommes.

Parmi les 25 cas rapportés, l'alcool a été un facteur dans 10 d'entre eux, ou dans 40 % des cas.

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 a rapporté deux décès par SMSN en 2005. Les deux décès sont survenus au mois d'octobre et les victimes étaient des bébés âgés d'environ 4 mois.

CAS DE MORT NATURELLE ET NE RELEVANT PAS DU CORONER

Naturel	Ne relevant pas du coroner	Coroner
30	7	37

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

JAN	FÉV	MAR	AVR	MAI	JUIN	JUIL	AOÛT	SEP	OCT	NOV	DÉC	TOTAL
3	2	4	1	2	6	2	2	1	5	1	3	32

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 32 autopsies en 2005.

NOMINATIONS AU BUREAU DU CORONER

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 37 coroners aux Territoires du Nord-Ouest; 16 sont des Autochtones. Les coroners se répartissent ainsi : 25 hommes (10 Autochtones) et 12 femmes (6 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, Roderick O'Brien

Deline - Elizabeth Takazo

Fort Good Hope - Tommy Kakfwi, Ester Charney

Tulita - Edward McPherson Jr.

Aklavik – Arnie Steinwand

Inuvik - Maureen Gowans, Gerry Kisoun, Brian Fraser MacDonald

Norman Wells - Dudley Johnson, Valerie McGregor

Tuktoyaktuk - Anita Pokiak, Barney Masazumi

Lutselk'e – Alfred Lockhart

Wha ti - Carolyn Coey-Simpson

Tsiigehtchic – James Andrew Cardinal

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

Sachs Harbour - John Keogak

Fort McPherson - Kendra Francis, Jamie Lee Carpenter, Winnie Greenland

Colville Lake - Wilbert Kochon

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

(fait en 2005)

En avril 2004, une femme de 32 ans 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.

Il semble que la défunte ait utilisé la courroie d'un sac fourre-tout pour faire un nœud coulant et attacher l'autre bout à une tringle de rideau de douche. Les marques dans le cou de la femme correspondaient à la courroie retrouvée sur les lieux.

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 dès le lendemain.

Des arrangements ont été faits pour qu'elle participe à un programme de traitement 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 2004, après avoir rempli toutes les conditions.

Un conseiller en toxicomanie et alcoolisme de l'endroit 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. Ses problèmes de toxicomanie étaient fort préoccupants dans sa vie.

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 métoclopramide. 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 appuie toutes les recommandations et demande avec insistance aux parties concernées de considérer sérieusement leur mise en application.

De plus, le Bureau du coroner en chef fait les recommandations suivantes aux administrations ou ministères suivants :

- ① **Administration des services de santé et des services sociaux de Fort Smith** : Effectuer une vérification de l'établissement pour identifier les risques potentiels qui pourraient favoriser un suicide (p. ex., éliminer ou adapter les « points » de pendaison, l'accès du personnel aux salles de bains « fermées à clé », etc.) et élaborer un plan pour éliminer ces risques potentiels. (*Justification : Les points de pendaison spécifiques, tels les tringles de rideau de douche doivent être remplacées par des tringles qui peuvent plier, briser ou bouger lorsqu'on y exerce une certaine pression. Le fait d'identifier et d'adapter des dangers semblables aidera à réduire les tentatives de suicide*).
- ② **Ministère de la Santé et des Services sociaux** : Élaborer et distribuer des avertissements et tous les protocoles ou meilleures pratiques appropriées pour attirer l'attention sur le danger potentiel de prescrire la métoclopramide (Maxeron, Reglan, etc.) à des patients souffrant de dépression mentale, tendances ou idées suicidaires. (*Justification : Étant donné que les patients en désintoxication aux TNO sont traités dans des hôpitaux, il serait sage d'informer le personnel des réactions qu'ils pourraient avoir suite à l'administration de médicaments*).
- ③ **Ministère de la Santé et des Services sociaux** : Élaborer et mettre 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. (*Les centres de traitement de la toxicomanie référés par le GTNO exigent que les clients soient abstinents avant d'y entrer. Les hôpitaux aux TNO n'ont pas le personnel ou l'équipement pour fournir les soins de désintoxication nécessaires dans bien des cas pour le Nord*).

L'élaboration d'un protocole et d'un établissement spécialement conçu pour répondre aux besoins des gens du Nord est primordiale pour arrêter la croissance alarmante de l'alcoolisme et de la toxicomanie aux Territoires du Nord-Ouest).

Cas n° 2

En octobre 2004, une femme de 56 ans souffrant de cancer du poumon a été trouvée inanimée sur le divan par son conjoint, à leur domicile. La femme fut transportée au centre de soins de santé. Les techniques de réanimation cardiorespiratoire (RCR) ont commencé dès son arrivée et ont continué jusqu'à ce que la femme soit déclarée morte peu de temps après.

Le coroner s'est aussi rendu à son domicile et a saisi un certain nombre de médicaments. Il n'y avait pas de signes de lutte et aucune indication d'acte suspect.

L'investigation a révélé que la défunte était retournée dans sa communauté quelques jours avant son décès. Elle avait récemment été diagnostiquée avec un cancer du poumon et avait subi des traitements de chimiothérapie à Edmonton.

En revenant de son travail, son conjoint avait remarqué qu'elle avait une respiration laborieuse. Il a déclaré avoir vu de la mousse et des fluides s'échapper de la bouche et du nez de son épouse.

Avec l'aide de voisins, la femme fut transportée au centre de soins de santé local ou des efforts de réanimation ont été déployés jusqu'à ce qu'un médecin d'Inuvik constate le décès à 12 h 30.

Bien qu'au départ on ait cru que le décès pouvait avoir été causé par le cancer, un appel à son médecin d'Edmonton a révélé que le cancer semblait être localisé et que la femme devait retourner pour d'autres traitements quelques semaines plus tard. Le décès restait soudain et inattendu.

On a demandé qu'une autopsie soit effectuée à Edmonton et le corps de la défunte a été préparé et transporté en Alberta pour la procédure.

Lors de l'autopsie, on a observé une tumeur située au poumon droit mais il n'y avait pas d'évidence de dissémination au-delà du site localisé. Il y avait de fines plaques d'athérosclérose dispersées dans les artères coronaires provoquant un rétrécissement d'au plus 50 % dans certaines zones. Il n'y avait pas de blessure ou d'autre processus morbide naturel présent qui aurait causé ou contribué au décès. Il n'y avait pas d'évidence de médicament non digéré dans le contenu de l'estomac.

Les analyses toxicologiques ont révélé un niveau léthal (1,08 mg/l) du narcotique analgésique Oxycodone (c.-à-d. Percocet®, Percodan®, Oxycontin®, etc.) dans le sang. La présence d'un niveau thérapeutique (1,12 mg/l) de Trazodone (un antidépresseur) a aussi été détectée.

Les échantillons ont aussi révélé la présence d'autres médicaments (c.-à-d. acétaminophène, ibuprophène, etc.).

Le coroner a conclu que la femme est décédée à la suite d'une dose mortelle d'oxycodone et a classé la mort comme étant accidentelle.

Il est important de noter qu'il s'agissait du 4^e décès lié à une overdose d'oxycodone ces dernières années. Comme le reste du Canada, le Nord subit une hausse sérieuse des décès liés à l'oxycodone. Afin de régler ce problème, le Bureau du coroner en chef a fait trois recommandations au ministère de la Santé et des Services sociaux relativement à la distribution et l'usage d'oxycodone aux TNO.

Cas n° 3

En février 2005, une femme de 68 ans dont le dossier médical fait mention de diabète de type II, d'une récente chirurgie de remplacement du genou, d'un AVC du côté droit en 2000, de TB, d'hypertension, de MPOC et d'un certain nombre d'autres malaises, a été trouvée morte dans sa résidence, par des membres de sa famille, vers 5 h 30 soit quelques heures après avoir été traitée et avoir reçu son congé du centre de soins de santé local.

Selon les notes au dossier médical, la famille a averti l'infirmière de garde très tôt le matin, toutefois aucune action n'a été entreprise avant qu'une deuxième infirmière soit informée du décès, environ une heure plus tard. Le Bureau du coroner et la GRC ont alors été avisés du décès.

L'investigation a révélé que la défunte avait été amenée au centre de soins de santé la nuit précédant son décès, car elle se plaignait de douleurs abdominales, nausées et vomissements. On lui a donné des Gravalol® et des Tylenol® 3. Elle y est retournée peu après, affaiblie et présentant les mêmes symptômes. Le dossier médical indique qu'on lui a donné 50 mg de Demerol® (c.-à-d. mépéridine) et 50 mg de Gravalol® (c.-à-d. diphenhydramine) ainsi que 5 mg de morphine.

Les notes au dossier médical indiquent que la femme se sentait mieux et qu'elle a demandé à retourner chez elle pour se reposer. La famille se rappelle qu'on lui a dit d'aller se reposer chez elle. Quoi qu'il en soit, la femme a été transportée sur une planche dorsale à son domicile et installée dans son lit. Elle a été trouvée morte quelques heures plus tard.

On a ordonné de pratiquer une autopsie à Edmonton et le corps de la défunte a été préparé et transporté en Alberta pour cette procédure.

L'autopsie a révélé un rétrécissement important des vaisseaux sanguins qui alimentent le cœur (c.-à-d. coronaropathie athéroscléreuse). Les blocages atteignaient jusqu'à 90 % à certains endroits. Il y avait évidence d'œdème pulmonaire et de congestion. Il y avait aussi évidence de formation d'athérosclérose dans l'aorte. Il n'y avait pas de traumatisme qui aurait pu causer ou contribuer au décès.

Les analyses toxicologiques n'ont détecté aucun alcool. Les échantillons ont révélé des niveaux thérapeutiques de codéine (à savoir un narcotique analgésique), mépéridine (un analgésique) et normépéridine (un produit de la dégradation de la mépéridine).

On n'a pas décelé de morphine, mais il y avait un taux très élevé de diphenhydramine (à savoir un médicament contenu dans les Gravalol® et autres « médicaments en vente libre ») dans le sang. Ce taux n'a pas été jugé suffisant pour causer le décès, mais il aurait pu provoquer certains effets toxiques. Étant donné que les dossiers médicaux indiquent qu'on a administré que des niveaux thérapeutiques à la défunte, on ignore comment et où elle a obtenu et consommé ces quantités additionnelles de médicaments. On ignore également pourquoi la

femme n'a pas reçu la morphine comme il est indiqué dans le dossier médical.

Dans le présent cas, bien qu'on ne puisse établir un lien direct avec la cause du décès ou la façon dont la personne est décédée, on s'interroge sur le niveau de traitement reçu par cette femme dans ses dernières heures et la famille a soulevé plusieurs questions auprès de l'Administration de la santé. De plus, la morphine « manquante » dans ce cas et des préoccupations soulevées par d'autres rapports de médicaments « manquants » ont conduit à des investigations par d'autres organismes.

Une réunion a été organisée avec la famille de la défunte, le coroner en chef et plusieurs professionnels de la santé pour faire un bref compte rendu des points à améliorer dans le système de soins de santé et élaborer des directives à mettre en place pour s'assurer que les circonstances entourant le décès de cette femme ne se répéteront pas. Plusieurs recommandations clés ont été déposées.

Cas n° 4

En décembre 2005, un homme de 27 ans et un autre homme de 32 ans conduisaient des motoneiges qui se sont tamponnées de plein fouet alors qu'elles roulaient sur un lac gelé. Les autres motoneigistes qui voyageaient avec eux se sont immédiatement rendus sur les lieux de l'accident et n'ont pu percevoir aucun pouls ni signe de respiration chez l'une et l'autre des victimes. La GRC, les techniciens d'urgence médicale et le coroner ont été informés et des représentants de ces organismes se sont rendus sur les lieux.

Les policiers qui sont arrivés sur place ont noté des débris répandus sur une grande surface et deux hommes morts gisant dans la neige. Des photos ont été prises de la scène de l'accident et la police a recueilli les dépositions des témoins. Les deux machines ont subi de très importants dommages, compatibles avec une collision frontale à très haute vitesse.

Les corps des deux hommes ont été préparés et transportés à la morgue de l'hôpital Stanton Territorial à Yellowknife, où d'autres photos et examens ont été réalisés.

Les deux motoneiges ont été saisies ainsi que les casques, débris et autres articles. Les machines subiront une inspection mécanique pour déterminer leur état et capacité d'opération.

À cause des conditions de neige profonde sur la surface du lac et de la circulation des véhicules, très peu de traces des motoneiges ou de marques de dérapage/freinage étaient discernables ou avaient été conservées pour servir de preuves. C'est pourquoi on n'a pas fait venir sur les lieux un analyste des collisions de la route. Toutefois, un analyste serait utilisé plus tard pour aider à déterminer l'état de fonctionnement des freins et des lampes des deux machines.

L'investigation a révélé que les deux hommes faisaient partie d'un plus grand groupe qui avait passé toute la soirée et la nuit à boire et faire de la motoneige. Les conditions au moment de l'incident étaient les suivantes : un ciel extrêmement noir en raison du couvert nuageux et de la brume avec une température de - 4 à -9 degrés Celsius.

Vers 4 heures, le groupe s'est arrêté pour quelques moments. Deux des motoneigistes ont décidé de faire une course sur le lac. Rendus à la rive du lac, les deux hommes ont échangé leurs machines et sont repartis en direction opposée. Ils portaient leurs casques à ce moment-là.

La motoneige qui était en tête a heurté de plein fouet une autre machine venant de la direction opposée. Il semblerait que le conducteur de la deuxième machine impliquée dans la collision portait aussi un casque au moment de l'incident.

Au début, il y a eu une certaine confusion à propos de savoir si les deux machines étaient en mouvement au moment de la collision. On a cru que peut-être l'un des motoneigistes s'était arrêté sur le lac et avait coupé le moteur, éteignant de la sorte ses phares. Toutefois, une inspection mécanique des unités et le rapport de l'analyste des collisions de la route indiquent que les feux arrière et les feux de freinage de la motoneige étaient allumés et fonctionnels au moment de la collision.

La question de savoir si la machine était en mouvement est plus difficile à déterminer. Des tests mécaniques sur une des machines indiquent que le compteur de vitesse s'est bloqué à 68 miles à l'heure à la suite de l'impact. L'analyse de la courroie d'entraînement et du tambour d'embrayage a déterminé que le papillon des gaz était engagé.

Il n'a pas pu être démontré avec certitude si oui ou non l'autre machine était en mouvement au moment de l'impact. En conclusion finale, les deux machines étaient en bon état de fonctionnement, les deux machines roulaient au moment de la collision et les deux conducteurs portaient leur casque.

En raison de la gravité des blessures à la tête, aucune autopsie n'a été ordonnée. L'examen toxicologique et les déclarations des témoins ont révélé que les deux personnes décédées avaient consommé de l'alcool au-delà de la limite permise par la loi pour opérer un véhicule motorisé.

On n'a rapporté chez aucun des conducteurs une condition médicale naturelle diagnostiquée ou spécifique qui pourrait avoir provoqué l'accident ou y avoir contribué.

Le coroner a déterminé que les deux conducteurs sont morts à la suite d'un traumatisme crânien contondant subi lors de la collision. L'intoxication alcoolémique aiguë est considérée comme un important facteur contributif au décès. Le coroner a statué que les décès étaient accidentels.

Ce tragique incident est le plus récent d'une longue série de décès liés à la motoneige, survenus aux TNO. C'est un problème propre au Nord que les motoneiges continuent d'être perçues différemment des autres véhicules motorisés.

Boire et conduire une motoneige, voire faire des courses, semble être plus acceptable socialement que le fait de boire et conduire une automobile. Le Bureau du coroner soutient qu'une partie de cette perception est due à l'absence d'une législation exhaustive sur les motoneiges dans le Nord.

Le Bureau du coroner a renouvelé sa recommandation que le ministère des Transports du GTNO rédige et mette en application sur l'ensemble des TNO une législation exhaustive et efficace sur les motoneiges.

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 :h
- (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 de 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.