



OFFICE OF THE CHIEF CORONER

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

RAPPORT ANNUEL 2014

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	3
Histoire du Service du coroner	4
Formation	5
Circonstances des décès	5
<i>Loi sur les coroners</i> – Déclaration des décès	6
Régions des TNO	7
Statistiques 2014	8
Nombre de décès par circonstance et par région	9
Nombre de décès par circonstance et par mois	10
Suicide	11
Accidentel	13
Homicide	14
Nominations au Bureau du coroner	15
Conclusions des enquêtes du coroner	15
Rapport du coroner	15
Enquêtes publiques	16
Annexe A : Résumé des rapports de coroner contenant des recommandations	
Cas n° 1	18
Cas n° 2	21
Cas n° 3	23
Cas n° 4	26
Annexe B : Résumé des enquêtes publiques	27
Remerciements	28

If you would like this information in another official language, contact 867-920-8790

Si vous voulez ces renseignements dans une autre langue officielle, contactez-nous au 867-920-8790

INTRODUCTION

Le Service du coroner, à des fins organisationnelles et administratives, relève du ministère de la Justice des Territoires du Nord-Ouest. Ses activités sont menées en vertu de la *Loi sur les coroners*, qui a été adoptée en 1985 et a connu des modifications depuis. Le Bureau du coroner en chef est situé à Yellowknife et supervise toutes les enquêtes sur les décès. On compte actuellement aux Territoires du Nord-Ouest 36 coroners, qui desservent les collectivités 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 enquêtes 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 soutenu par la Gendarmerie royale, le Bureau du commissaire aux incendies, la Commission de la sécurité au travail et de l'indemnisation des travailleurs, le Bureau de la sécurité des transports et divers autres organismes qui travaillent en collaboration étroite avec le Bureau du coroner en chef.

La coroner en chef actuelle est Cathy L. Ménard. M^{me} Ménard fait partie du Service du coroner depuis 1996 et travaille pour le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest depuis 31 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, où la procédure est effectuée par le Bureau du médecin légiste en chef. Après l'autopsie, 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 au Service du coroner par DynaLIFE_{DX}, une entreprise de services d'analyses diagnostiques située à Edmonton, et par le Bureau du médecin légiste en chef de l'Alberta.

HISTOIRE 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 l'an 925, faisant référence au rôle du « coroner » en Angleterre. Toutefois, on place l'évolution historique du rôle de coroner à l'époque de la conquête de l'Angleterre par la Normandie, période où le coroner occupait une place importante dans l'administration de la justice.

Les historiens admettent généralement que ce rôle n'a pas été institué 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 détaillées à traiter des coroners. Le rôle de coroner 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.

L'une des plus anciennes fonctions du coroner consistait à enquêter sur les décès soudains et imprévus. Le coroner assumait la responsabilité d'établir les faits entourant le décès, une tâche qui constitue encore la base de l'ensemble de ses fonctions de nos jours.

Les tâches du coroner ont été modifiées au fil des siècles, mais 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. Celle-ci demeure aujourd'hui un élément important du Service du coroner.

Deux systèmes mènent les enquêtes sur les 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 les éléments médicaux et administratifs. Le coroner et le médecin légiste recherchent tous deux des preuves de nature médicale ou autre, dans le but de déterminer la cause et les circonstances d'un décès. Le coroner reçoit des renseignements de diverses sources. Il examine l'ensemble des renseignements recueillis pendant l'enquête, trie les faits et rend une décision quasi judiciaire à propos du décès d'une personne. Le coroner peut aussi faire des recommandations en vue de prévenir des morts semblables.

Aux Territoires du Nord-Ouest, le Service du coroner adopte une approche multidisciplinaire d'enquête sous l'égide des coroners non juristes nommés par le ministère de la Justice. Au besoin, les coroners des Territoires du Nord-Ouest sont soutenus par la Gendarmerie royale du Canada, divers professionnels et d'autres experts, au besoin.

FORMATION

Le symposium des coroners des TNO a lieu tous les ans pour communiquer les principes d'enquête sur les décès soudains et fournir une formation continue aux coroners, aux travailleurs de la santé, aux policiers et aux autres professionnels qui contribuent aux enquêtes sur les décès soudains et imprévus aux TNO.

CIRCONSTANCES DES DÉCÈS

Le coroner ou le verdict d'un jury détermine les circonstances de chaque décès. Tous les décès pour lesquels le Service du coroner a effectué une enquête sont classés selon l'une des cinq catégories suivantes : décès naturel, décès accidentel, suicide, homicide ou décès de cause indéterminée.

DÉCÈS NATUREL : tout décès découlant du cours normal ou prévu des choses, qui survient en accord avec les antécédents médicaux connus de la personne décédée et qui n'est pas causé par un facteur externe, humain ou autre.

DÉCÈS ACCIDENTEL : tout décès découlant 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 : tout décès découlant de traumatismes infligés directement ou indirectement par une autre personne. (Le mot « homicide » est un terme neutre qui ne suppose pas de faute ou de blâme.)

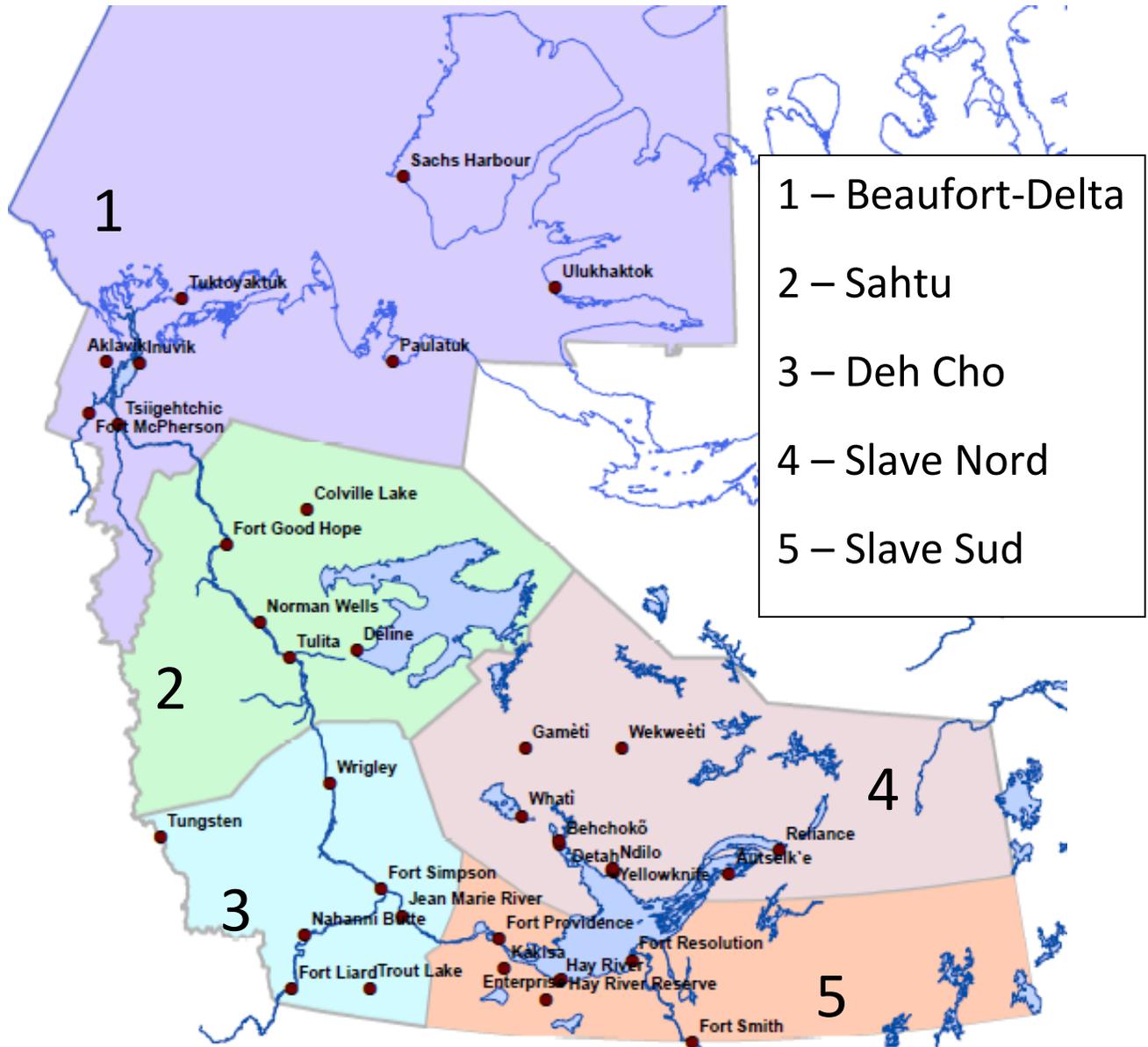
CAUSE INDÉTERMINÉE : tout décès qui ne peut être classé dans l'une ou l'autre des catégories précédentes.

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

LOI SUR LES CORONERS – DÉCLARATION DES DÉCÈS

8. (1) *Toute personne doit signaler immédiatement à un coroner ou à un policier un décès dont elle a connaissance et qui se produit dans les Territoires du Nord-Ouest ou par suite d'événements qui se produisent dans les Territoires du Nord-Ouest lorsque le décès survient :*
- Obligation de signaler*
- 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.
- (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.*
- Exception*
- (3) *Le policier qui a connaissance d'un décès à déclaration obligatoire en avise immédiatement le coroner.*
- Devoir du policier*
- (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. L.T.N.-O. 2010, ch. 16, ann. A, art. 9(3).*
- Arrangements spéciaux*

RÉGIONS DES TNO

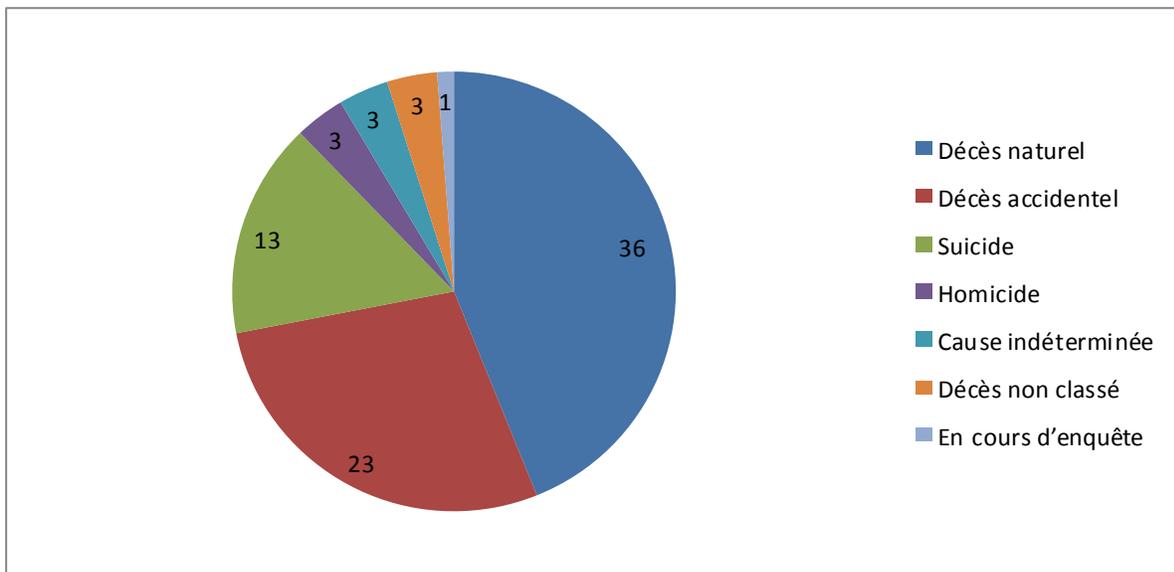


Source : http://www.enr.gov.nt.ca/live/documents/content/Administrative_regions.pdf

STATISTIQUES 2014

TOTAL DES CAS

Total des cas			
Circonstances des décès	Nombre*	% des cas	% de la population**
Décès naturel	36	43.90%	0.0826%
Décès accidentel	23	28.05%	0.0528%
Suicide	13	15.85%	0.0298%
Homicide	3	3.66%	0.0069%
Cause indéterminée	3	3.66%	0.0069%
Décès non classé	3	3.66%	Sans objet
En cours d'enquête	1	1.22%	0.0023%
Total	82	100%	0.1881%



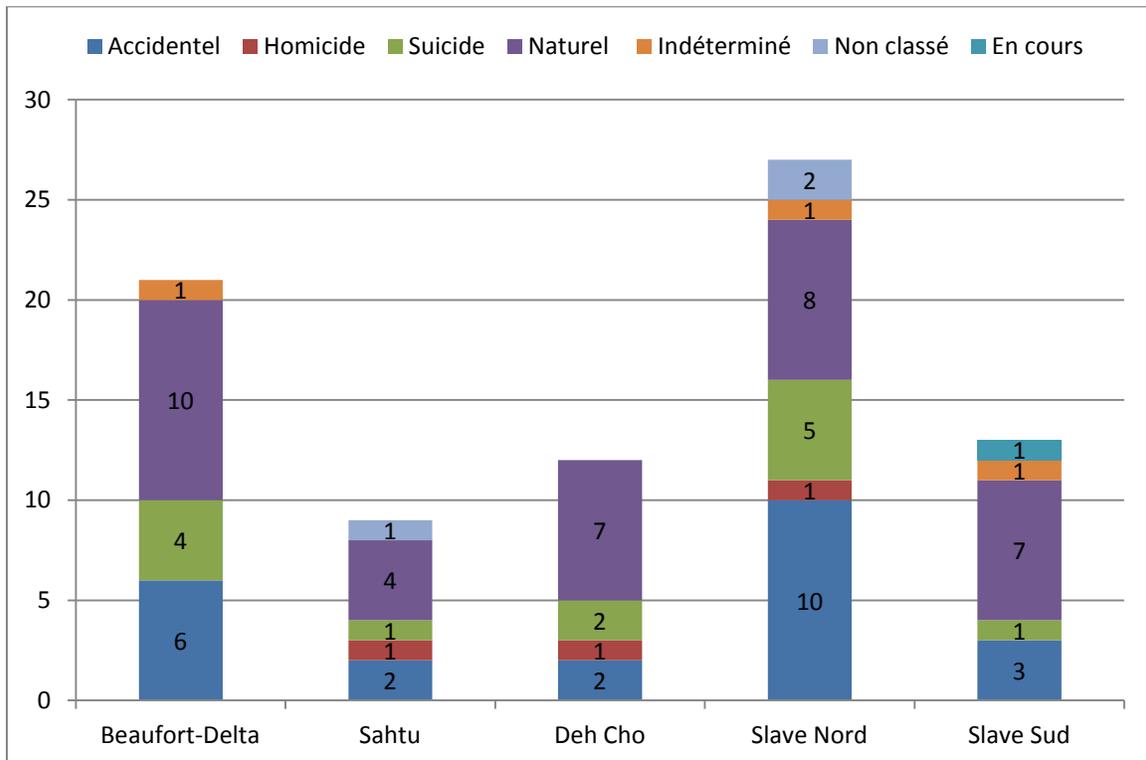
Les cas non classés ne figurent pas dans la colonne « % de la population », car il a été déterminé qu'ils n'étaient pas de nature humaine. En 2014, trois cas ont été placés dans la catégorie des décès non classés.

* Au moment de la publication du présent rapport, un cas était toujours le sujet d'une enquête.

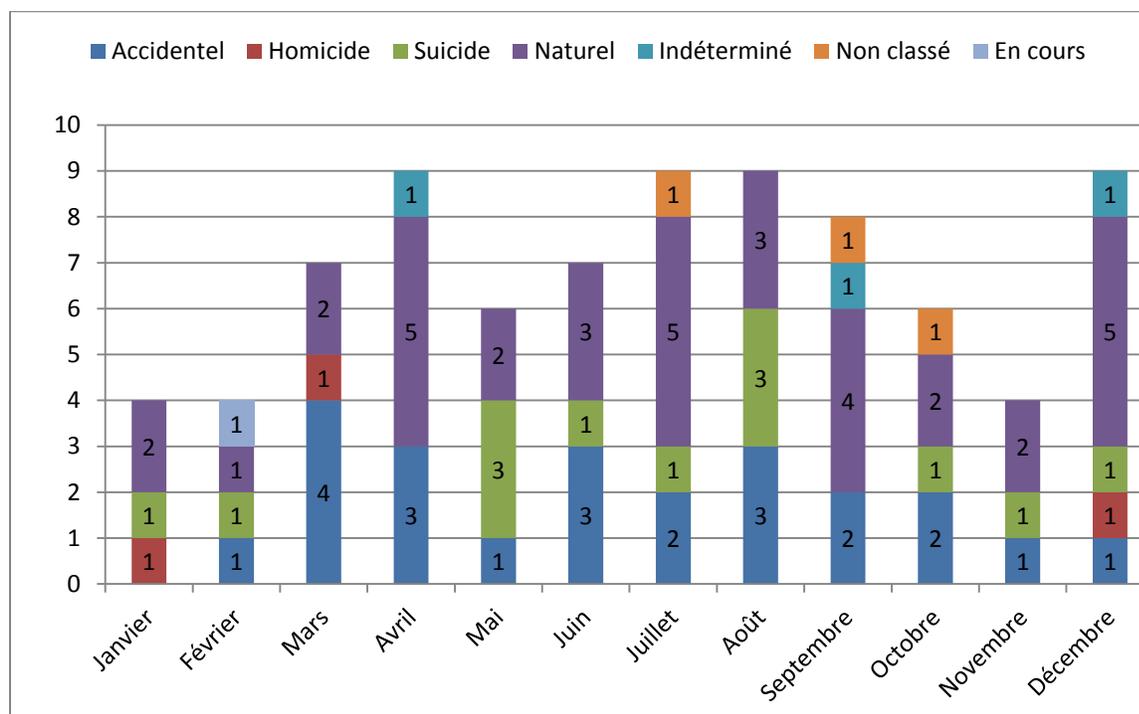
** Selon l'estimation annuelle de la population des TNO, qui se chiffre à 43 595 habitants. Source consultée le 26 mars 2015 : <http://www.statsnwt.ca/population/population-estimates/PopEstJan2015.pdf>.

NOMBRE DE CAS PAR CIRCONSTANCE ET PAR RÉGION

Région	Décès accidentel	Homicide	Suicide	Décès naturel	Cause indéterminée	Décès non classé	En cours d'enquête	Total
Beaufort-Delta	6		4	10	1			21
Sahtu	2	1	1	4		1		9
Deh Cho	2	1	2	7				12
Slave Nord	10	1	5	8	1	2		27
Slave Sud	3		1	7	1		1	13
Total	23	3	13	36	3	3	1	82



NOMBRE DE CAS PAR CIRCONSTANCE ET PAR MOIS

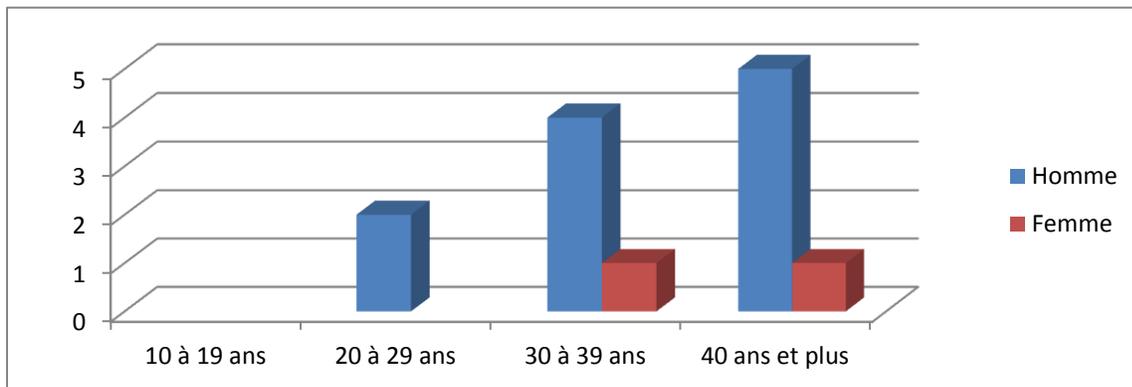


Mois	Décès accidentel	Homicide	Suicide	Décès naturel	Cause indéterminée	Décès non classé	En cours d'enquête	Total
Janvier		1	1	2				4
Février	1		1	1			1	4
Mars	4	1		2				7
Avril	3			5	1			9
Mai	1		3	2				6
Juin	3		1	3				7
Juillet	2		1	5		1		9
Août	3		3	3				9
Septembre	2			4	1	1		8
Octobre	2		1	2		1		6
Novembre	1		1	2				4
Décembre	1	1	1	5	1			9
Total	23	3	13	36	3	3	1	82

SUICIDE

PAR SEXE ET PAR ÂGE

Groupe d'âge	Homme	Femme	Total
10 à 19 ans			
20 à 29 ans	2		2
30 à 39 ans	4	1	5
40 ans et plus	5	1	6
Total	11	2	13



En 2014, treize suicides ont été enregistrés : onze hommes et deux femmes. La plupart des suicides concernent des hommes âgés de trente ans et plus.

Suicide

MÉTHODE, ET CONSOMMATION DE DROGUE ET D'ALCOOL

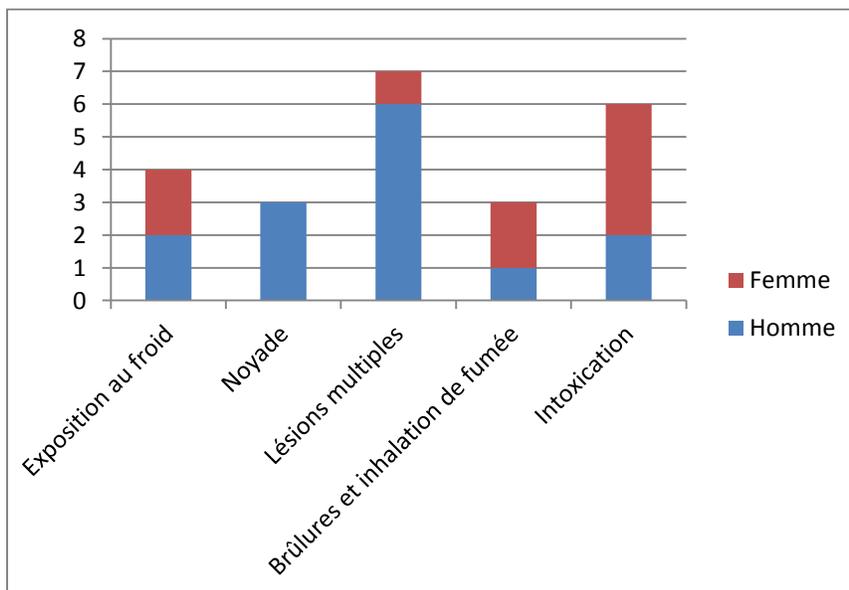
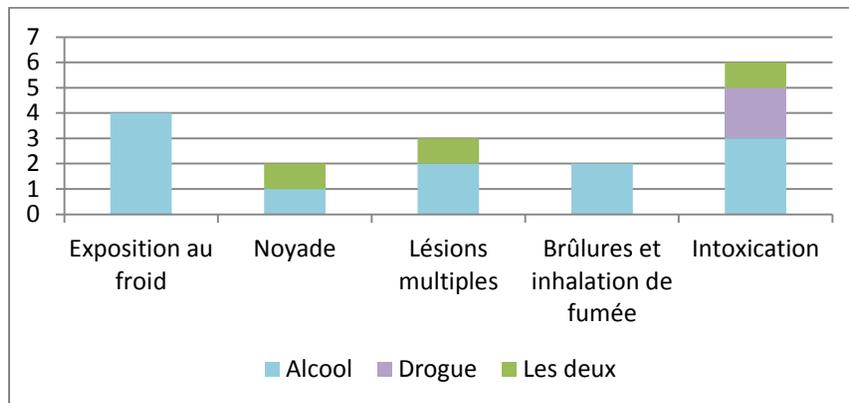
Région	Méthode	Consommation d'alcool	Consommation de drogue
Sahtu	Pendaison	Oui	Oui
Dehcho	Pendaison	Oui	Non
Dehcho	Pendaison	Oui	Oui
Slave Sud	Arme à feu	Non	Non
Slave Sud	Intoxication à l'isopropanol et au méthanol	Non	Non
Slave Nord	Noyade	Non	Oui
Slave Nord	Arme à feu	Non	Non
Slave Nord	Asphyxie	Non	Non
Slave Nord	Pendaison	Oui	Non
Beaufort-Delta	Intoxication à la morphine	Oui	Oui
Beaufort-Delta	Arme à feu	Oui	Non
Beaufort-Delta	Arme à feu	Non	Non
Beaufort-Delta	Pendaison	Oui	Non

Les régions de Beaufort-Delta et de Slave Nord sont celles qui enregistrent le plus grand nombre de suicides – quatre suicides chacune. Les analyses toxicologiques ont révélé que de l'alcool a été consommé dans sept des treize cas de suicide, et que de la drogue a été consommée dans quatre des treize cas.

DÉCÈS ACCIDENTEL PAR CAUSE ET PAR SEXE

Cause du décès	Homme	Femme	Total	Alcool	Drogue	Les deux
Exposition au froid	2	2	4	4		
Noyade	3		3	1		1
Lésions multiples	6	1	7	2		1
Brûlures et inhalation de fumée	1	2	3	2		
Intoxication	2	4	6	3	2	1
Total	14	9	23	12	2	3

En 2014, les décès accidentels ont représenté environ 28,05 % de tous les décès rapportés au Service du coroner. La majorité des personnes décédées accidentellement étaient des hommes (14 hommes sur 23 décès, donc 61 %). De l'alcool ou de la drogue a été consommé dans 17 décès, donc dans 74 % des cas.



HOMICIDE

PAR ÂGE ET PAR SEXE

Groupe d'âge	Homme	Femme	Consommation d'alcool	Total
0 à 19 ans	0	0	0	0
20 à 29 ans	0	1	1	1
30 à 39 ans	1	0	1	1
40 à 49 ans	1	0	1	1
50 à 59 ans	0	0	0	0
60 ans et plus	0	0	0	0
Total	2	1	3	3

PAR RÉGION

Région	Total
Beaufort-Delta	
Sahtu	1
Deh Cho	1
Slave Nord	1
Slave Sud	
Total	3

En 2014, trois décès ont été déclarés des homicides – deux hommes et une femme. Les homicides représentent ainsi 3,66 % des décès rapportés au Service du coroner.

NOMINATIONS AU BUREAU DU CORONER

Le 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 collectivité, c'est pourquoi le recrutement des coroners locaux est fait par le Bureau du coroner, la GRC ainsi que les gouvernements municipaux et autochtones. 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. Une recommandation de nomination de la part du coroner en chef est ensuite envoyée au ministre de la Justice. Le député de la circonscription du candidat est aussi informé de la nomination envisagée. Le ministre de la Justice nomme les coroners pour une période de trois ans.

En 2014, on comptait 36 coroners aux Territoires du Nord-Ouest, soit 19 hommes et 17 femmes.

À l'heure actuelle, aucun coroner ne réside dans les collectivités suivantes : Colville Lake, Fort Resolution, Fort Good Hope, Gameti, Whati, Paulatuk, Enterprise, Nahanni Butte, Tsiigehtchic et Wrigley.

CONCLUSION DES ENQUÊTES 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 ».

RAPPORT DU CORONER

Le rapport du coroner est un document qui fait un bref compte-rendu des résultats d'une enquête du coroner. Il clarifie les faits et les circonstances entourant le décès. Le rapport établit l'identité du défunt et le classement du décès, et présente toute recommandation qui pourrait prévenir un décès semblable. Un rapport du coroner est rédigé à la suite de toute enquête sur un 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 décès semblables. Les rapports des coroners qui contiennent des recommandations sont distribués sur demande et les réponses font l'objet d'un suivi. Un résumé de quelques rapports contenant des recommandations est présenté à l'annexe A.

ENQUÊTES PUBLIQUES

Les cas qui n'aboutissent pas à un rapport du coroner font habituellement l'objet d'une enquête publique. Il s'agit d'une audience quasi judiciaire tenue en tribune libre lors de laquelle le public peut présenter des preuves en lien avec le décès.

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 :

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

Si un coroner détermine qu'une enquête publique n'est pas nécessaire, le plus proche parent de la personne décédée ou une autre personne concernée 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 ministère de la Justice, en vertu de l'article 24 de la *Loi sur les coroners*, la décision du coroner en chef est finale.

ANNEXE A
RÉSUMÉ DES RAPPORTS DE CORONER
CONTENANT DES RECOMMANDATIONS
(RAPPORTS REMIS EN 2014)

Cas n° 1

Une femme de 47 ans, qui avait des antécédents de diabète insulino-dépendant, d'alcoolisme, de toxicomanie, d'hypertension, de dépression et de douleur chronique, a été retrouvée sans vie dans son lit. L'enquête a permis d'établir que la cause du décès était la pneumonie par aspiration, résultat de la combinaison d'effets toxiques de plusieurs drogues, chez une femme avec des antécédents d'alcoolisme et de toxicomanie. Le décès a été classé accidentel.

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS :

Le Bureau du coroner en chef a demandé l'assistance du Comité d'examen de la sécurité des patients du Bureau du coroner en chef de l'Ontario, un comité d'experts qui a examiné tous les éléments recueillis lors de l'enquête. Le Comité d'examen a analysé les circonstances du décès et a formulé des recommandations à l'intention du Bureau du coroner en chef des Territoires du Nord-Ouest.

Les recommandations suivantes ont été transmises pour considération au Bureau du coroner en chef par le Comité d'examen de la sécurité des patients. Ce dernier exprime que le ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest doit sans tarder mettre en place des normes et offrir des formations sur l'ordonnance d'opioïdes, en plus de fournir des services à l'intention des patients dépendants des opioïdes.

Le Bureau du coroner en chef des Territoires du Nord-Ouest a, par conséquent, formulé les recommandations suivantes :

1. Le ministère de la Santé et des Services sociaux doit mettre sur pied un groupe de travail pour établir des normes sur l'ordonnance d'opioïdes et de benzodiazépines à l'intention des médecins et des infirmiers. Les guides de pratique clinique canadiens doivent être adaptés au contexte des TNO, où les remplaçants à court terme sont les principaux fournisseurs de soins de santé et où on observe une prévalence élevée de troubles associés à la toxicomanie et à l'alcoolisme chez les patients.
2. Le ministère de la Santé et des Services sociaux doit réviser ses critères d'admissibilité au traitement à l'aide de Suboxone, pour en assurer l'accès à tous les patients qui en ont besoin.

Commentaire : Il semble que le médicament Suboxone figure dans la liste des médicaments couverts du Programme des services de santé non assurés (SSNA) et du ministère de la Santé et des Services sociaux. Cependant, les critères d'admissibilité au traitement varient grandement d'une province à l'autre. Par exemple, le Programme de médicaments de l'Ontario permet aux

médecins de famille de prescrire Suboxone dans les régions où la méthadone n'est pas offerte. En revanche, selon le programme de médicaments de la Colombie-Britannique, seuls les médecins autorisés à prescrire la méthadone peuvent rédiger une ordonnance de Suboxone, et seuls les patients pour qui un traitement à l'aide de méthadone a échoué peuvent recevoir une ordonnance de Suboxone. Puisque la plupart des petites collectivités en Colombie-Britannique ne sont pas desservies par un médecin autorisé à prescrire la méthadone, les patients dépendants des opioïdes qui résident en région rurale n'ont pas accès à Suboxone.

3. Le ministère de la Santé et des Services sociaux doit mettre sur pied un groupe de travail pour établir des lignes directrices et des normes sur la prise en charge médicale de la dépendance aux opioïdes. Les lignes directrices actuellement en vigueur pour la prescription et la délivrance de Suboxone doivent être adaptées au contexte des TNO.

Commentaire : Les lignes directrices de l'Ontario recommandent la distribution quotidienne de Suboxone sous la supervision d'un pharmacien pendant les premières semaines du traitement, afin de réduire le risque de détournement de médicaments et de mauvais usage. Cette façon de faire est peu commode pour les petites collectivités, où les pharmacies ne sont pas ouvertes tous les jours.

4. Pour la mise en œuvre de services d'aide aux toxicomanes, les huit administrations de santé et des services sociaux des TNO doivent travailler de concert avec les collectivités qu'elles desservent et leurs conseils de bande.

Commentaire : Dans la ville de Sioux Lookout, en Ontario, les programmes d'accès à la buprénorphine sont gérés de manière indépendante par les conseils de bande, en collaboration avec les médecins et les infirmiers de la région.

5. Le ministère de la Santé et des Services sociaux doit proposer aux médecins et aux infirmiers des formations portant sur la prescription d'opioïdes et de benzodiazépine ainsi que sur le diagnostic et la prise en charge du mauvais usage des opioïdes ou de la dépendance à ceux-ci. Les formations pourraient être offertes à l'aide de la télémédecine.

Commentaire : Par exemple, l'Université de Toronto prépare une série de trois webinaires interactifs d'une durée de deux heures chacun, qui portent sur la prescription d'opioïdes pour le traitement de la douleur chronique ainsi que sur le diagnostic et la prise en charge du mauvais usage et de la dépendance. Des formations sur les troubles associés à la consommation d'alcool, de tabac et d'autres substances pourraient également être offertes par télé-enseignement.

6. Le ministère de la Santé et des Services sociaux doit fournir aux médecins et aux infirmiers des TNO l'accès à un réseau de soutien clinique à distance, pour les aider à prescrire les opioïdes et à prendre en charge la dépendance à ceux-ci.

Commentaire : L'Ontario bénéficie des services d'un réseau de mentorat dans les domaines de la dépendance et de la douleur chronique (Medical Mentoring for Addictions and Pain) et d'un groupe de soutien pour le Suboxone (Northern Ontario Suboxone Support Group). Les médecins communautaires peuvent ainsi poser des questions de nature médicale à des experts par téléphone, courriel ou clavardage vidéo. Les réseaux de soutien offrent également des présentations et des discussions en groupe à distance.

7. Le ministère de la Santé et des Services sociaux doit orchestrer la formation intensive d'au moins un médecin et d'un infirmier sur la prescription de Suboxone, le traitement structuré aux opioïdes, et le sevrage des benzodiazépines.

Commentaire : Une telle formation pourrait être offerte sous forme de court stage en traitement des dépendances en Alberta, en Ontario ou ailleurs.

Cas n° 2

Une jeune fille de quatorze ans a été aperçue pour la dernière fois au cours de la nuit, à son domicile, par sa mère. Cette dernière a affirmé qu'elle croyait que sa fille avait consommé de l'alcool et qu'elle était allée se coucher. Au réveil, le lendemain matin, sa fille n'était pas à la maison. On l'a retrouvée sans vie deux jours plus tard, gelée dans la neige, avec une bouteille de vodka dans son manteau. L'enquête a permis d'établir qu'elle est décédée d'hypothermie et qu'un facteur important du décès a été une intoxication aiguë à l'éthanol. Le décès a été classé accidentel.

Commentaires et recommandations

Le Comité permanent des programmes sociaux de l'Assemblée législative des Territoires du Nord-Ouest a procédé à l'examen de la *Loi sur les boissons alcoolisées* actuelle. Le projet de loi 24, *Loi modifiant la Loi sur les boissons alcoolisées*, a été déposé en juin 2013 par Norman Yakeleya, député du Sahtu. Le projet de loi visait à permettre aux collectivités du Sahtu de demander au ministre des Finances de tenir un référendum dans leur région sur la possibilité de limiter les quantités d'alcool qu'un magasin peut vendre à un individu. Le projet de loi a été soumis pour examen au Comité permanent des opérations gouvernementales (ci-après le « Comité ») le 6 juin 2013. Au cours des audiences publiques tenues au Sahtu, les membres du Comité ont recueilli des commentaires sur le projet de loi et sur divers problèmes liés à l'alcoolisme. Le Comité a déposé son rapport, intitulé *Report on the Review of Bill 24: An Act to Amend the Liquor Act*, en octobre 2013. Le rapport contenait 15 recommandations, dont certaines ont une portée qui s'étend au-delà du projet de loi 24. Le Comité y affirme qu'il a été convaincu d'étendre la portée du projet de loi en raison de ce qu'il a entendu dans les collectivités. Dans le rapport, le Comité stipule : « L'intégrité du gouvernement est en jeu, et celle des gouvernements communautaires aussi. Les problèmes associés à l'alcoolisme ne peuvent être réglés sans la participation des autorités locales, sans des solutions locales et sans des actions locales. »

Le Bureau du coroner en chef des Territoires du Nord-Ouest a, par conséquent, formulé les recommandations suivantes :

À l'honorable Robert McLeod, premier ministre du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest :

Le rapport 17-7(4) du Comité permanent des opérations gouvernementales, intitulé *Report on the Review of Bill 24: An Act to Amend the Liquor Act*, soulève plusieurs problèmes sérieux causés par l'alcoolisme et propose une orientation claire au gouvernement des Territoires du Nord-Ouest.

Je recommande au gouvernement des Territoires du Nord-Ouest d'analyser et de soumettre à la réflexion les quinze recommandations déposées à cet effet en octobre 2013 à l'Assemblée législative.

Cas n° 3

Le personnel d'urgence a été dépêché au parc territorial Fred Henne après qu'un garçon de 7 ans eut été trouvé dans l'eau. Des membres de la collectivité l'avaient transporté sur la rive et avaient immédiatement fait des tentatives de réanimation cardiorespiratoire (RCR). À l'arrivée du personnel d'urgence, le garçon a été transporté à l'hôpital territorial Stanton, où, malgré les efforts continus du personnel, son décès a été prononcé. L'enquête a permis d'établir que la cause du décès a été la noyade, et le décès a été classé accidentel.

Commentaires et recommandations

Le Bureau du coroner en chef a demandé l'assistance de la Société royale de sauvetage du Canada, section Alberta et Territoires du Nord-Ouest (ci-après « la Société de sauvetage »). La Société de sauvetage a analysé les circonstances du décès et a formulé des recommandations à l'intention du coroner en chef des Territoires du Nord-Ouest.

Les recommandations émises à la suite de l'audit sur la sécurité aquatique et de l'analyse de l'incident sont le résultat d'un examen objectif et indépendant mené par la Société de sauvetage. Cet examen a grandement aidé le Service du coroner des TNO à élaborer des recommandations visant à prévenir des décès semblables à l'avenir.

Le Bureau du coroner en chef des Territoires du Nord-Ouest a, par conséquent, formulé les recommandations suivantes :

1. Le ministère de l'Industrie, du Tourisme et de l'Investissement doit continuer de travailler de concert avec la Société de sauvetage afin de multiplier les efforts de sensibilisation et d'éducation de la population à la sécurité aquatique au parc territorial Fred Henne.
2. Le ministère de l'Industrie, du Tourisme et de l'Investissement doit continuer la mise en œuvre des recommandations contenues dans l'audit sur la sécurité aquatique au parc Fred Henne, afin d'augmenter la protection sur le rivage non surveillé au niveau 7.

Commentaire : L'audit sur la sécurité aquatique recommande d'augmenter à 7 le niveau de protection.

3. Le ministère de l'Industrie, du Tourisme et de l'Investissement doit recourir à une stratégie pour éduquer les visiteurs du parc territorial Fred Henne et mettre en vigueur une politique d'admission sur le site.

Commentaire : Par exemple, des panneaux d'information pourraient être installés, et des agents de parc pourraient demander aux enfants sans surveillance de quitter les lieux.

4. Le ministère de l'Industrie, du Tourisme et de l'Investissement doit sensibiliser la population au fait que les enfants de moins de 10 ans ne doivent jamais être à plus d'un bras de distance d'un gardien responsable.

Commentaire : La sensibilisation de la population peut se faire grâce à différents moyens, par exemple l'ajout de panneaux d'information et les campagnes médiatiques.

5. Le ministère de l'Industrie, du Tourisme et de l'Investissement doit collaborer avec la Société de sauvetage afin de sensibiliser les visiteurs aux risques et dangers qui sont associés à l'utilisation de jouets et de dispositifs gonflables.

Commentaire : Les objets gonflables présentent un risque considérable pour la sécurité, puisqu'ils sont facilement emportés par le vent.

6. Le ministère de l'Industrie, du Tourisme et de l'Investissement doit prévenir les visiteurs du parc territorial Fred Henne des dangers qui les guettent sur le rivage et près de l'eau.

Commentaire : Il faudrait par exemple informer le public qu'il s'agit d'un environnement naturel dont les conditions changent, c.-à-d. que la température de l'eau, les vents, les courants, la vie aquatique et les fonds marins peuvent changer à tout moment.

7. Le ministère de l'Industrie, du Tourisme et de l'Investissement doit continuer de soutenir le programme Water Smart afin d'accroître la sensibilisation du public et d'encourager la population à suivre la formation « Nager pour survivre ».

8. Le ministère de l'Industrie, du Tourisme et de l'Investissement doit continuer à exploiter et à entretenir la station de prêt de gilets de sauvetage, qui a été mise sur pied au parc provincial Fred Henne. Une telle initiative devrait d'ailleurs être considérée pour les autres parcs riverains des Territoires du Nord-Ouest.

9. Le ministère de l'Industrie, du Tourisme et de l'Investissement doit travailler de concert avec la Société de sauvetage pour étudier la possibilité et la valeur pratique de l'implantation d'un poste de secours au parc territorial Fred Henne.

Commentaire : Si la présence de sauveteurs est considérée comme une option, tous les autres niveaux de protection doivent être considérés comme prioritaires et être respectés.

Cas n° 4

Un couple de quinquagénaires s'était adonné à des activités sociales sur un terrain de camping, puis était retourné à la maisonnette louée pour la nuit. Des visiteurs ont tenté de les joindre à leur maisonnette à trois reprises, mais sont restés sans réponse. La GRC a donc été informée de la situation et s'est rendue sur les lieux pour fournir de l'assistance. La GRC a forcé la porte de la maisonnette et a retrouvé le couple sans vie dans le lit. Une forte odeur de propane émanait de l'intérieur de la maisonnette. Il a été déterminé que la cause du décès a été une intoxication aiguë au monoxyde de carbone, et le décès a été classé accidentel.

Commentaires et recommandations

Le Service du coroner des TNO a formulé les recommandations suivantes à l'intention du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest :

1. Le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest doit élaborer et mettre en œuvre une campagne de sensibilisation pour assurer que :

Les propriétaires de vieux appareils de chauffage au gaz, propane ou autre, comprennent la façon dont ils fonctionnent et connaissent les risques associés à la mauvaise installation et à l'entretien inadéquat de ces appareils;

Les responsabilités des propriétaires et des locataires en matière d'appareils au gaz, propane ou autre, soient connues de tous;

L'importance de l'installation adéquate, de l'utilisation indiquée et de l'entretien approprié des détecteurs de fumée et de monoxyde de carbone sont bien compris.

ANNEXE B

RÉSUMÉ DES ENQUÊTES PUBLIQUES

EN 2014, AUCUNE ENQUÊTE PUBLIQUE N' A EU LIEU.

REMERCIEMENTS

Le Service du coroner des Territoires du Nord-Ouest tient à remercier la Gendarmerie royale du Canada, les travailleurs de la santé et tous ses autres partenaires qui ont contribué aux enquêtes et appuyé les coroners pendant les enquêtes sur les décès au cours de la dernière année. Le Service aimerait aussi remercier les coroners, qui font preuve d'un dévouement admirable et d'un grand professionnalisme, malgré les conditions difficiles dans lesquelles ils travaillent.