

OFFICE OF THE CHIEF CORONER

**NORTHWEST TERRITORIES
CORONER SERVICE**

2015 ANNUAL REPORT

TABLE OF CONTENTS

Introduction	3
History of the Coroner Service	4
Education	5
Manner of Death	5
Coroners Act – Reporting Deaths	6
NWT Regions	7
2015 Case Statistics	8
Caseload by Manner and Region	9
Caseload by Manner and Month	10
Suicide	11
Accidental	13
Homicide	14
Coroner Appointments	15
Concluding Coroner Investigations.....	15
Report of Coroner	15
Inquests.....	16
Appendix “A”: Summary of Selected Coroner Reports Containing Recommendations	
Case # 1	18
Appendix “B”: Summary of Coroner’s Inquest.....	19
Expressions of Appreciation	20

If you would like this information in another official language, contact 867-767-9251

Si vous voulez ces renseignements dans une autre langue officielle, contactez-nous au 867-767-9251

INTRODUCTION

The Coroner Service falls within the Territorial Department of Justice for organizational and administrative purposes, and it operates pursuant to the authorities conveyed by the *Coroners Act*, which was initially enacted in 1985 but has been subject to amendment since. The Office of the Chief Coroner is located in Yellowknife and oversees all death investigations. Currently there are 36 coroners throughout the Northwest Territories, providing service in the communities and regions in which they reside.

All sudden and unexpected deaths occurring in the Northwest Territories must be reported to a coroner. The Coroner Service is responsible for the investigation of all reportable deaths in order to determine the identity of the deceased, and the facts concerning when, where, how and by what means they came to their death. The Coroner Service is supported in its efforts by the Royal Canadian Mounted Police, the Fire Marshal's Office, the Workers' Safety and Compensation Commission, the Transportation Safety Board, and various other agencies that also work closely with the Service.

The Chief Coroner is Cathy L. Menard. Ms. Menard has been with the Coroner Service since 1996. She has been with the Government of the Northwest Territories for over 30 years.

There are no facilities in the Northwest Territories staffed to perform autopsies. When an autopsy is required, the remains are transported to Edmonton, where the procedure is performed by the Chief Medical Examiner's Office. Following the post-mortem examination, the remains are sent to Foster & McGarvey Funeral Home which holds a contract for preparation and repatriation. Toxicology services are provided to the Coroner Service by DynaLIFE_{DX} Diagnostic Laboratory Services in Edmonton, and by the Chief Medical Examiner's Office in Alberta.

HISTORY OF CORONER SERVICE

The office of the Coroner is one of the oldest institutions known to English law. The role of the “coroner” in England has been noted in references dating back to the time of the Saxon King Alfred in 925 A.D. However, the historical development of the office can be traced back to a time near the Norman Conquest, when the coroner played an important role in the administration of justice.

It is generally accepted that the office was not regularly instituted until the end of the 12th century. One of the first detailed statutes concerning coroners was the Statute of Westminster of 1276. The title of the office has varied from “coronator” during the time of King John to “crownor” - a term still used occasionally in Scotland.

One of the earliest functions of the coroner was to inquire into sudden and unexpected deaths. The coroner was charged with the responsibility of establishing the facts surrounding a death, a duty that provides the basis for all coroner systems in use today.

The duties of the coroner have been modified over the centuries, but the primary focus continues to be the investigation of sudden and unexpected deaths. The rapid industrialization of the 19th century and the associated increase in workplace accidents, led to social demands that the coroner also serve a preventative function. This remains an important responsibility of the Coroner Service.

There are two death investigation systems in Canada: the coroner system and the medical examiner system. The coroner system assigns the coroner four major roles to fulfill: investigative, administrative, judicial, and preventative. The medical examiner system involves medical and administrative elements. The coroner and the medical examiner both collect medical and other evidence in order to determine the medical cause and manner of death. The coroner receives the information from a variety of sources before examining the investigative material, determining facts, and coming to a quasi-judicial decision concerning the death of an individual. The coroner can also make recommendations that may prevent a similar death.

In the Northwest Territories, the Coroner Service provides a multi-disciplinary approach to the investigation of death through the auspices of lay coroners appointed by the Minister of Justice. NWT coroners are assisted by the Royal Canadian Mounted Police, various professionals, and other experts when required.

EDUCATION

The NWT Coroner Symposium is held annually in order to impart the principles of sudden death investigation and to provide continuing education to coroners, health care workers, police officers and others who contribute to the team effort involved in investigating sudden and unexpected deaths in the NWT.

MANNER OF DEATH

The Coroner or an Inquest Jury determines the cause and manner of death. All deaths investigated by the Coroner Service are classified in one of five distinct categories: Natural, Accidental, Suicide, Homicide, or Undetermined.

NATURAL - A death which is consistent with the normal or expected course of events, occurring in conformity with the deceased's known or recorded medical history and not caused by any outside event or agency, human or otherwise.

ACCIDENTAL - An unexpected result of an action or actions by a person which results in death to himself or herself, or a death that results from the intervention of a non-human agency.

SUICIDE - A death is a suicide when a person takes his or her own life with intent to do so.

HOMICIDE - A homicide is a death caused directly or indirectly by another person. (Homicide is a neutral term that does not imply fault or blame.)

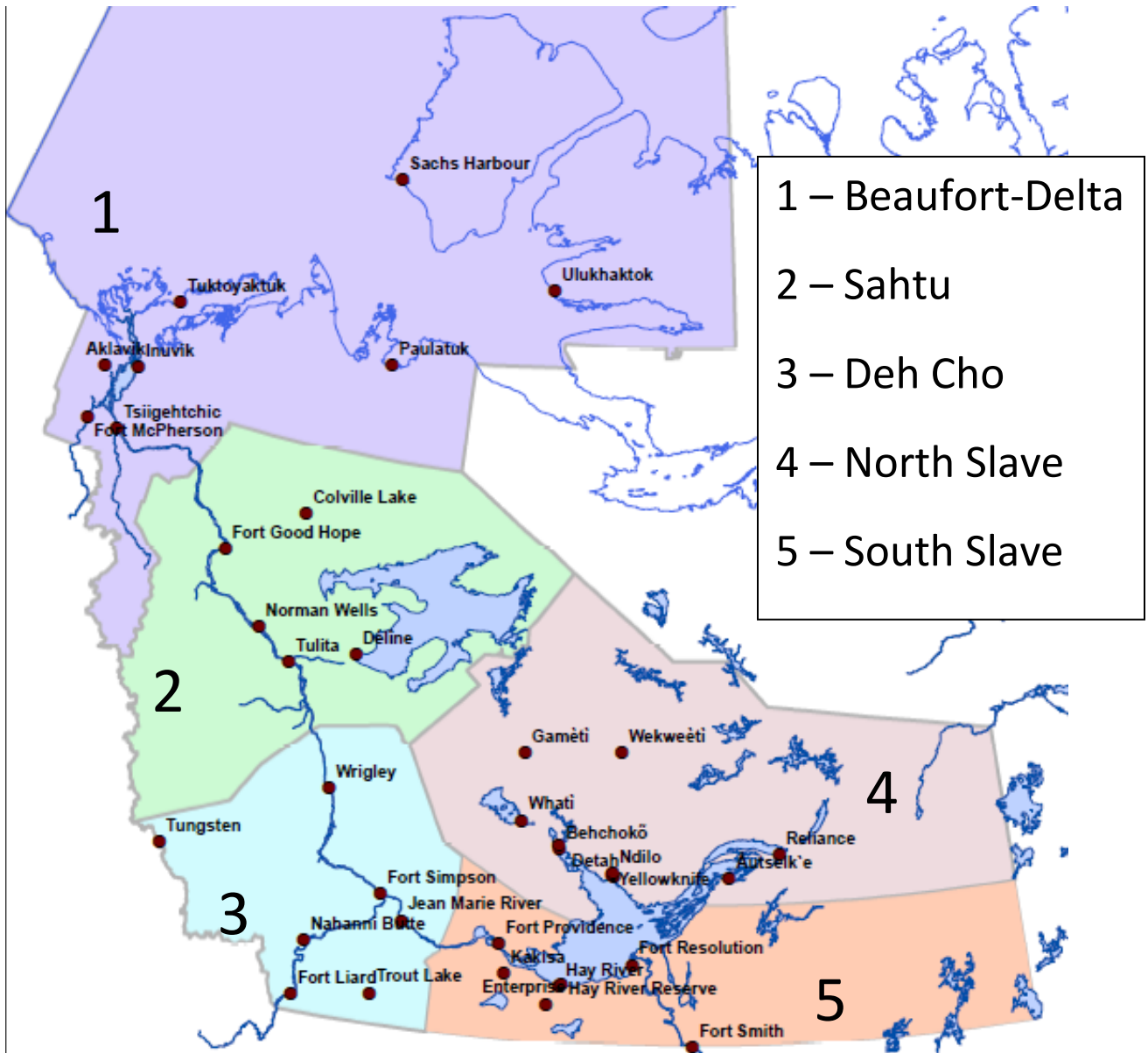
UNDETERMINED - If a death cannot be classified into one of the above categories, it is simply classified as "undetermined".

(UNCLASSIFIED is reserved for any case work that ultimately does not result in another classification. It is primarily used for found remains which are analyzed and determined to be of non-human origin.)

CORONERS ACT – REPORTING DEATHS

- Duty to Notify* **8. (1)** ***Every person shall immediately notify a coroner or a police officer of any death of which he or she has knowledge that occurs in the Northwest Territories, or as a result of events that occur in the Territories, where the death***
- (a) occurs as a result of apparent violence, accident, suicide or other apparent cause other than disease, sickness or old age;
 - (b) occurs as a result of apparent negligence, misconduct or malpractice;
 - (c) occurs suddenly and unexpectedly when the deceased was in apparent good health;
 - (d) occurs within 10 days after a medical procedure or while the deceased is under or recovering from anaesthesia;
 - (e) occurs as a result of;
 - (i) a disease or sickness incurred or contracted by the deceased,
 - (ii) an injury sustained by the deceased, or
 - (iii) an exposure of the deceased to a toxic substance, as result or in the course of any employment or occupation of the deceased;
 - (f) is a stillbirth that occurs without the presence of a medical practitioner;
 - (g) occurs while the deceased is detained or in custody involuntarily pursuant to law in a jail, lock-up, correctional facility, medical facility or other institution; or
 - (h) occurs while the deceased is detained by or in the custody of a police officer.
- Exception* **(2)** ***Notwithstanding subsection (1), a person need not notify a coroner or a police officer of a reportable death where the person knows that a coroner or police officer is already aware of the death***
- Duty of police officer* **(3)** ***A police officer who has knowledge of a reportable death shall immediately notify a coroner of the death.***
- Special reporting arrangements* **(4)** ***The Chief Coroner may make special arrangements with medical facilities, correctional facilities and the Royal Canadian Mounted Police for the efficient notification of reportable deaths by persons in those facilities or that organization.***

NWT REGIONS



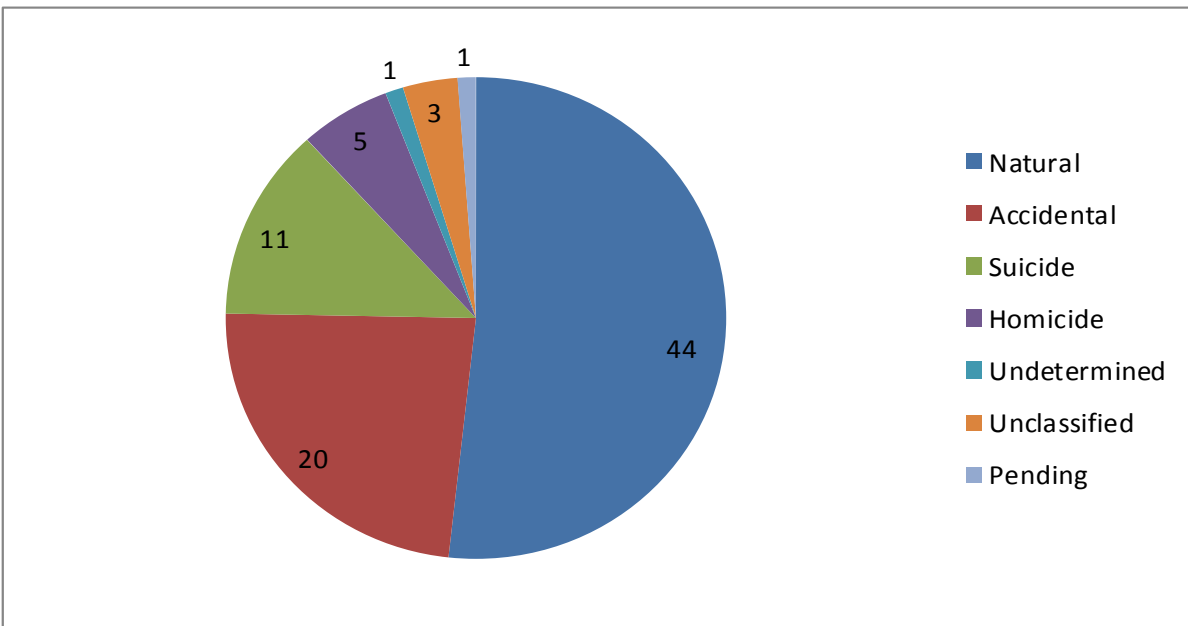
Obtained from http://www.enr.gov.nt.ca/_live/documents/content/Administrative_regions.pdf

2015 CASE STATISTICS

TOTAL CASES

Total Cases			
Manner of Death	Number	Cases %	Population % *
Natural	44	51.76%	0.0998%
Accidental	20	23.53%	0.0454%
Suicide	11	12.94%	0.0250%
Homicide	5	5.88%	0.0113%
Undetermined	1	1.18%	0.0023%
Unclassified	3	3.53%	N/A
Pending	1	1.18%	0.0023%
Total	85	100%	0.1928%

Data is subject to change as there is one pending case prior to this annual report being released.



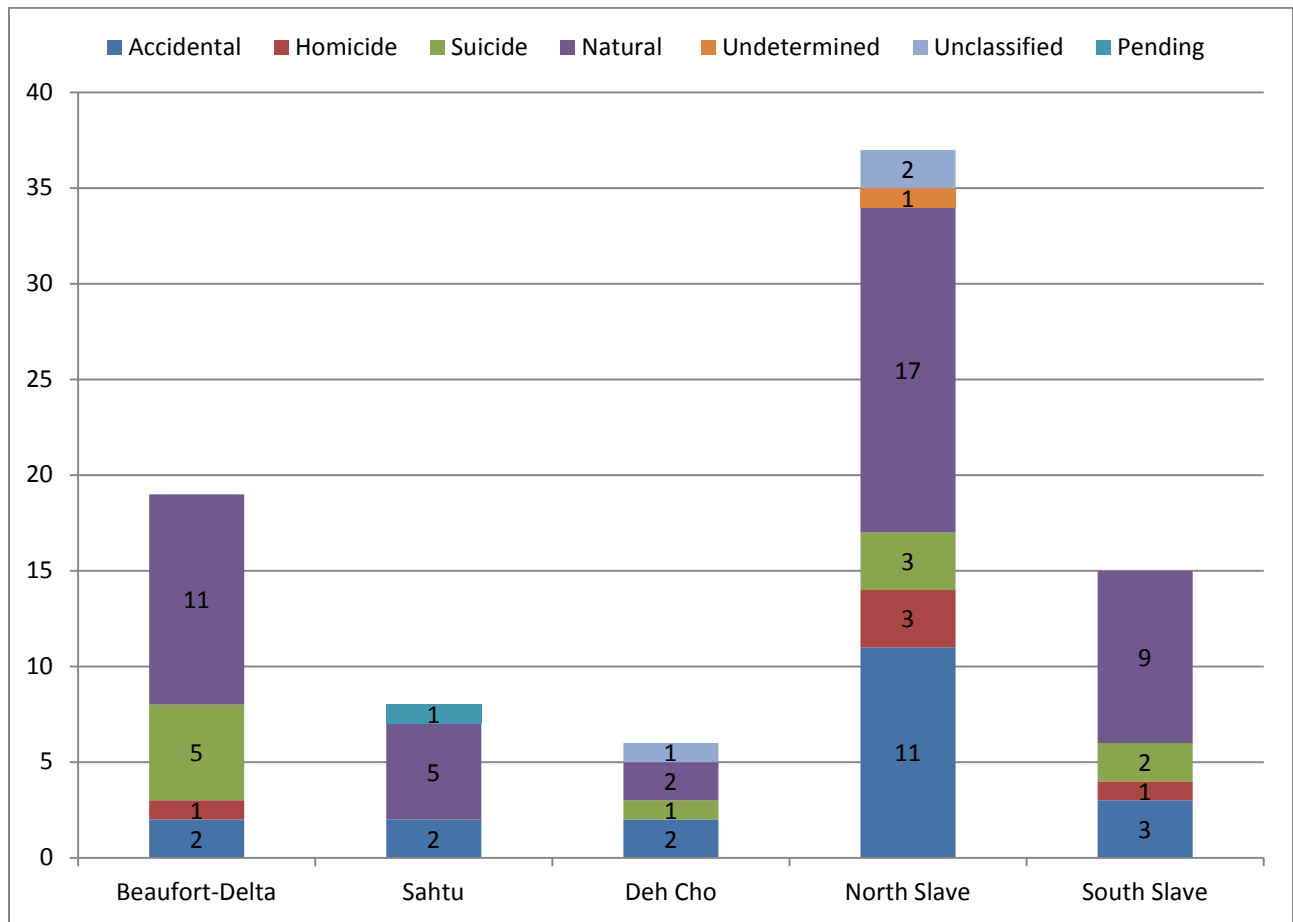
The NWT Coroner Service investigated four deaths that occurred in Alberta.

Unclassified cases are not represented in the population figures since they are non-human in origin. In 2015, three cases were determined to be unclassified.

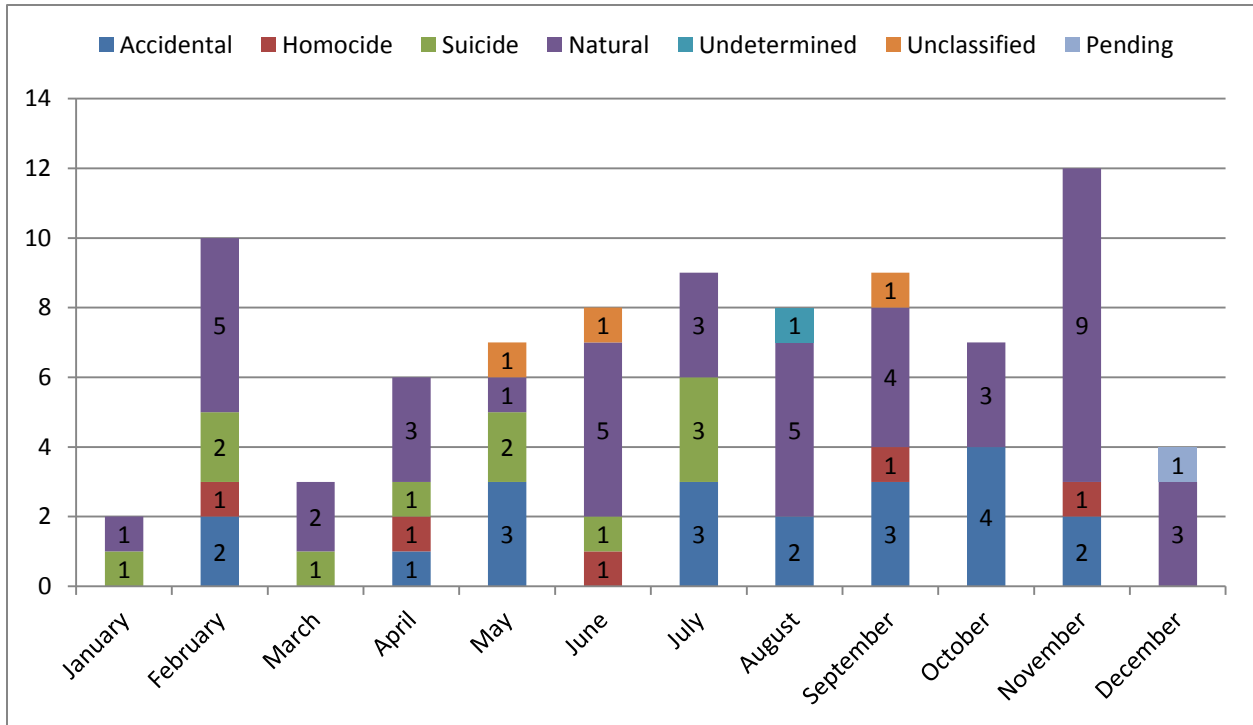
* Based on an NT population estimate of 44,088 retrieved June 15, 2016 at <http://www.statsnwt.ca/population/population-estimates/>

CASELOAD BY MANNER AND REGION

Region	Accidental	Homicide	Suicide	Natural	Undetermined	Unclassified	Pending	Total
Beaufort-Delta	2	1	5	11				19
Sahtu	2			5			1	8
Deh Cho	2		1	2		1		6
North Slave	11	3	3	17	1	2		37
South Slave	3	1	2	9				15
Total	20	5	11	44	1	3	1	85



CASELOAD BY MANNER AND MONTH

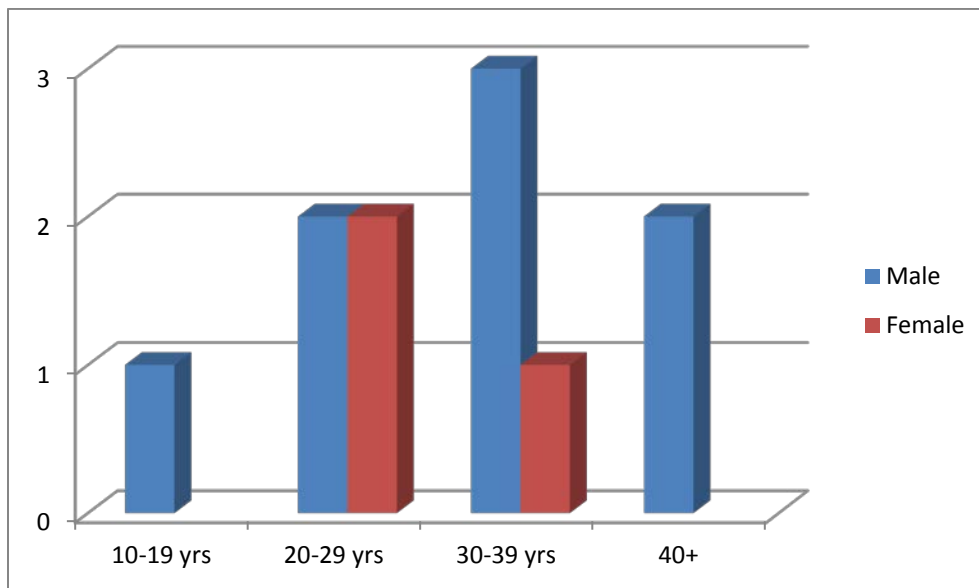


Month	Accidental	Homicide	Suicide	Natural	Undetermined	Unclassified	Pending	Total
January			1	1				2
February	2	1	2	5				10
March			1	2				3
April	1	1	1	3				6
May	3		2	1		1		7
June		1	1	5		1		8
July	3		3	3				9
August	2			5	1			8
September	3	1		4		1		9
October	4			3				7
November	2	1		9				12
December				3			1	4
Total	20	5	11	44	1	3	1	85

SUICIDE

BY GENDER AND AGE

Age Group	Male	Female	Total
10-19 years	1		1
20-29 years	2	2	4
30-39 years	3	1	4
40 + years	2		2
Total	8	3	11



In 2015 there were eleven suicides; eight males and three females. Five of these suicides involved men over the age of 30.

Suicide

METHOD, ALCOHOL, AND DRUG INVOLVEMENT

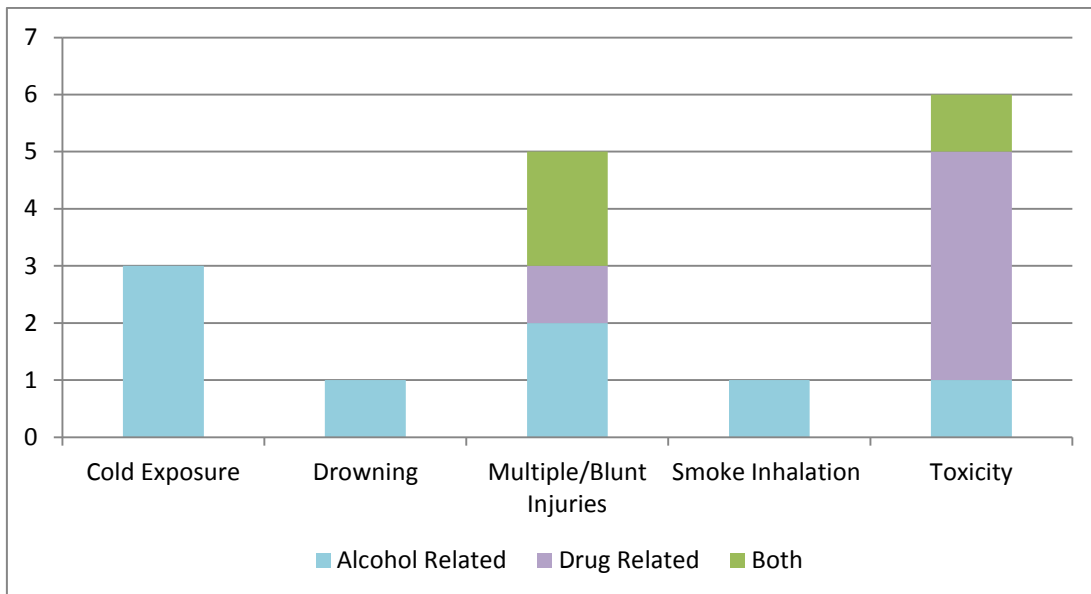
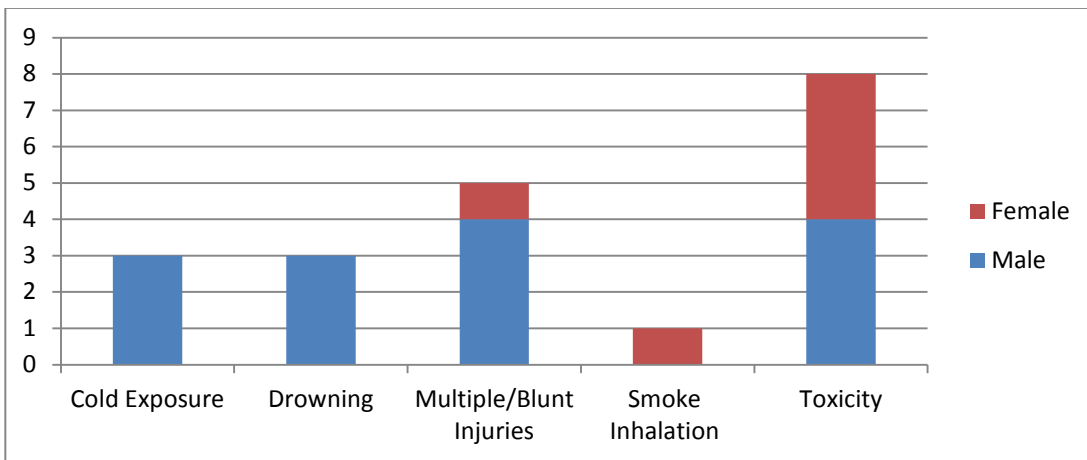
Region	Method	Alcohol Involvement	Drug Involvement
Dehcho	Gunshot	Yes	No
South Slave	Hanging	Yes	Yes
South Slave	Gunshot	No	No
North Slave	Drug Toxicity	No	Yes
North Slave	Gunshot	Yes	No
North Slave	Hanging	No	No
Beaufort-Delta	Gunshot	No	No
Beaufort-Delta	Gunshot	Yes	Yes
Beaufort-Delta	Gunshot	Yes	Yes
Beaufort-Delta	Drug Toxicity	No	Yes
Beaufort-Delta	Gunshot	Yes	No

The highest suicide rate presented in the Beaufort-Delta region, which had five suicides. Toxicology examination confirmed the presence of alcohol in six of the eleven suicides and drugs in five.

ACCIDENTAL BY CAUSE AND GENDER

Cause of Death	Male	Female	Total
Cold Exposure	3		3
Drowning	3		3
Multiple/Blunt Injuries	4	1	5
Smoke Inhalation		1	1
Toxicity	4	4	8
Totals	14	6	20

Accidental deaths accounted for 23.53% of reported deaths in 2015. The majority of accidental deaths were males (14 of 20 or 70%), and 16 were alcohol and/or drug related (16 of 20 or 80%).



HOMICIDE

BY AGE AND GENDER

Age Group	Male	Female	Total	Alcohol Involved
0-19				
20-29				
30-39	2		2	2
40-49	1	2	3	2
50-59				
60+				
Total	3	2	5	4

BY REGION

Region	Total
Beaufort-Delta	1
Sahtu	
Deh Cho	
North Slave	3
South Slave	1
Total	5

In 2015, there were five homicides. Homicides accounted for 5.88% of the reported deaths.

CORONER APPOINTMENTS

The Chief Coroner has the statutory authority to recommend the appointment and removal of coroners. It is desirable for each community to have resident coroners, and recruitment of local coroners is facilitated by the Office of the Chief Coroner, the RCMP, and municipal and other local governments. Candidates must complete an application form outlining any special skills or training they have which would assist them in fulfilling their duties as coroners. Applicants are also required to have written support from their municipal or local government and their local RCMP detachment. A recommendation for appointment by the Chief Coroner is then forwarded to the Minister of Justice. The applicant's MLA is also advised of the intended appointment. Coroners are appointed by the Minister of Justice for a three-year term.

In 2015, there were 36 coroners across the Northwest Territories, with 19 men and 17 women.

There are currently no coroners residing in the communities of Colville Lake, Fort Resolution, Fort Good Hope, Gameti, Whati, Wekweètì, Paulatuk, Enterprise, Nahanni Butte, Tsiigehtchic, and Wrigley.

CONCLUDING CORONER INVESTIGATIONS

All coroner cases are generally concluded either by a coroner's report or by inquest. The most common method used is the "Report of Coroner".

REPORT OF CORONER

The Report of Coroner is a document outlining the results of a coroner's investigation. It summarizes and clarifies the facts and circumstances surrounding the death. The Report establishes the identity of the deceased, classifies the manner of death, and may include recommendations for the prevention of similar deaths. The report is completed in all death investigations with the exception of cases where an inquest is being held. At an inquest the jury verdict takes the place of the Report of Coroner.

Recommendations are often made and are forwarded to the appropriate department, person, or agency in hopes of providing information and advice that may prevent similar deaths. Reports of Coroner containing recommendations are distributed as required, and responses are monitored. A synopsis of selected reports containing recommendations is attached (See Appendix "A").

INQUESTS

Coroner cases that are not concluded by a Report of Coroner are ordinarily finalized by the use of a Coroner's inquest. An inquest is a formal quasi-judicial proceeding that allows for the public presentation of evidence relating to a death.

The proceeding utilizes a six-member jury selected in accordance with the *Jury Act*, and hears testimony from sworn witnesses. The jury may make recommendations to prevent future deaths in similar circumstances.

A coroner holds an inquest when the deceased had been involuntarily detained in custody at the time of the death. An inquest can also be held when, in the opinion of a coroner, it is necessary:

- a) to identify the deceased or determine circumstances of the death;
- b) to inform the public of the circumstances of death where it will serve some public purpose;
- c) to bring dangerous practices or conditions to the knowledge of the public and facilitate the making of recommendations to avoid a preventable death; or
- d) to inform the public of dangerous practices or conditions in order to avoid future preventable deaths.

Should a coroner determine that an inquest is not necessary, the next of kin or another interested person may request that an inquest be held. The coroner shall consider the request and issue a written decision. This decision may be appealed to the Chief Coroner, who must consider the merits of the appeal and provide a written decision with reasons within 10 days after receipt of the appeal. Subject to the power of the Minister of Justice to request or direct an inquest under section 24 of the *Coroners Act*, the decision of the Chief Coroner is final.

APPENDIX "A"
SUMMARY OF SELECTED CORONER REPORT
CONTAINING RECOMMENDATIONS
(CONCLUDED IN 2015)

Case # 1

This 62-year-old man with a history of depression with suicidal ideation and alcohol abuse was found dead on the bed in the bedroom of his apartment. Two months prior to his death he had several visits with his counsellor in which he described a lack of appetite, sleeping many hours a day and being deeply depressed with suicidal ideations. He had repeatedly requested to be admitted into the hospital to be stabilized.

It was determined that the cause of death was morphine toxicity. The death was classified as Undetermined.

Comments and Recommendation:

The NWT Coroner Service makes the following recommendation to the Beaufort-Delta Health and Social Services:

1. That the Beaufort-Delta Health Authority reviews the patient care given to this individual.

(Given the patient's long-term and social history, including substance abuse, a review of best practices in conjunction with policy and procedures is warranted in this case.)

APPENDIX “B”
SUMMARY OF CORONER’S INQUESTS

THERE WERE NO CORONER INQUESTS DURING 2015.

EXPRESSIONS OF APPRECIATION

The NWT Coroner Service wishes to express appreciation to the RCMP, Health Care Professionals, and the many other investigative partners that cooperated with and assisted coroners in conducting death investigations over the past year. The Service would also like to thank the coroners who demonstrate - often under less than optimal conditions - a high level of dedication and professionalism.



OFFICE OF THE CHIEF CORONER

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

RAPPORT ANNUEL 2015

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 2015	8
Nombre de décès par circonstance et par région	9
Nombre de décès par circonstance et par mois	10
Suicide	11
Accident	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 ^o 1.....	18
Annexe B : Résumé des enquêtes publiques	19
Remerciements	20

If you would like this information in another official language, contact 867-767-9251.

Si vous voulez ces renseignements dans une autre langue officielle, appelez-nous au 867-767-9251.

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 plus de 30 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. 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.)

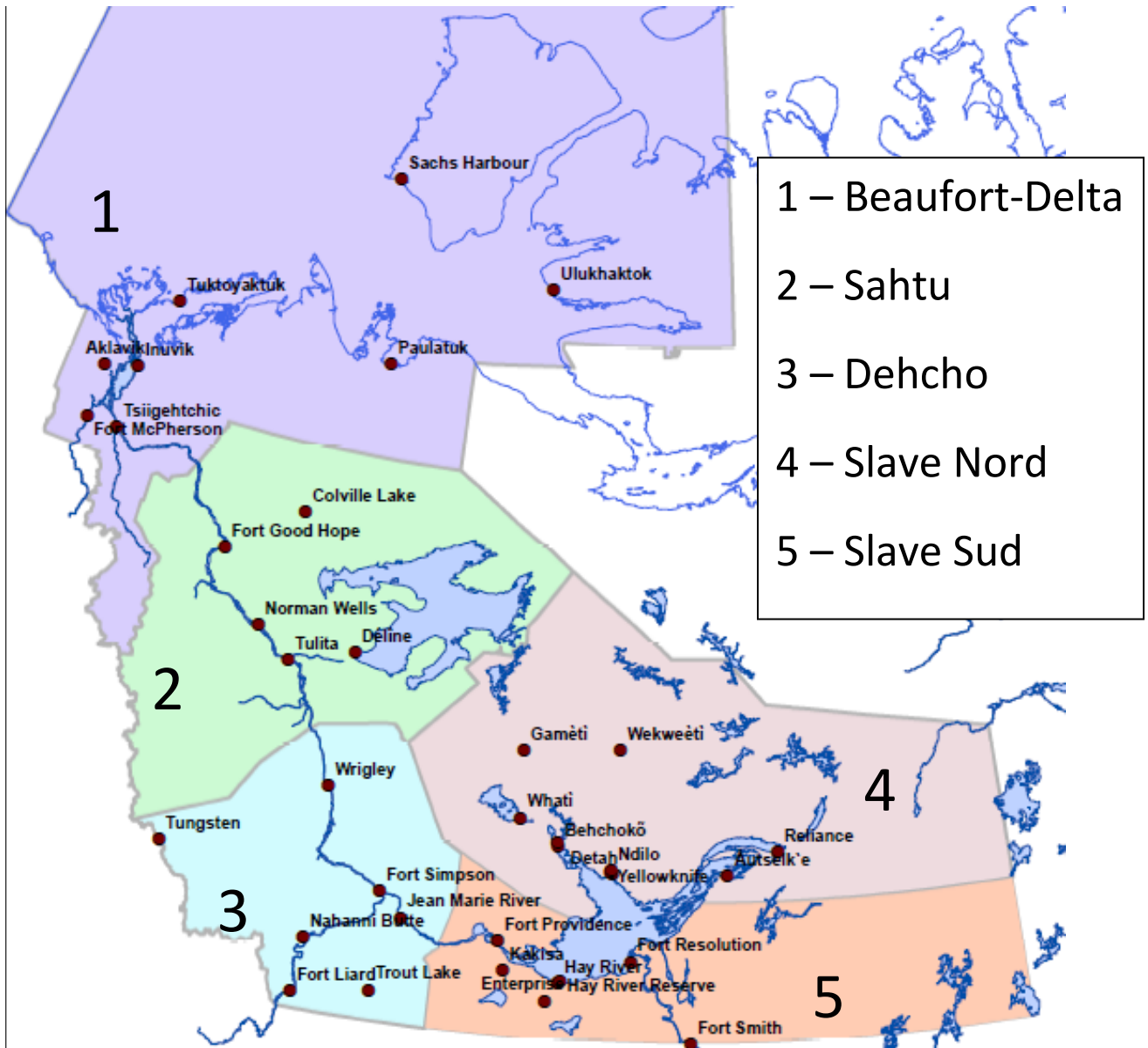
CAUSE INDÉTERMINÉE : Tout décès qui ne peut être classé dans l'une ou l'autre des catégories précédentes.

*(La catégorie « **NON CLASSÉ** » est réservée aux cas qui, en fin de compte, ne peuvent être classés d'aucune autre façon. On l'utilise principalement pour les restes qui ont été trouvés, analysés et jugés non humains.)*

Loi sur les coroners – Déclaration 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 du Nord-Ouest ou par suite d'événements qui se produisent dans les Territoires du Nord-Ouest 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.***

Régions des Territoires du Nord-Ouest



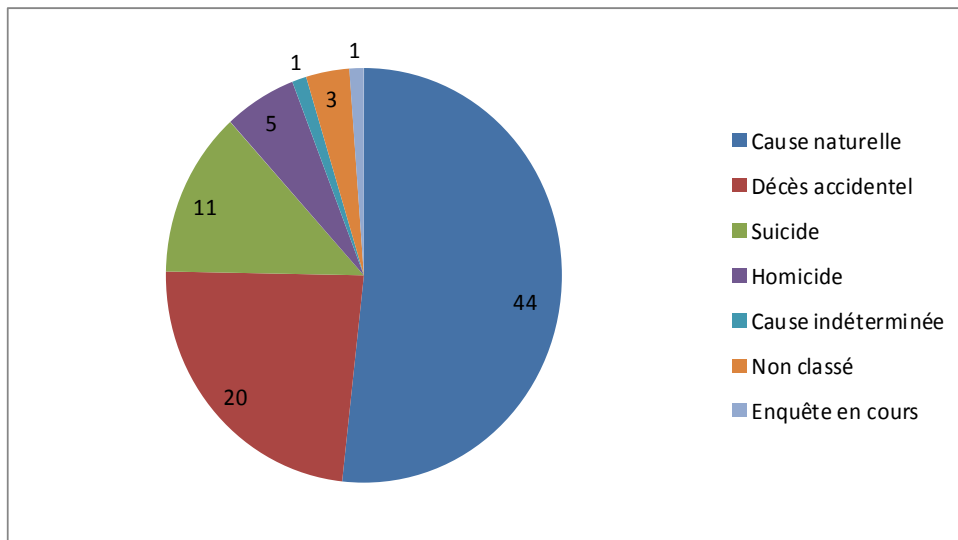
Source : http://www.enr.gov.nt.ca/_live/documents/content/Administrative_regions.pdf

STATISTIQUES SUR LES CAS POUR 2015

TOTAL DES CAS

Total des cas			
Circonstance	Nombre	% de cas	% de la population*
Cause naturelle	44	51.76%	0.0998%
Décès accidentel	20	23.53%	0.0454%
Suicide	11	12.94%	0.0250%
Homicide	5	5.88%	0.0113%
Cause indéterminée	1	1.18%	0.0023%
Non classé	3	3.53%	S.O.
Enquête en cours	1	1.18%	0.0023%
Total	85	100%	0.1928%

Les données peuvent changer, puisque l'un des cas était en attente au moment de la publication du présent rapport annuel.



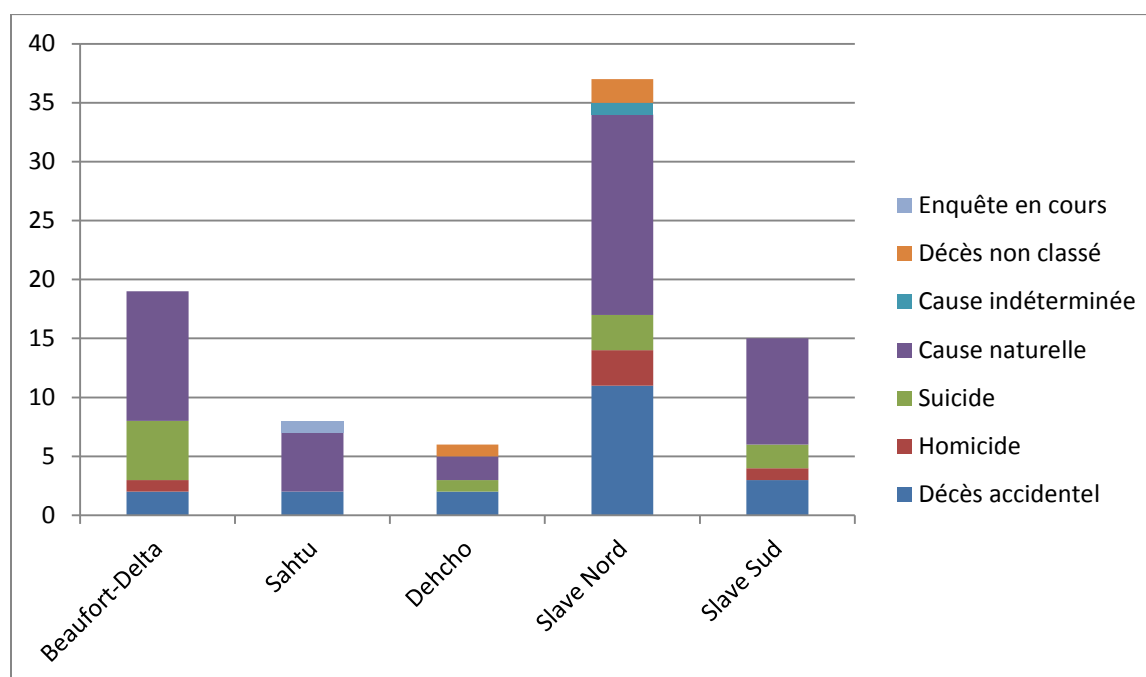
Le Service du coroner des TNO a enquêté sur quatre décès survenus en Alberta.

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 2015, trois cas ont été placés dans la catégorie des décès non classés.

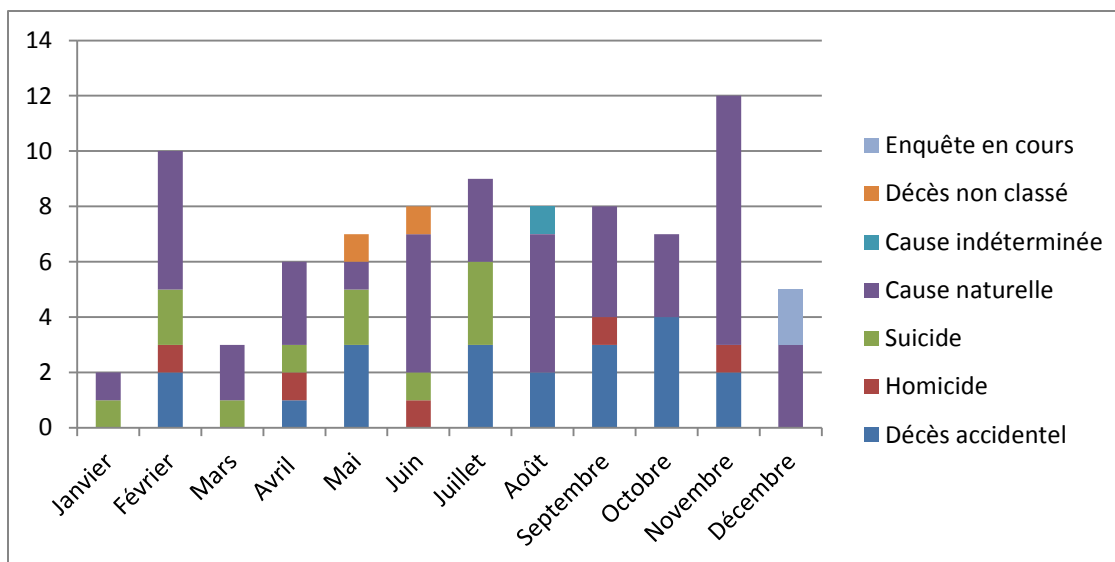
* Selon une population ténosée estimée à 44 088 – donnée en date du 15 juin 2016 tirée du site Web suivant : <http://www.statsnwt.ca/population/population-estimates/>.

NOMBRE DE CAS PAR CIRCONSTANCE ET PAR RÉGION

Région	Décès accidentel	Homicide	Suicide	Cause naturelle	Cause indéterminée	Décès non classé	Enquête en cours	Total
Beaufort-Delta	2	1	5	11				19
Sahtu	2			5			1	8
Dehcho	2		1	2		1		6
Slave Nord	11	3	3	17	1	2		37
Slave Sud	3	1	2	9				15
Total	20	5	11	44	1	3	1	85



NOMBRE DE CAS PAR CIRCONSTANCE ET PAR MOIS

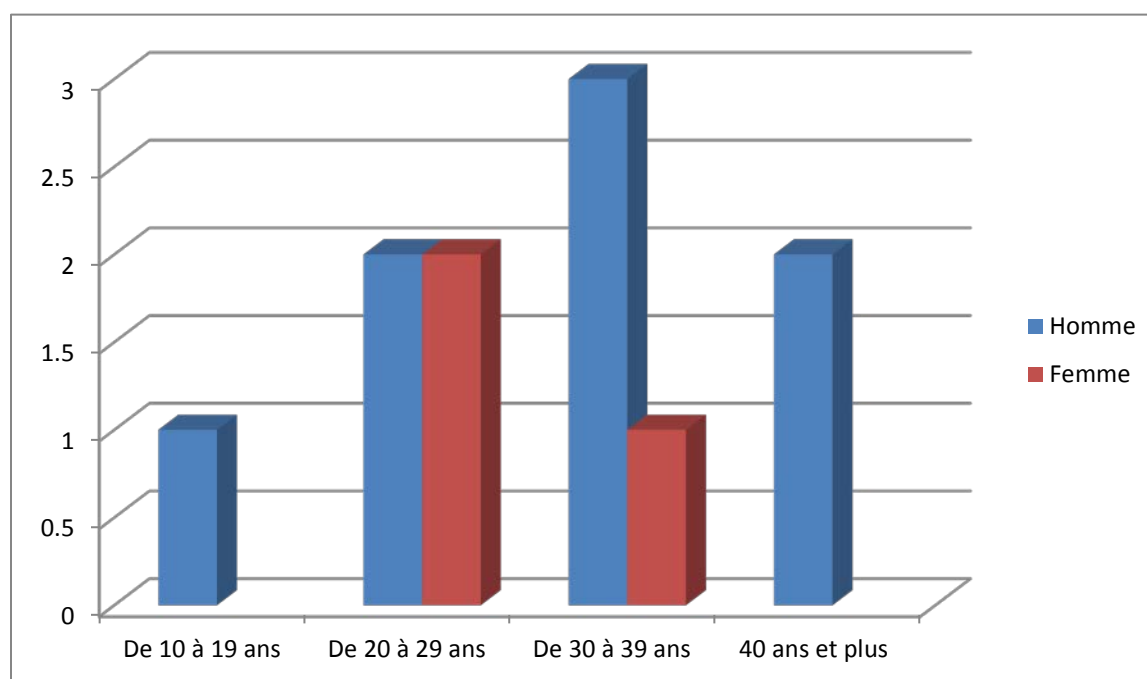


Mois	Décès accidentel	Homicide	Suicide	Cause naturelle	Cause indéterminée	Décès non classé	Enquête en cours	Total
Janvier			1	1				2
Février	2	1	2	5				10
Mars			1	2				3
Avril	1	1	1	3				6
Mai	3		2	1		1		7
Juin		1	1	5		1		8
Juillet	3		3	3				9
Août	2			5	1			8
Septembre	3	1		4		1		9
Octobre	4			3				7
Novembre	2	1		9				12
Décembre				3			1	4
Total	20	5	11	44	1	3	1	85

SUICIDE

PAR SEXE ET PAR ÂGE

Groupe d'âge	Homme	Femme	Total
De 10 à 19 ans	1		1
De 20 à 29 ans	2	2	4
De 30 à 39 ans	3	1	4
40 ans et plus	2		2
Total	8	3	11



En 2015, on a signalé onze suicides; huit hommes et trois femmes. Cinq de ces suicides concernent des hommes âgés de plus de 30 ans.

Suicide

MÉTHODE, ET CONSOMMATION DE DROGUE ET D'ALCOOL

Région	Méthode	Consommation d'alcool	Consommation de drogue
Dehcho	Arme à feu	Oui	Non
Slave Sud	Pendaison	Oui	Oui
Slave Sud	Arme à feu	Non	Non
Slave Nord	Intoxication	Non	Oui
Slave Nord	Arme à feu	Oui	Non
Slave Nord	Pendaison	Non	Non
Beaufort-Delta	Arme à feu	Non	Non
Beaufort-Delta	Arme à feu	Oui	Oui
Beaufort-Delta	Arme à feu	Oui	Oui
Beaufort-Delta	Intoxication	Non	Oui
Beaufort-Delta	Arme à feu	Oui	Non

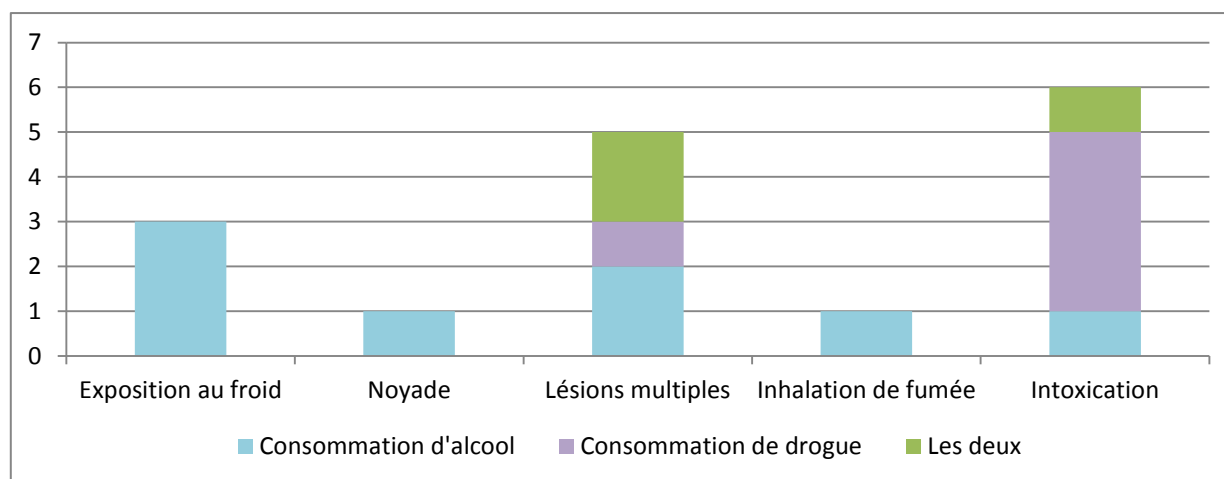
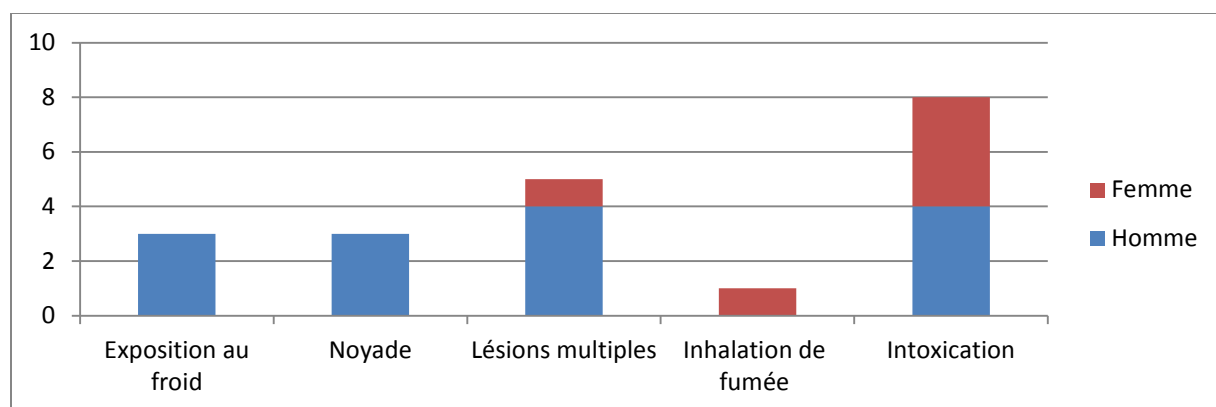
La région de Beaufort-Delta est celle qui enregistre le plus grand nombre de suicides – cinq suicides. Les analyses toxicologiques ont révélé la présence d'alcool dans le sang pour six des onze cas de suicide, et la présence de drogue pour cinq cas.

DÉCÈS ACCIDENTEL

PAR CAUSE ET PAR SEXE

Cause du décès	Homme	Femme	Total
Exposition au froid	3		3
Noyade	3		3
Lésions multiples	4	1	5
Inhalation de fumée		1	1
Intoxication	4	4	8
Totaux	14	6	20

En 2015, les décès accidentels ont représenté 23,53 % de tous les décès rapportés au Service du coroner. La majorité des personnes décédées accidentellement étaient des hommes (14 hommes sur 20 décès, donc 70 %). De l'alcool ou de la drogue a été consommé dans 16 décès (16 hommes sur 20, ou 80 %).



HOMICIDE

PAR ÂGE ET PAR SEXE

Groupe d'âge	Homme	Femme	Total	Consommation d'alcool
De 0 à 19 ans				
De 20 à 29 ans				
De 30 à 39 ans	2		2	2
De 40 à 49 ans	1	2	3	2
De 50 à 59 ans				
60 ans et plus				
Total	3	2	5	4

Par région

Région	Total
Beaufort-Delta	1
Sahtu	
Dehcho	
Slave Nord	3
Slave Sud	1
Total	5

En 2015, cinq décès ont été déclarés des homicides. Les homicides représentent ainsi 5,88 % 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 2015, 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, Wekweèeti, 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

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.

La procédure implique le recours à un jury formé de six membres, conformément à la *Loi sur le jury*. Ce jury entend les déclarations sous serment des témoins. Il formule aussi des recommandations afin de prévenir de possibles décès dans des circonstances similaires.

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) de découvrir l'identité de 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;
- 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 CHOISIS
CONTENANT DES RECOMMANDATIONS
(RAPPORTS REMIS EN 2015)

Cas n° 1

Un homme de 62 ans ayant des antécédents de dépression avec idées suicidaires et dépendance à l'alcool a été retrouvé mort dans le lit qui se trouvait dans la chambre de son appartement. Deux mois avant sa mort, il avait consulté son conseiller plusieurs fois. Lors de ces consultations, il a décrit son manque d'appétit, le fait qu'il dormait plusieurs heures par jour, et aussi sa profonde dépression avec idées suicidaires. Il avait demandé à plusieurs reprises d'être hospitalisé afin qu'on stabilise son état.

On a déterminé que la cause du décès était une intoxication à la morphine. Le décès a été classé « indéterminé ».

Commentaires et recommandations

Le Service du coroner des TNO a formulé les recommandations suivantes à l'Administration des services de santé et des services sociaux de Beaufort-Delta :

1. Que l'Administration de santé de Beaufort-Delta passe en revue les soins prodigués à cette personne.

(En raison des antécédents sociaux et à long terme du patient, y compris les problèmes de toxicomanie, un examen des pratiques exemplaires conjointement avec un examen des politiques et des procédures s'imposent dans le présent cas.)

ANNEXE B

RÉSUMÉ DES ENQUÊTES PUBLIQUES

AUCUNE ENQUÊTE PUBLIQUE N' A EU LIEU EN 2015.

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.