



**Office of the Chief Coroner
Bureau du coroner en chef**

NORTHWEST TERRITORIES CORONER SERVICE

2016 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
2016 Case Statistics	8
Caseload by Manner and Region	9
Caseload by Manner and Month	10
Suicide	11
Accidental	12
Homicide	13
Coroner Appointments	14
Concluding Coroner Investigations.....	14
Report of Coroner	14
Inquests.....	15
Appendix “A”: Summary of Selected Coroner Reports Containing Recommendations	
Case # 1	17
Appendix “B”: Summary of Coroner’s Inquest	
Case # 1	19
Accomplishments	20
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 under the Territorial Department of Justice for organizational and administrative purposes, and 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 30 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 the Graham R. Jones Forensic Toxicology Laboratory.

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 the period of 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 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 health care professional;
 - (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;
 - (h) occurs while the deceased is detained by or in the custody of a police officer; or
 - (i) occurs while the Director of Child and Family Services has the rights and responsibilities of a parent under the *Child and Family Services Act* in respect of the person of the deceased.
- 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. S.N.W.T. 2010, c.16,Sch.A,s.9 (3); S.N.W.T. 2015, c.22,s.5.*

NWT REGIONS



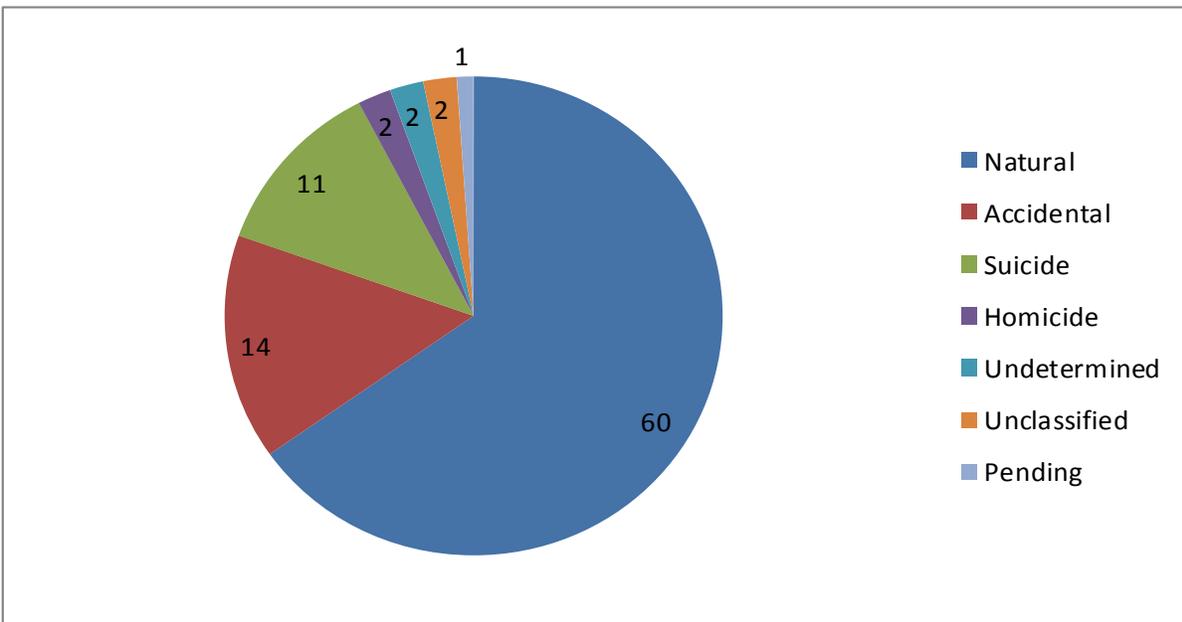
Obtained from http://www.enr.gov.nt.ca/_live/documents/content/Administrative_regions.pdf

2016 CASE STATISTICS

TOTAL CASES

Total Cases			
Manner of Death	Number	Cases %	Population % *
Natural	60	65.22%	0.1349%
Accidental	14	15.22%	0.0315%
Suicide	11	11.96%	0.0247%
Homicide	2	2.17%	0.0045%
Undetermined	2	2.17%	0.0045%
Unclassified	2	2.17%	N/A
Pending	1	1.09%	0.0022%
Total	92	100%	0.2069%

Data is subject to adjustment when the pending case is classified.

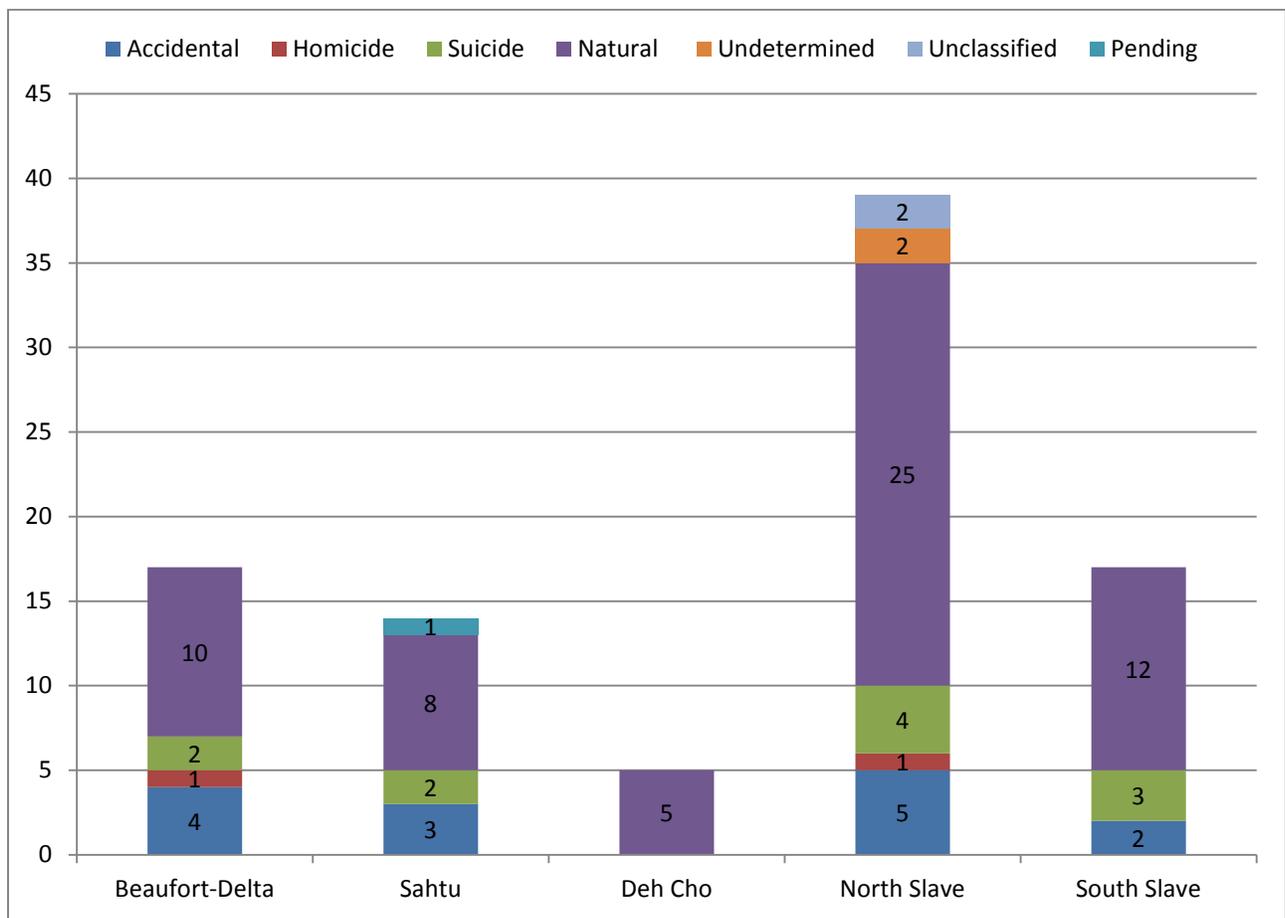


Unclassified cases are not represented in the population figures since they are non-human in origin. In 2016, two cases were determined to be unclassified.

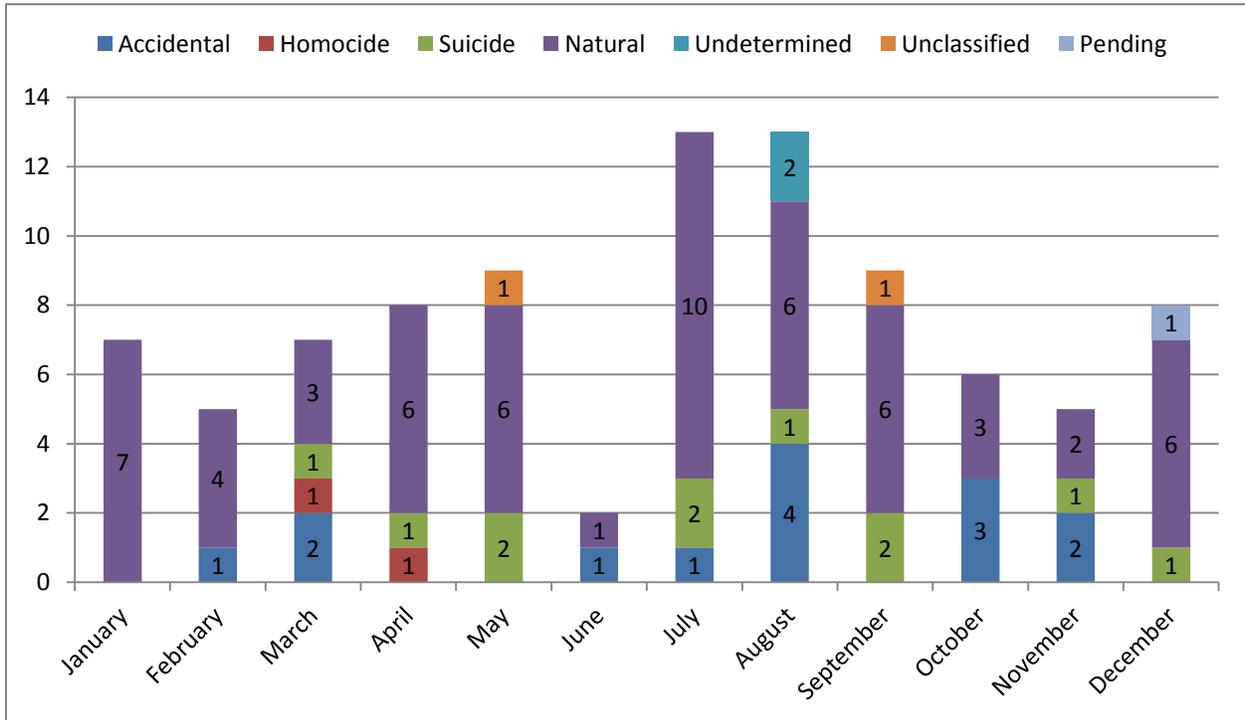
* Based on an NT population estimate of 44,469 retrieved August 24, 2017 at <http://www.statsnwt.ca/population/population-estimates/>

CASELOAD BY MANNER AND REGION

Region	Accidental	Homicide	Suicide	Natural	Undetermined	Unclassified	Pending	Total
Beaufort-Delta	4	1	2	10				17
Sahtu	3		2	8			1	14
Deh Cho				5				5
North Slave	5	1	4	25	2	2		39
South Slave	2		3	12				17
Total	14	2	11	60	2	2	1	92



CASELOAD BY MANNER AND MONTH

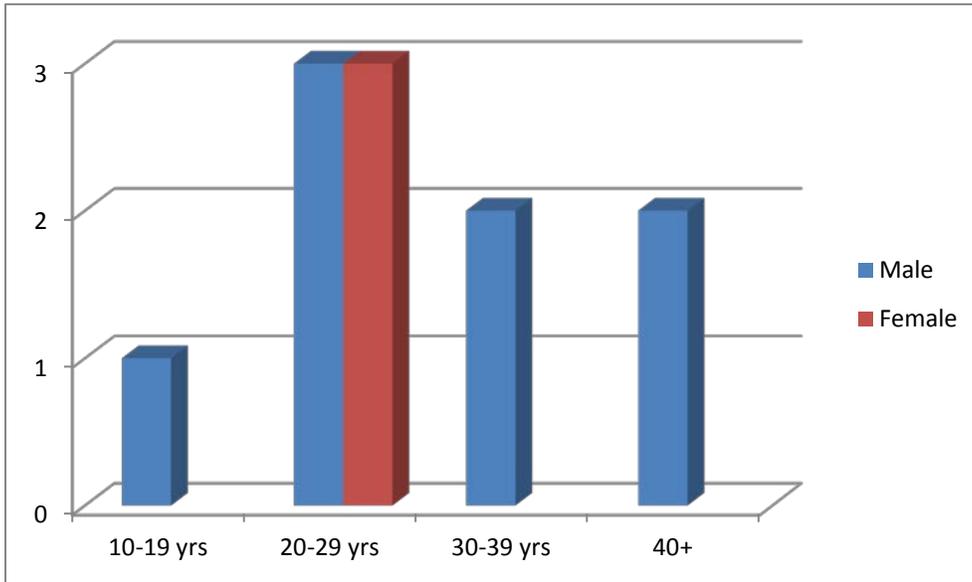


Month	Accidental	Homicide	Suicide	Natural	Undetermined	Unclassified	Pending	Total
January				7				7
February	1			4				5
March	2	1	1	3				7
April		1	1	6				8
May			2	6		1		9
June	1			1				2
July	1		2	10				13
August	4		1	6	2			13
September			2	6		1		9
October	3			3				6
November	2		1	2				5
December			1	6			1	8
Total	14	2	11	60	2	2	1	92

SUICIDE

BY GENDER AND AGE

Age Group	Male	Female	Total
10-19 years	1		1
20-29 years	3	3	6
30-39 years	2		2
40 + years	2		2
Total	8	3	11

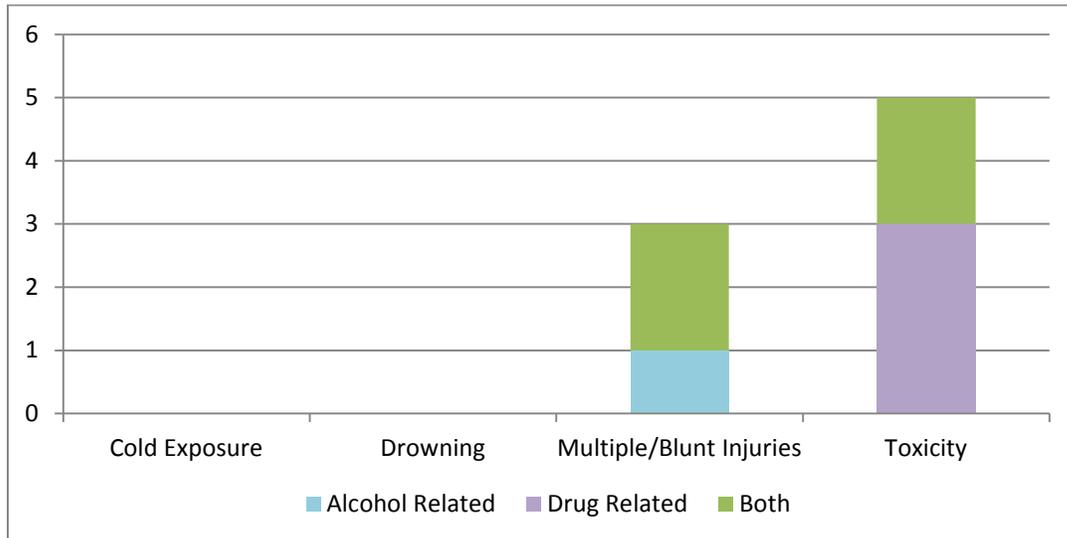
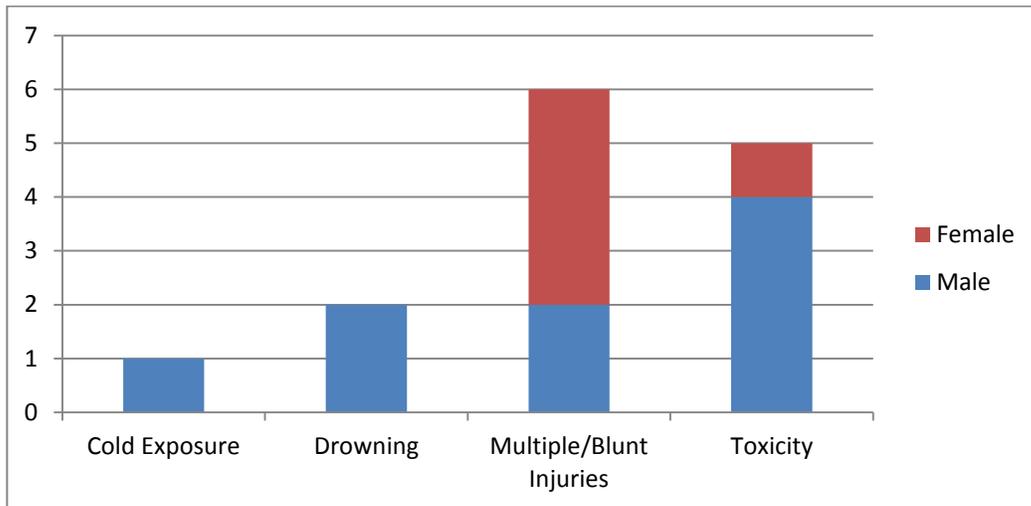


In 2016 there were eleven suicides; eight males and three females. Four of these suicides involved men over the age of 30. Toxicology examination confirmed the presence of alcohol in six of the eleven suicides and drugs were detected in two of the suicides.

ACCIDENTAL BY CAUSE AND GENDER

Cause of Death	Male	Female	Total
Cold Exposure	1		1
Drowning	2		2
Multiple/Blunt Injuries	2	4	6
Toxicity	4	1	5
Totals	9	5	14

Accidental deaths accounted for 15.22% of reported deaths in 2016. The majority of accidental deaths were males (9 of 14 or 64%), and 8 were alcohol and/or drug related (8 of 14 or 57%).



HOMICIDE

BY AGE AND GENDER

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

BY REGION

Region	Total
Beaufort-Delta	1
Sahtu	
Deh Cho	
North Slave	1
South Slave	
Total	2

In 2016, there were two homicides. Homicides accounted for 2.17% 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 local government and the 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 2016, there were 33 coroners across the Northwest Territories, with 16 men and 17 women.

There are currently no coroners residing in the communities of Colville Lake, 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 and Certificate of Coroner".

REPORT AND CERTIFICATE OF CORONER

The Report and Certificate 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 and Certificate of Coroner.

Recommendations are often made and are forwarded to the appropriate department, agency or person in hopes of providing information and advice that may prevent similar deaths. Reports and Certificates 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 and Certificate 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 considers the request and issues 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 2016)

Case # 1

This 76-year-old woman who had a long medical history including Chronic Alcohol Abuse, active smoker, Hypertension, and Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) died while in the hospital. She was assessed as having renal failure, liver failure, pneumonia, sepsis and alcohol withdrawal. Although she received medical interventions including antibiotics, IV fluids, vasopressors via intraosseous, and intubation, she continued to decline. Medical consultations were done with doctors in Yellowknife and in Edmonton, but it was determined there was no other treatment option for her.

Four days before her death she had gone to the Health Center complaining of shortness of breath and of feeling unwell. She stated she had been feeling unwell for 10 days. The following day she returned to the Health Center, a chest X-ray was taken, and she was referred to the Internal Medical Clinic in another community for an appointment in two days.

It was determined that the cause of death was Sepsis due to Pneumonia. Other significant conditions contributing to her death include COPD and Chronic Alcohol Abuse. The death was classified as Natural.

Comments and Recommendation:

NWT Coroner Service makes the following recommendation:

To the Department of Health:

To review the current policy and procedures of the Med-Response Call Center regarding training practices for Community Health Care professionals on what clinical supports are available to them when faced with a critical situation.

(The Coroner's Investigation revealed that the health care professionals had only been in the community for a short period, and were unaware that Med Response provided this support. A chest X-ray was taken on May 9, 2016, but was not reviewed until May 11, 2016.)

APPENDIX “B”
SUMMARY OF CORONER’S INQUESTS

Case # 1

Verdict of Coroner's Jury

Deceased:	Wilfred Emile
Date and time of Death:	October 26, 2015 at 3:45 am
Place of Death:	Fort Smith Health Centre
Cause of Death:	Complications of Chronic Obstructive Pulmonary Disease
Manner of Death:	Natural

Circumstances under which death occurred:

On October 16, 2015 Wilfred Emile was detained for public intoxication. While in custody Wilfred Emile became unresponsive and an ambulance was called. Mr. Emile was transported to the Fort Smith Health Centre, where he received significant medical intervention. In the early morning of October 17, 2015, Mr. Emile was transported to Royal Alexandra Hospital in Edmonton, AB. He received diagnostic and supportive medical care. On October 21, 2015 Mr. Emile was transported back to Fort Smith Health Centre to receive palliative care. On October 26, 2015 Wilfred Emile passed away with family present.

RECOMMENDATIONS:

Royal Canadian Mounted Police & Department of Health and Social Services & Town of Fort Smith:

- Within one calendar year of this inquest, The Royal Canadian Mounted Police and the Department of Health and Social Services will, in consultation with relevant stakeholders in the Town of Fort Smith, including citizens without agency, establish a mutually agreed upon procedure for dealing with individuals displaying symptoms consistent with a dangerous level of intoxication.
- The Royal Canadian Mounted Police and the Department of Health and Social Services will ensure this mutually agreed upon procedure is clearly communicated to officers and health workers, as well as public welfare and housing providers and other interested citizens in the Town of Fort Smith.

ACCOMPLISHMENTS

Changes were made to the *Coroners Act*, with the phase 1 amendments coming into effect in March 2016 and the phase 2 amendments following in January 2017.

The Mass Fatality Response Plan was completed in its final draft.

The Coroner Service continues to be involved with a number of initiatives including Medical Assistance in Dying (“MAID”), Domestic Violence Homicides, the Opioid Crisis, and providing assistance to the Inquiry into Missing and Murdered Indigenous Women and Girls (“MMIWG”).

The Service participates in a number of research agreements each year. We provide research data to different organizations, such as AB/NWT lifesaving Society and Traffic Injury Research Foundation.

We also have taken part a number of school presentations with the delivery of High Risk Behaviour presentations.

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 very difficult conditions - a high level of dedication and professionalism.



**Office of the Chief Coroner
Bureau du coroner en chef**

SERVICE DU CORONER DES TERRITOIRES DU NORD-OUEST

RAPPORT ANNUEL 2016

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 2016	8
Nombre de décès par circonstance et par région	9
Nombre de décès par circonstance et par mois	10
Suicide	11
Accident	12
Homicide	13
Nominations au Bureau du coroner	14
Conclusions des enquêtes du coroner	14
Rapport du coroner	14
Enquêtes publiques	15
Annexe A : Résumé des rapports de coroner contenant des recommandations	
Cas n ^o 1.....	17
Annexe B : Résumé des enquêtes publiques	
Cas n ^o 1.....	19
Réalisations.....	20
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, contactez-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 30 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. Menard. M^{me} Menard 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, la dépouille est envoyée au salon funéraire Foster & McGarvey, avec lequel le gouvernement a un contrat pour la préparation et le rapatriement des corps. Les services de toxicologie sont fournis au Service du coroner par le laboratoire de toxicologie judiciaire Graham R. Jones.

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 l'essor rapide de l'industrialisation au XIX^e siècle et l'augmentation associée des accidents de travail, 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 volets 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 avant d'examiner les éléments recueillis, de déterminer les faits et de prendre une décision quasi judiciaire

concernant le décès d'une personne. Le coroner peut également formuler des recommandations en vue de prévenir des décès 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.

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 jury du coroner 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 ou notés de la personne décédée et qui n'est pas causé par un événement ou un facteur externe, une personne ou autre.

DÉCÈS ACCIDENTEL : Tout décès inattendu découlant d'une ou de plusieurs actions d'une personne qui l'ont conduite à sa mort non intentionnelle, ou la mort de toute personne causée par un facteur 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 ni de responsabilité.)

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 de corps qui ont été trouvés, analysés, et jugés d'origine non humaine.)*

LOI SUR LES CORONERS – DÉCLARATION DES DÉCÈS

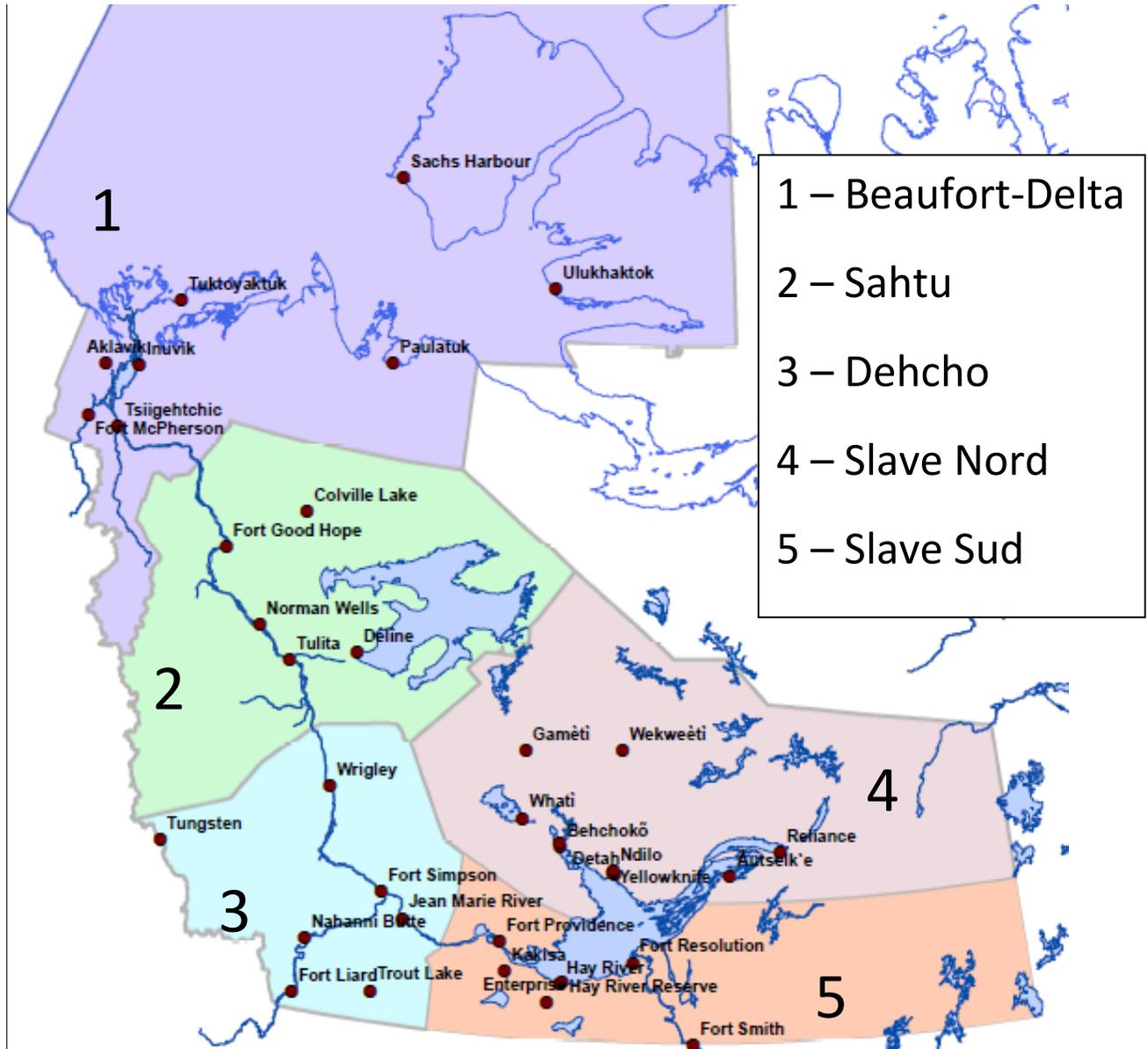
Obligation de signaler **8. (1)** *Toute personne signale immédiatement à un coroner ou à un policier un décès dont elle a connaissance et qui se produit dans les Territoires du Nord-Ouest ou par suite d'événements qui se produisent dans les Territoires du Nord-Ouest lorsque le décès survient :*

- (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 apparente;
- (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.

Rapport annuel 2016 du Service du coroner des TNO

- 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



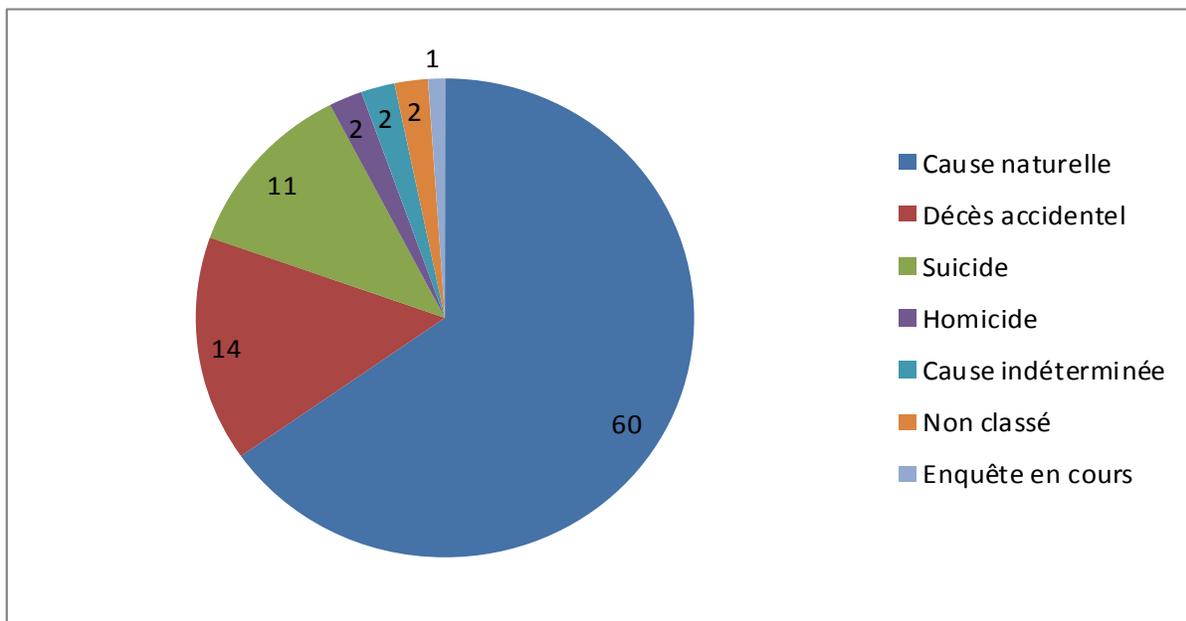
Tiré de : http://www.enr.gov.nt.ca/_live/documents/content/Administrative_regions.pdf

STATISTIQUES 2016

TOTAL DES CAS

Total des cas			
Circonstance	Nombre	% des cas	de la population*
Cause naturelle	60	65,22%	0,1349%
Décès accidentel	14	15,22%	0,0315%
Suicide	11	11,96%	0,0247%
Homicide	2	2,17%	0,0045%
Cause indétermin	2	2,17%	0,0045%
Non classé	2	2,17%	S.O.
Enquête en cours	1	1,09%	0,0022%
Total	92	100%	0,2069%

Les données pourraient changer si le cas faisant l'objet d'une enquête est classé.

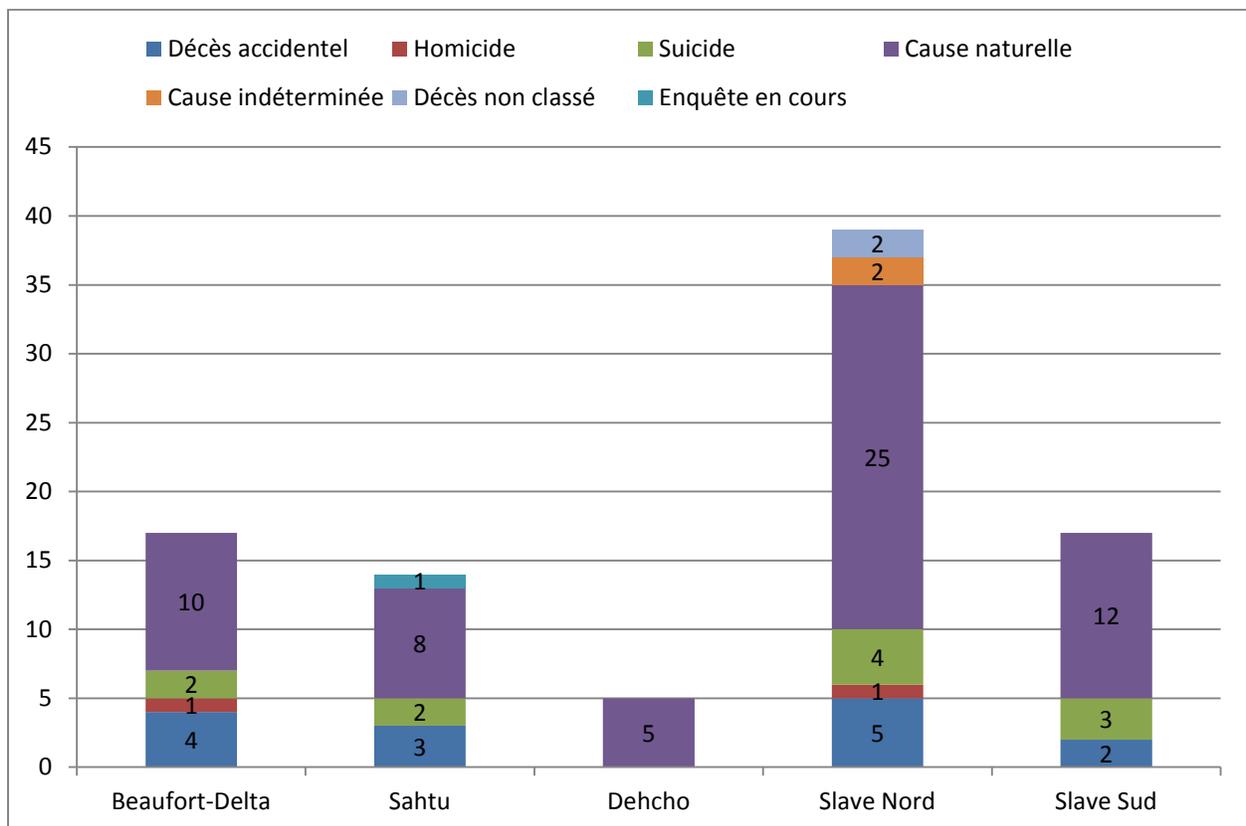


Les cas non classés ne sont pas pris en compte dans la colonne « % de la population », car il a été déterminé qu'ils n'étaient pas d'origine humaine. En 2016, deux cas ont été placés dans la catégorie des décès non classés.

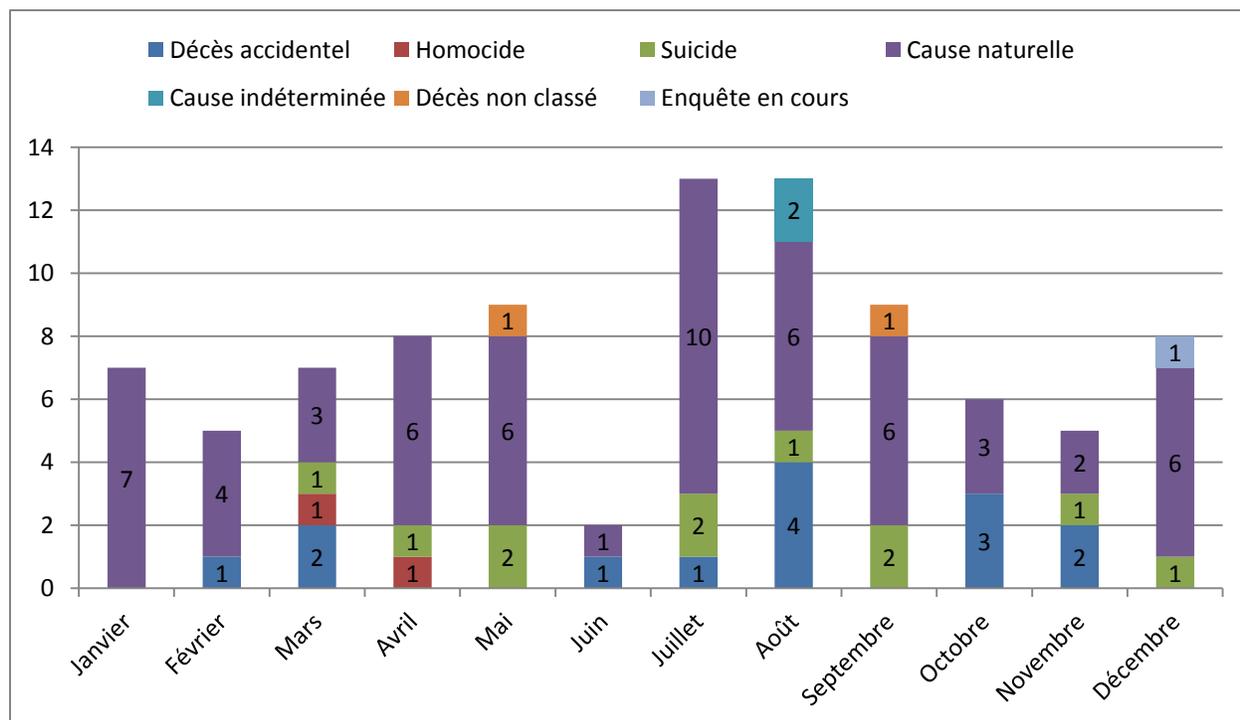
* Selon une population ténosée estimée à 44 469 habitants. Données en date du 24 août 2017 et tirées du <http://www.statsnwt.ca/population/population-estimates/>

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	4	1	2	10				17
Sahtu	3		2	8			1	14
Dehcho				5				5
Slave Nord	5	1	4	25	2	2		39
Slave Sud	2		3	12				17
Total	14	2	11	60	2	2	1	92



NOMBRE DE CAS PAR CIRCONSTANCE ET PAR MOIS

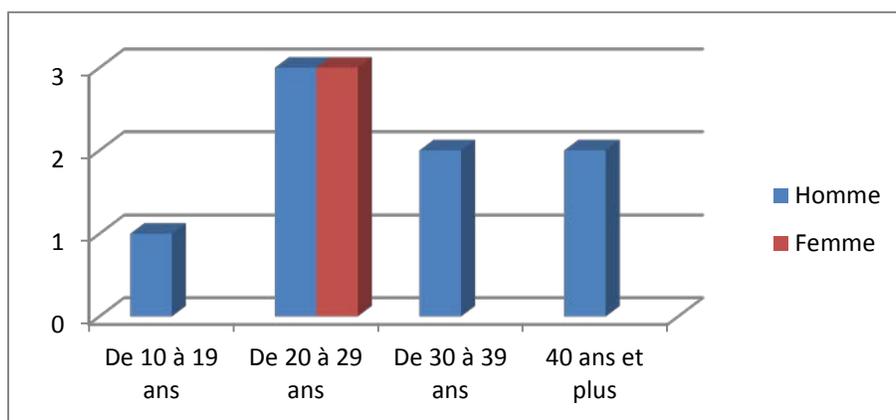


Mois	Décès accidentel	Homicide	Suicide	Cause naturelle	Cause indéterminée	Décès non classé	Enquête en cours	Total
Janvier				7				7
Février	1			4				5
Mars	2	1	1	3				7
Avril		1	1	6				8
Mai			2	6		1		9
Juin	1			1				2
Juillet	1		2	10				13
Août	4		1	6	2			13
Septembre			2	6		1		9
Octobre	3			3				6
Novembre	2		1	2				5
Décembre			1	6			1	8
Total	14	2	11	60	2	2	1	92

SUICIDES

PAR SEXE ET PAR ÂGE

Groupe d'âge	Homme	Femme	Total
De 10 à 19 ans	1		1
De 20 à 29 ans	3	3	6
De 30 à 39 ans	2		2
40 ans et plus	2		2
Total	8	3	11



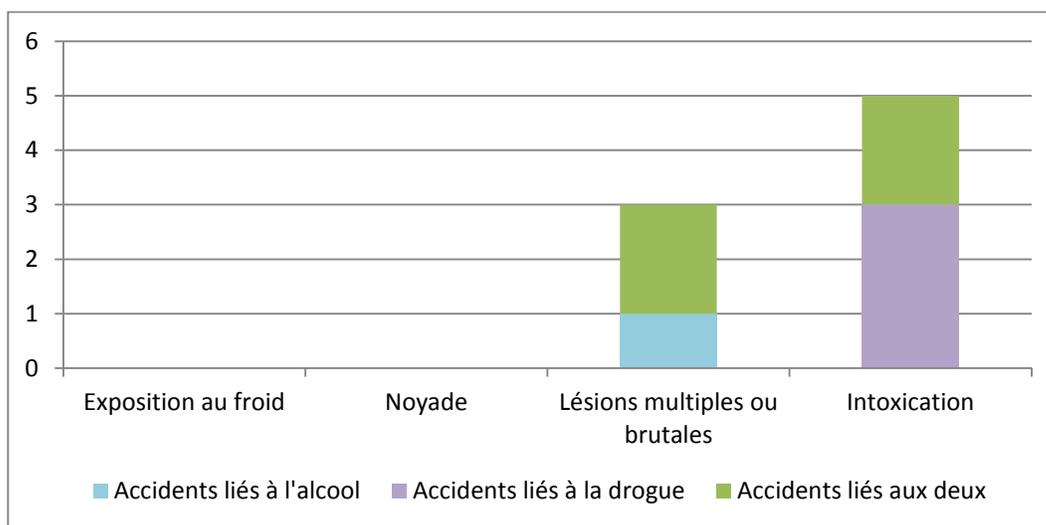
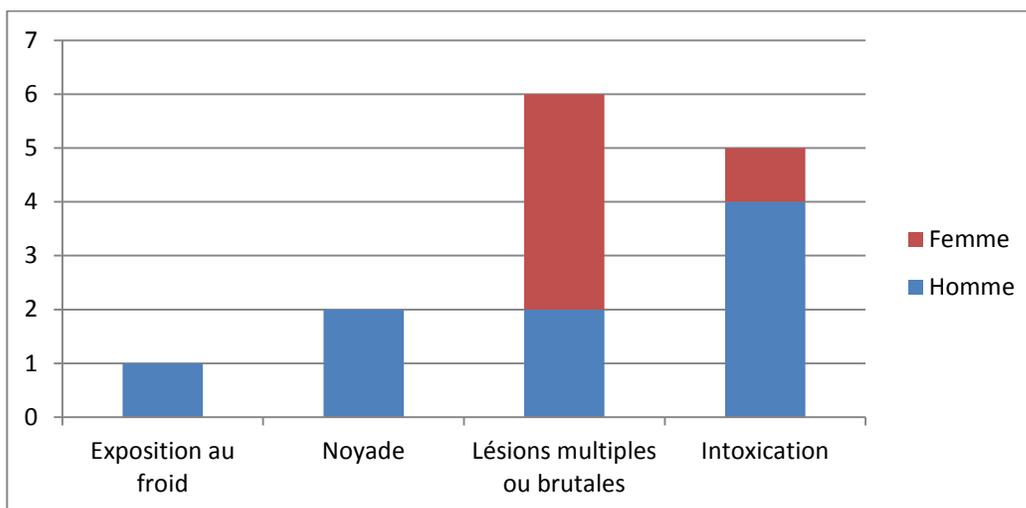
En 2016, on a signalé onze suicides, soit huit hommes et trois femmes. Quatre de ces suicides concernaient des hommes de plus de 30 ans. L'examen toxicologique a confirmé la présence d'alcool pour six des onze cas de suicide, et de drogue pour deux de ces suicides.

DÉCÈS ACCIDENTELS

SELON LA CAUSE ET LE SEXE

Cause du décès	Homme	Femme	Total
Exposition au froid	1		1
Noyade	2		2
Lésions multiples ou brutales	2	4	6
Intoxication	4	1	5
Totaux	9	5	14

En 2016, les décès accidentels représentaient 15,22 % des décès signalés. La majorité des personnes décédées étaient des hommes (9 sur 14, soit 64 %). De l'alcool ou de la drogue était en cause dans 8 cas (8 sur 14, soit 57 %).



HOMICIDES

SELON L'ÂGE ET LE SEXE

Groupe d'âge	Homme	Femme	Total	Alcool en cause
De 0 à 19 ans				
De 20 à 29 ans	1		1	1
De 30 à 39 ans				
De 40 à 49 ans	1		1	1
De 50 à 59 ans				
60 ans et plus				
Total	2		2	2

PAR RÉGION

Région	Total
Beaufort-Delta	1
Sahtu	
Dehcho	
Slave Nord	1
Slave Sud	
Total	2

En 2016, deux décès ont été classés comme des homicides. Les homicides représentaient donc 2,17 % des décès signalés.

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 administrations municipales et d'autres administrations locales. 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 gouvernement local 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 également informé de la nomination envisagée. Le ministre de la Justice nomme les coroners pour un mandat de trois ans.

En 2016, on comptait 36 coroners aux Territoires du Nord-Ouest, soit 16 hommes et 17 femmes.

À l'heure actuelle, il n'y a pas de coroner dans les collectivités de Colville Lake, Fort Good Hope, Gameti, Whati, Wekweèti, Paulatuk, Enterprise, Nahanni Butte, Tsiigehtchic et Wrigley.

CONCLUSION DES ENQUÊTES DU CORONER

Tous les cas soumis aux coroners aboutissent à un rapport ou à une enquête du coroner. La méthode la plus couramment utilisée est le « rapport et certificat du coroner ».

RAPPORT ET CERTIFICAT DU CORONER

Le rapport et certificat du coroner est un document qui fait un bref compte-rendu des résultats d'une enquête du coroner. Il résume et précise 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. En cas d'enquête, c'est le verdict du jury qui remplace le rapport et certificat du coroner.

Il arrive fréquemment que des recommandations soient formulées et transmises au ministère, à la personne ou à l'organisme concernés dans l'espoir de fournir une information précieuse pour prévenir des décès semblables. Les rapports et certificats des coroners qui contiennent des recommandations sont distribués au besoin 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 et certificat du coroner font habituellement l'objet d'une enquête. Il s'agit d'une instance quasi judiciaire permettant au public de présenter des preuves en lien avec le décès.

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

Un coroner doit lancer une enquête quand la personne décédée était en détention involontaire au moment du décès. Il peut également mener une enquête quand, de l'avis du coroner, il est nécessaire pour l'une des raisons suivantes :

- a) identifier le défunt ou déterminer les circonstances du décès;
- b) informer le public des circonstances du décès, si l'intérêt public l'exige;
- c) faire connaître au public les pratiques et les situations dangereuses, et faciliter la formulation de recommandations afin d'éviter que surviennent des décès qui peuvent être évités;
- d) informer le public des pratiques et des situations dangereuses afin d'éviter que surviennent des décès qui peuvent être évités.

Si un coroner détermine qu'une enquête n'est pas nécessaire, le plus proche parent de la personne décédée ou une autre personne concernée peut demander qu'une enquête ait lieu. 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 du bien-fondé de l'appel et rendra une décision motivée par écrit dans les 10 jours suivant la réception de l'appel. La décision du coroner en chef est finale conformément au pouvoir du ministère de la Justice de demander ou d'ordonner une enquête en vertu de l'article 24 de la *Loi sur les coroners*.

ANNEXE A
RÉSUMÉ DE RAPPORTS DE CORONER CHOISIS
CONTENANT DES RECOMMANDATIONS
(RAPPORTS REMIS EN 2016)

Cas n° 1

Une femme de 76 ans ayant de longs antécédents médicaux, notamment un alcoolisme chronique, de l'hypertension et une maladie pulmonaire obstructive chronique, et étant fumeuse, est décédée pendant son séjour à l'hôpital. Il a été déterminé qu'elle souffrait d'insuffisance rénale, d'insuffisance hépatique, d'une pneumonie, de septicémie et de sevrage alcoolique. Bien que des interventions médicales aient été réalisées, notamment l'administration d'antibiotiques, de solutions intraveineuses, de vasopresseurs par voie intraveineuse, et l'intubation, son état a continué de s'aggraver. Des médecins de Yellowknife et d'Edmonton ont été consultés, mais il a été déterminé qu'il n'y avait pas d'autres traitements possibles dans son cas.

Quatre jours avant son décès, elle s'était rendue au centre de santé parce qu'elle se sentait mal et était essoufflée. Elle a mentionné qu'elle ne se sentait pas bien depuis 10 jours. Elle est retournée au centre de santé le lendemain, et une radiographie des poumons a été faite, puis on lui a pris un rendez-vous à la clinique de médecine interne d'une autre collectivité prévu deux jours plus tard.

Il a été déterminé que la cause du décès était une septicémie due à une pneumonie, et que d'autres problèmes importants de santé avaient contribué à son décès, notamment une maladie pulmonaire obstructive chronique et l'alcoolisme. La cause du décès a été classée comme naturelle.

Commentaires et recommandations

Le Service du coroner des TNO formule les recommandations suivantes :

Au ministère de la Santé et des Services sociaux :

Passer en revue la politique et les procédures actuelles du centre d'appel Urgences-médecin concernant la formation des professionnels de la santé communautaire sur les soutiens cliniques mis à leur disposition en cas d'urgence.

(L'enquête du coroner indiquait que les professionnels de la santé étaient dans la collectivité depuis peu, et ne savaient pas qu'Urgences-médecin offrait ce soutien. Une radiographie des poumons a été faite le 9 mai 2016, mais n'a pas été examinée avant le 11 mai 2016.)

ANNEXE B

RÉSUMÉ DES ENQUÊTES DU CORONER

Cas n° 2

Verdict du jury du coroner

Personne décédée :	Wilfred Emile
Date et heure du décès :	Le 26 octobre 2015 à 3 h 45
Lieu du décès :	Centre de santé de Fort Smith
Cause du décès :	Complications suite à une maladie pulmonaire obstructive chronique
Circonstances du décès :	Cause naturelle

Circonstances dans lesquelles le décès a eu lieu :

Le 16 octobre 2015, Wilfred Emile était en détention pour état d'ébriété sur la voie publique. Pendant qu'il était en détention, M. Emile a perdu connaissance et on a appelé une ambulance. M. Emile a été transporté au centre de santé de Fort Smith, où il a reçu des soins médicaux importants. Tôt le matin du 17 octobre 2015, M. Emile a été transféré à l'hôpital royal Alexandra d'Edmonton, en Alberta. Un diagnostic a été posé et il a reçu des soins médicaux de soutien. M. Emile a été transporté au centre de soins de santé de Fort Smith le 21 octobre 2015 pour recevoir des soins palliatifs. Il est décédé le 26 octobre 2015 en présence de sa famille.

RECOMMANDATIONS :

À la Gendarmerie royale du Canada, au ministère de la Santé et des Services sociaux et à la ville de Fort Smith :

- Dans un délai d'une année civile à compter de cette enquête, la Gendarmerie royale du Canada et le ministère de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec des intervenants pertinents comprenant la ville de Fort Smith et des citoyens qui ne sont pas affiliés à un organisme, établiront une procédure mutuellement convenue pour prendre en charge toute personne présentant des symptômes révélant un degré d'intoxication dangereux.
- La Gendarmerie royale du Canada et le ministère de la Santé et des Services sociaux veilleront à ce que cette procédure mutuellement convenue soit clairement transmise aux policiers et aux travailleurs de la santé, ainsi qu'aux prestataires de bien-être public et aux fournisseurs de logements et à d'autres citoyens intéressés dans la ville de Fort Smith.

RÉALISATIONS

Des changements ont été apportés à la *Loi sur les coroners*, la première vague de modifications étant entrée en vigueur en mars 2016 et la deuxième vague en janvier 2017.

La version finale du plan d'intervention en cas de décès de masse est terminée.

Le Service du coroner continue de prendre part à un certain nombre d'initiatives, y compris l'aide médicale à mourir, les homicides dus à la violence familiale ou la crise des opioïdes, et fournit de l'aide dans le cadre de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées.

Le Service conclut des conventions de recherche chaque année. Nous fournissons également des données de recherche à différents organismes, notamment la Société de sauvetage de l'Alberta et des TNO et la Fondation de recherches sur les blessures de la route.

Nous avons également fait un certain nombre de présentations dans les écoles, notamment celle sur les comportements à hauts risques.

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.