

OFFICE OF THE CHIEF CORONER

**NORTHWEST TERRITORIES
CORONER SERVICE**

2014 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
2014 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
Case # 2	21
Case # 3	22
Case # 4	24
Appendix “B”: Summary of Coroner’s Inquest.....	25
Expressions of Appreciation	26

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

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 *Coroner's 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 31 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 a death that results from the intervention of a non-human agency.

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

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

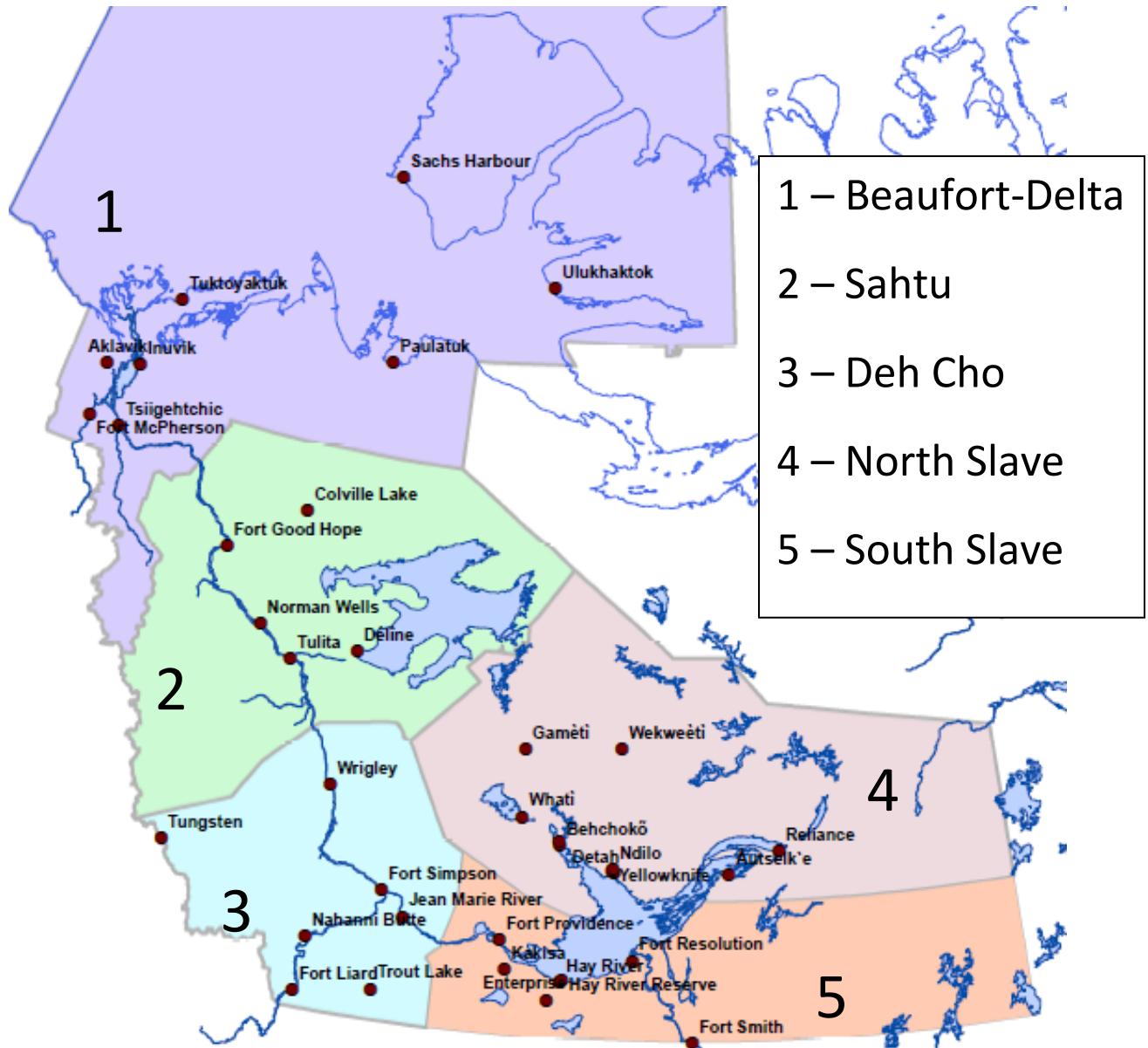
UNDETERMINED - If a death cannot be classified into one of the above categories, it should simply be classified as "undetermined".

(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 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

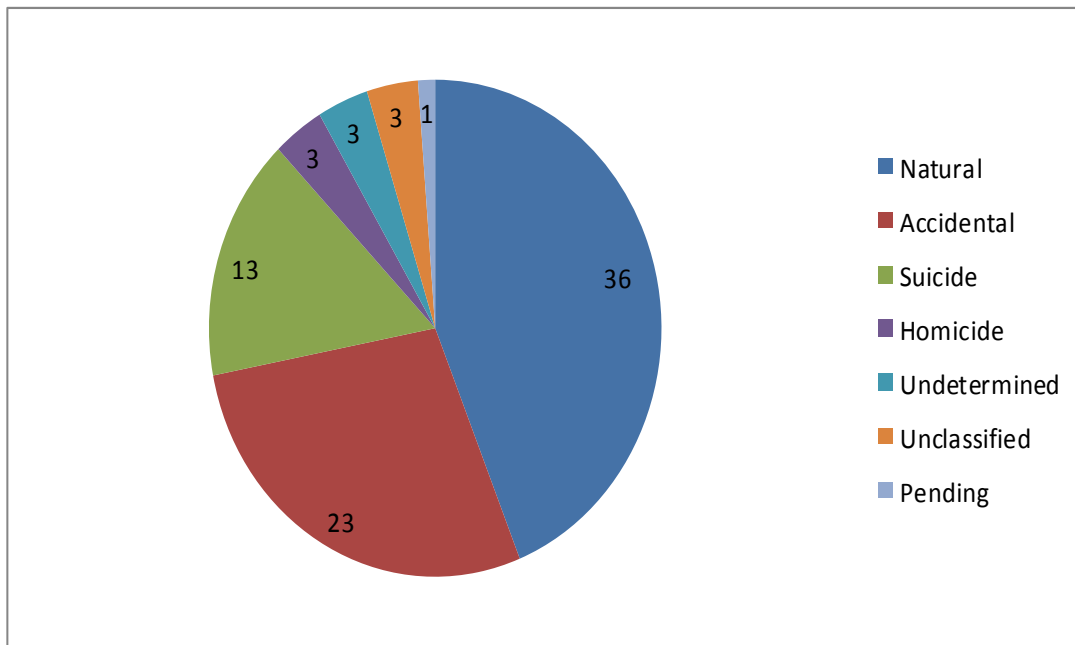


Obtained from http://www.enr.gov.nt.ca/_live/documents/content/Administrative_regions.pdf

2014 CASE STATISTICS

TOTAL CASES

Total Cases			
Manner of Death	Number*	Cases %	Population % **
Natural	36	43.90%	0.0826%
Accidental	23	28.05%	0.0528%
Suicide	13	15.85%	0.0298%
Homicide	3	3.66%	0.0069%
Undetermined	3	3.66%	0.0069%
Unclassified	3	3.66%	N/A
Pending	1	1.22%	0.0023%
Total	82	100%	0.1881%



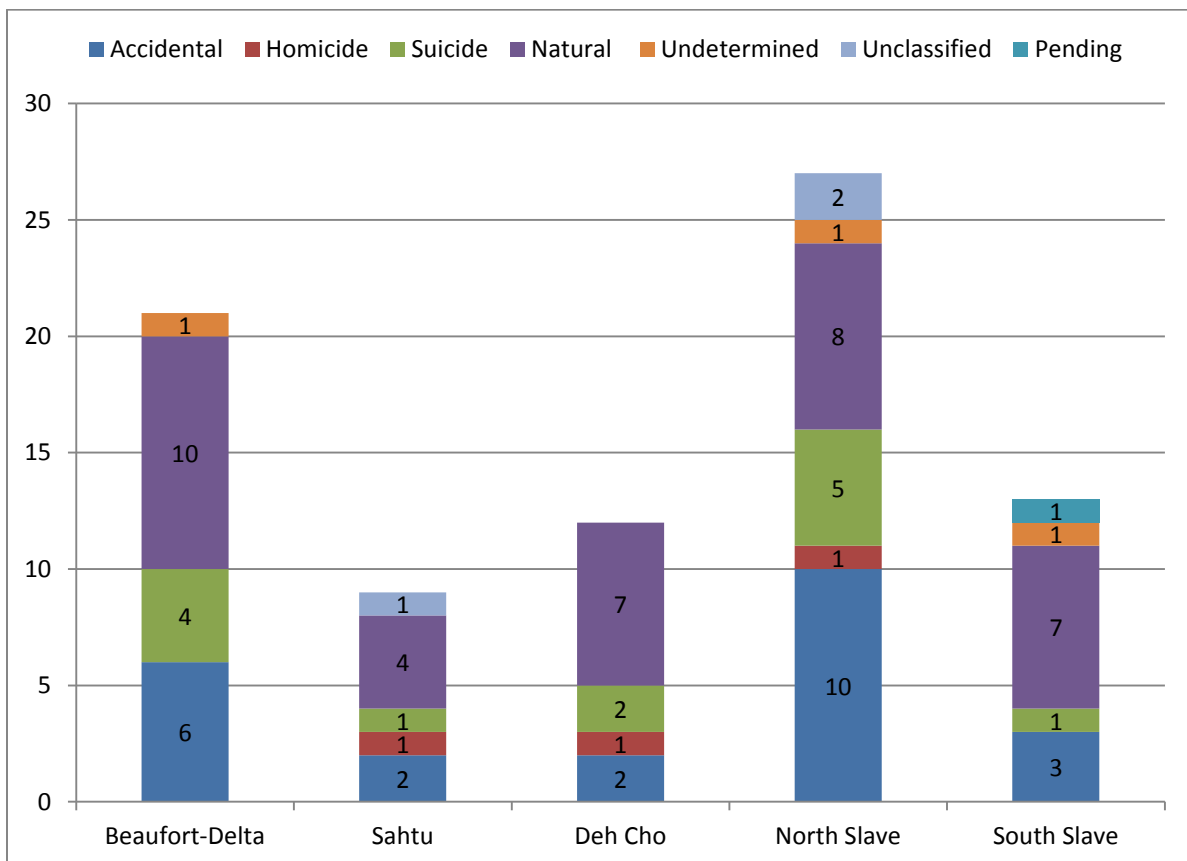
Unclassified cases are not represented in the population figures since they are non-human in origin. In 2014, three cases were determined to be unclassified.

* At the time of the release of this annual report we have one case pending.

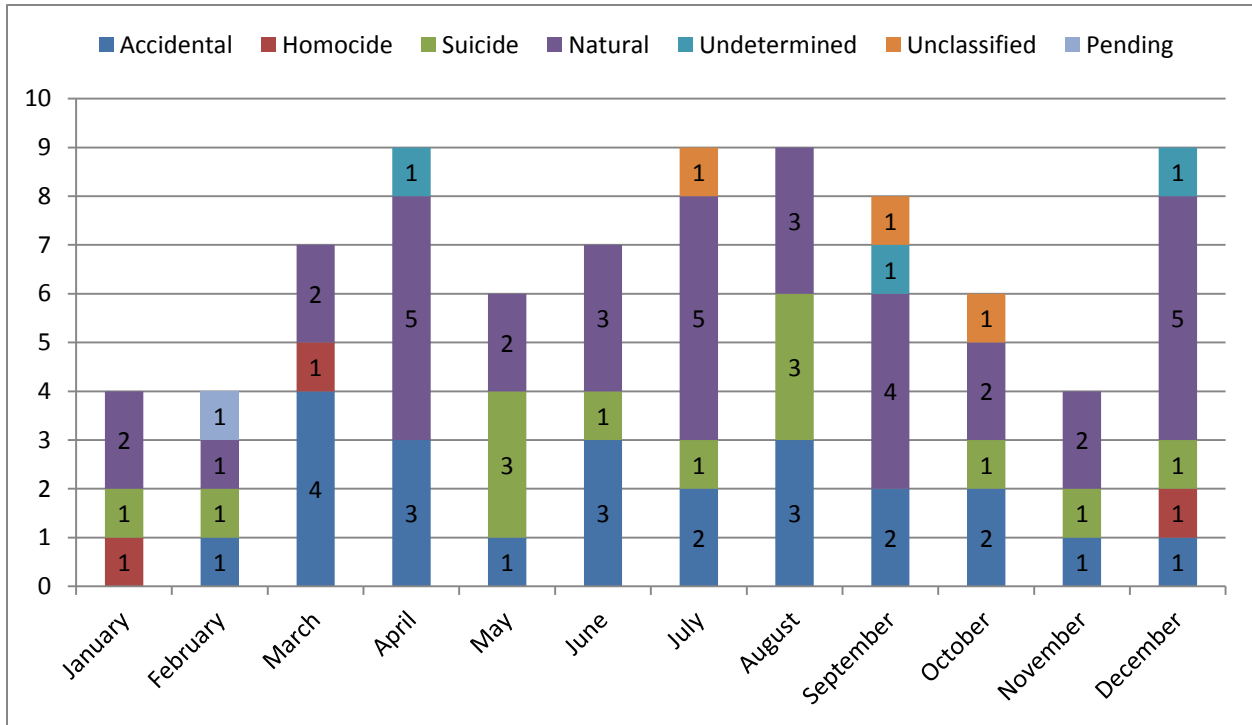
** Based on an Annual NT population estimate of 43,595 retrieved March 26, 2015 at <http://www.statsnwt.ca/population/population-estimates/PopEstJan2015.pdf>

CASELOAD BY MANNER AND REGION

Region	Accidental	Homicide	Suicide	Natural	Undetermined	Unclassified	Pending	Total
Beaufort-Delta	6		4	10	1			21
Sahtu	2	1	1	4		1		9
Deh Cho	2	1	2	7				12
North Slave	10	1	5	8	1	2		27
South Slave	3		1	7	1		1	13
Total	23	3	13	36	3	3	1	82



CASELOAD BY MANNER AND MONTH

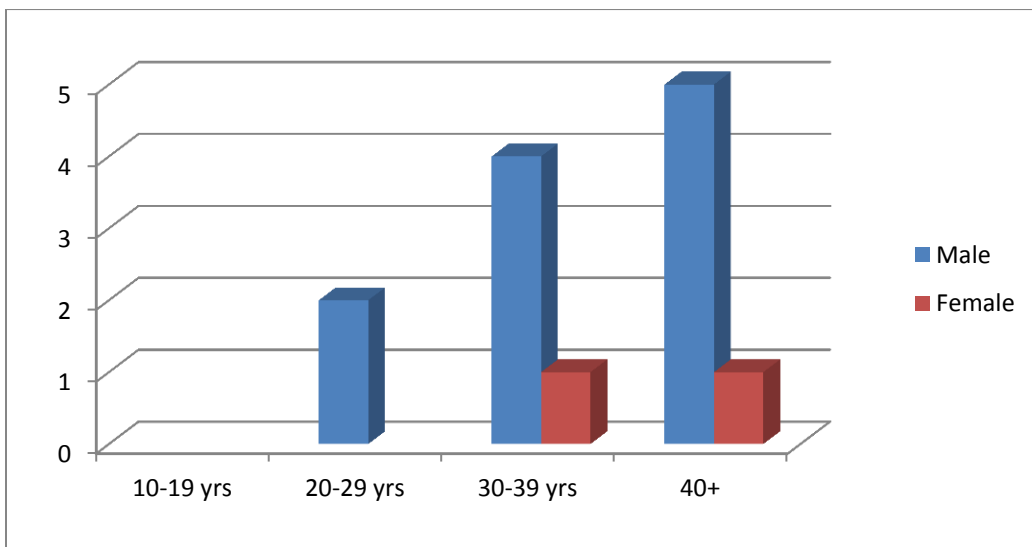


Month	Accidental	Homicide	Suicide	Natural	Undetermined	Unclassified	Pending	Total
January		1	1	2				4
February	1		1	1			1	4
March	4	1		2				7
April	3			5	1			9
May	1		3	2				6
June	3		1	3				7
July	2		1	5		1		9
August	3		3	3				9
September	2			4	1	1		8
October	2		1	2		1		6
November	1		1	2				4
December	1	1	1	5	1			9
Total	23	3	13	36	3	3	1	82

SUICIDE

BY GENDER AND AGE

Age Group	Male	Female	Total
10-19 years			
20-29 years	2		2
30-39 years	4	1	5
40 + years	5	1	6
Total	11	2	13



In 2014 there were thirteen suicides; eleven males and two females. Most of these suicides occurred in men over the age of 30.

Suicide

METHOD, ALCOHOL, AND DRUG INVOLVEMENT

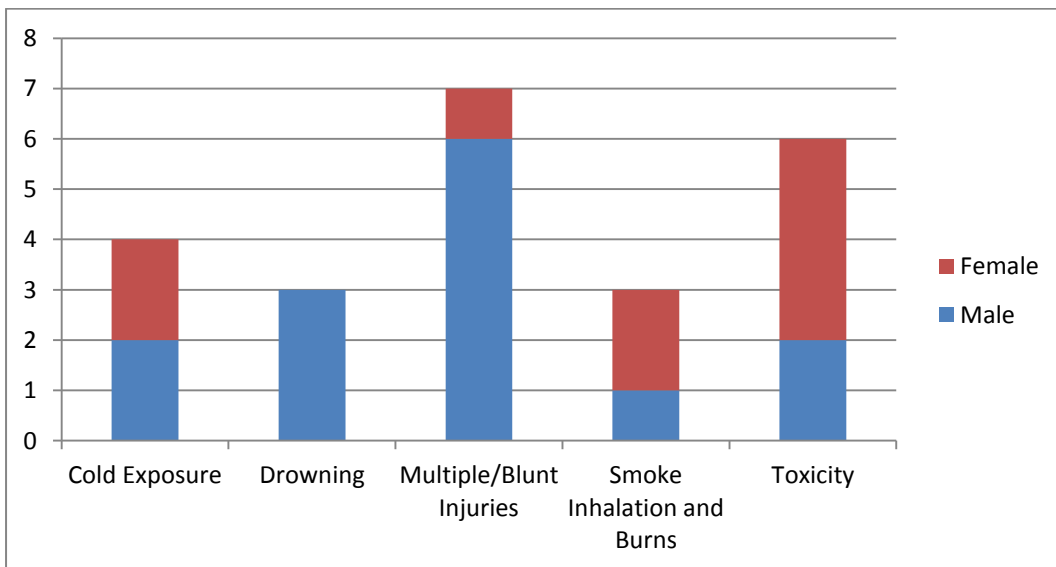
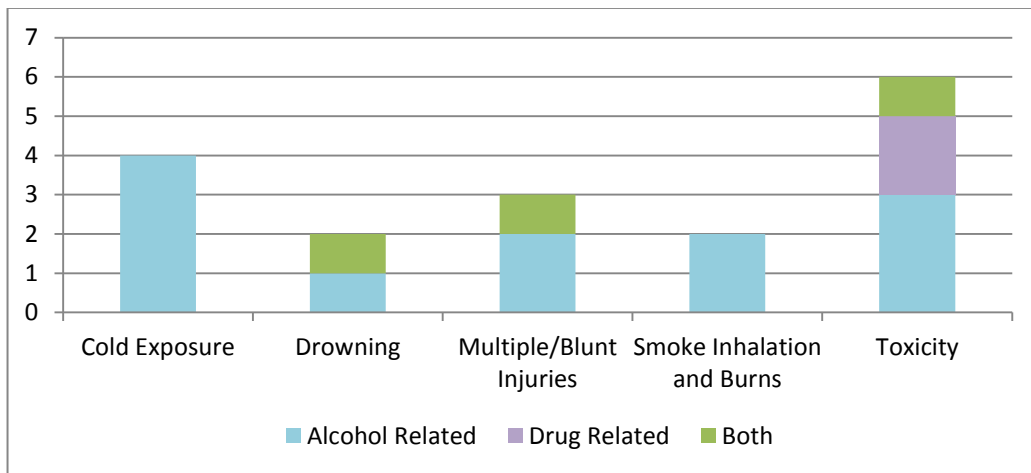
Region	Method	Alcohol Involvement	Drug Involvement
Sahtu	Hanging	Yes	Yes
Dehcho	Hanging	Yes	No
Dehcho	Hanging	Yes	Yes
South Slave	Acute Isopropanol & Methanol Toxicity	No	No
North Slave	Drowning	No	No
North Slave	Self-inflicted Gunshot	No	Yes
North Slave	Self-inflicted Gunshot	No	No
North Slave	Asphyxia	No	No
North Slave	Hanging	Yes	No
Beaufort-Delta	Morphine Toxicity	Yes	Yes
Beaufort-Delta	Self-inflicted Gunshot	Yes	No
Beaufort-Delta	Self-inflicted Gunshot	No	No
Beaufort-Delta	Hanging	Yes	No

The highest suicide rate was presented in the North Slave region, which had five suicides. Toxicology examination confirmed the presence of alcohol in seven of the thirteen suicides and drugs in four of the thirteen suicides.

ACCIDENTAL BY CAUSE AND GENDER

Cause of Death	Male	Female	Total
Cold Exposure	2	2	4
Drowning	3		3
Multiple/Blunt Injuries	6	1	7
Smoke Inhalation & Burns	1	2	3
Toxicity	2	4	6
Totals	14	9	23

Accidental deaths accounted for approximately 28.05% of reported deaths in 2014. The majority of accidental deaths were males (14 of 23 or 61%) and were alcohol and/or drug related (17 of 23 or 74%).



HOMICIDE

BY AGE AND GENDER

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

BY REGION

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

In 2014, there were three homicides; two were male. Homicides accounted for 3.66% 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 2014, there were 36 coroners across the Northwest Territories, with 19 men and 17 women.

There are no coroners currently residing in the communities of Colville Lake, Fort Resolution, Fort Good Hope, Gameti, Whati, 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 and hears testimony from sworn witnesses. The jury may make recommendations to prevent future deaths in similar circumstances.

A coroner must hold 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 REPORTS
CONTAINING RECOMMENDATIONS
(CONCLUDED IN 2014)

Case # 1

This 47-year-old female with a history of insulin dependent diabetes, alcohol and drug abuse, hypertension, depression, and chronic pain, was found deceased on her bed. It was determined that the cause of death was Aspiration Pneumonia arising as a result of the combined toxic effects of Multiple Drug Toxicity occurring in an individual with a history of alcohol and drug abuse. The death was classified as Accidental.

COMMENTS AND RECOMMENDATIONS:

The Office of the Chief Coroner requested assistance from the Ontario Coroner Service's Patient Safety Death Review Committee, a panel of experts that reviewed all the compiled investigative material. The Review Committee analyzed the death, and has made recommendations to the Chief Coroner of the Northwest Territories.

The following recommendations were put forward to the NWT Chief Coroner for consideration by the Patient Death Review Committee. The Review Committee felt that there is an urgent need for the Department of Health and Social Services in the Northwest Territories to set standards and provide training on opioid prescribing and to organize services for opioid addicted patients.

The Office of the Chief Coroner of the Northwest Territories accordingly made the following recommendations:

1. The Department Health and Social Services should establish a working group to set standards for physicians and nurse practitioners on the prescribing of opioids and benzodiazepines. The Canadian Guideline needs to be adapted to the NWT setting, where short-term locums provide much of the care and the patient population has a high prevalence of substance use disorders.
2. The Department of Health and Social Services should review its eligibility criteria for Suboxone coverage, to ensure that all patients who need it are able to receive it.

Comment: Apparently both the Non-Insured Health Benefits (NIHB) and the Department of Health and Social Services have Suboxone on their formularies. However, eligibility criteria vary greatly between the provinces. For example, the Ontario drug plan allows family physicians to prescribe Suboxone in communities where methadone is unavailable. In contrast, in the British Columbia drug plan, Suboxone can only be prescribed by a methadone physician, and only to

patients who have failed a trial of methadone. Since most small communities in British Columbia do not have methadone prescribers, rural opioid-dependent patients in that province do not have access to Suboxone.

3. The Department Health and Social Services should establish a working group to set guidelines and standards for the medical management of opioid dependence. Current guidelines on Suboxone prescribing and dispensing need to be adapted for the NWT setting.

Comment: Ontario guidelines recommend daily dispensing of Suboxone under the supervision of a pharmacist during the first few weeks of treatment, in order to reduce the risk of diversion and misuse. This is not practical in small communities, which do not have a pharmacy open seven days a week.

4. In setting up addiction services, the eight NWT Regional Health Authorities must work closely with communities and band councils.

Comment: In Sioux Lookout in Ontario, buprenorphine programs are operated independently by band councils, in coordination with local physicians and nurses.

5. The Department of Health and Social Services should provide training for physicians and nurse practitioners on opioid and benzodiazepine prescribing and on the identification and management of opioid misuse and addiction. The training could be offered through telemedicine.

Comment: For example, the University of Toronto is preparing a series of three two-hour interactive webinars on prescribing of opioids for chronic pain, and on the identification and management of prescription misuse and addiction. Training on the management of alcohol, tobacco and other substance use disorders could also be provided through distance education methods.

6. The Department of Health and Social Services for the NWT should provide physicians and nurses with access to a long distance clinical support network to assist them in the management of opioid prescribing and opioid addiction.

Comment: Ontario has the Northern Ontario Suboxone Support group, and the Medical Mentoring in Pain and Addiction group. Community physicians can pose clinical questions and cases to experts by phone, e-mail or video link. The networks also offer presentations and long-distance group discussions.

7. The Department of Health and Social Services should arrange for one or more physicians and nurse practitioners to receive more intensive training in Suboxone prescribing, structured opioid therapy, and benzodiazepine tapering.

Comment: Such training could be offered through a short practicum in addiction medicine in Alberta, Ontario or other jurisdictions.

Case # 2

This 14 year old female, was last seen in the early hours of the morning by her mother at home. Her mother stated that she thought her daughter had been drinking but that she had gone to bed. When she woke the next morning her daughter was not home. She was found two days later frozen in the snow outside, with a vodka bottle inside her coat. It was determined that she had died of Hypothermia, with Acute Ethanol Intoxication as a significant contributory factor. The death was classified as Accidental.

Comments and Recommendations

A review of the existing Liquor Act legislation was under taken by the Standing Committee on Social Programs in the Legislative Assembly of the Northwest Territories. Bill 24: *An Act to Amend the Liquor Act* was introduced in June 2013 by Norman Yakeleya, MLA for the Sahtu. The purpose of the bill was to allow the Sahtu communities to ask the Minister of Finance to hold a regional vote on limiting sales to individuals at a liquor store in the region. The bill was referred to the Standing Committee on Government Operations for review on June 6, 2013. During public hearings in Sahtu communities, members of the Standing Committee received feedback on the bill as well as comments on a range of issues associated with abuse of alcohol. The standing committee's report entitled "Report on the Review of Bill 24: An Act to Amend the Liquor Act" was tabled in October 2013 and included 15 recommendations, some of which go beyond the scope of Bill 24. The Committee reported that they were persuaded to go beyond the limited scope of the bill by what they heard in the communities. In the report the Standing Committee said that *"The integrity of the government is at stake. The same is true for community leadership. There will be no success in dealing with alcohol abuse without local ownership of the problem, local solutions and local action."*

The Office of the Chief Coroner makes the following recommendations to:

The Honourable Robert McLeod, Premier, Government of the Northwest Territories:

The Standing Committee on Government Operations report 17-7(4), "Report on the Review of Bill 24: An Act to Amend the Liquor Act" raises a number of important issues relating to the abuse of alcohol and sets a clear path and direction for the Government of the Northwest Territories.

I recommend the Government of the Northwest Territories review and give careful consideration to the 15 recommendations that were tabled in October 2013 in the Legislative Assembly.

Case # 3

Emergency personnel were called to Fred Henne Territorial Park beach where a 7 year old male had been found under water. He was carried to the shore where cardiopulmonary resuscitation (CPR) was started immediately by community members. Upon arrival of emergency personnel he was transported to Stanton Territorial Hospital, where despite continued efforts he was pronounced dead. It was determined that the cause of death was Drowning and the death was classified as Accidental.

Comments and Recommendations

The Office of the Chief Coroner requested the assistance of the Royal Lifesaving Society of Canada, Alberta and Northwest Territories (“Lifesaving Society”). The Lifesaving Society reviewed and analyzed the circumstances and made recommendations to the Chief Coroner of the Northwest Territories.

The recommendations from the Aquatic Safety Audit and Incident Analysis are the result of the Lifesaving Society’s expert independent and objective review. The reports greatly assisted the NWT Coroner Service in identifying the recommendations aimed at preventing future deaths in similar circumstances.

The Office of the Chief Coroner makes the following recommendation for consideration:

1. The Department of Industry, Tourism and Investment should continue to work with the Lifesaving Society to further enhance its Water Safety public education and awareness messaging for Fred Henne Territorial Park.
2. The Department of Industry, Tourism and Investment should continue to implement the recommendations included in Fred Henne Aquatic Safety Audit, so as to increase the level of protection for the unsupervised waterfront to a level 7.

Comment: In the Aquatic Safety Audit recommendations were made to increase the level of protection to level 7.

3. The Department of Industry, Tourism and Investment should consider a strategy to educate users and implement an admission policy at the Fred Henne Territorial Park.

Comment: *This could include signage, and having park officers or contractors ask unattended children to leave the facility.*

4. The Department of Industry, Tourism and Investment should develop public awareness that children under 10 must be within arm's reach of a responsible caregiver.

Comment: *Public awareness can be reinforced through methods such as additional signage and media campaigns.*

5. The Department of Industry, Tourism and Investment should collaborate with the Lifesaving Society to educate users of inflatables toys and devices on the risks and hazards associated with their use.

Comment: *Inflatables can pose a significant safety risk, as they are easily blown around by the wind.*

6. The Department of Industry, Tourism and Investment should develop and post information to inform the users of Fred Henne Territorial Park waterfront about the hazards present in and around the swimming area.

Comment: *This could include informing the public that it is a natural environment subject to changing conditions that affect water temperature, wind, current, marine life, and bottom terrain.*

7. The Department of Industry, Tourism and Investment should continue to support the NWT Water Smart program to increase public awareness and encourage the public to pursue "Swim to Survive" training.

8. The Department of Industry, Tourism and Investment should continue to operate and maintain the lifejacket loaner station that has been implemented at Fred Henne Territorial Park, and consideration could also be given to expanding this program to other waterfronts in the Northwest Territories.

9. The Department of Industry, Tourism, and Investment should work with the Lifesaving Society to complete a Lifeguard Feasibility Study, to determine the feasibility of Fred Henne Territorial Park being a supervised Lifeguard facility.

Comment: *If lifeguards are to be considered as an option, all other levels of protection must be considered as priority and must be implemented.*

Case # 4

This couple in their 50's had been socializing in a campground and then returned to their rented cabin and retired for the night. When the two did not respond to visitors on three occasions at their cabin, the RCMP were notified so they could provide assistance. The RCMP forced entry into the cabin finding the two deceased in the bed. There was a strong odour of propane inside the cabin. It was determined that the cause of death was Acute Carbon Monoxide Toxicity and the death was classified as Accidental.

Comments and Recommendations

The NWT Coroner Services made the following recommendation to the Government of the Northwest Territories:

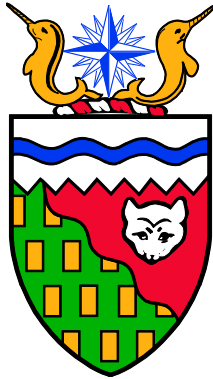
1. To develop and implement a public awareness campaign with the following objectives:
 - Owners of old propane/gas heating appliances understand the operation and associated risks of improperly installed and/or poorly maintained appliances.
 - Emphasize the responsibilities of landlords, homeowners, and tenants related to propane/gas appliances.
 - Highlight the importance of the proper installation, use, and maintenance of carbon monoxide monitors and smoke detectors.

APPENDIX “B”
SUMMARY OF CORONER’S INQUESTS

THERE WERE NO CORONER INQUESTS DURING 2014.

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 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.)

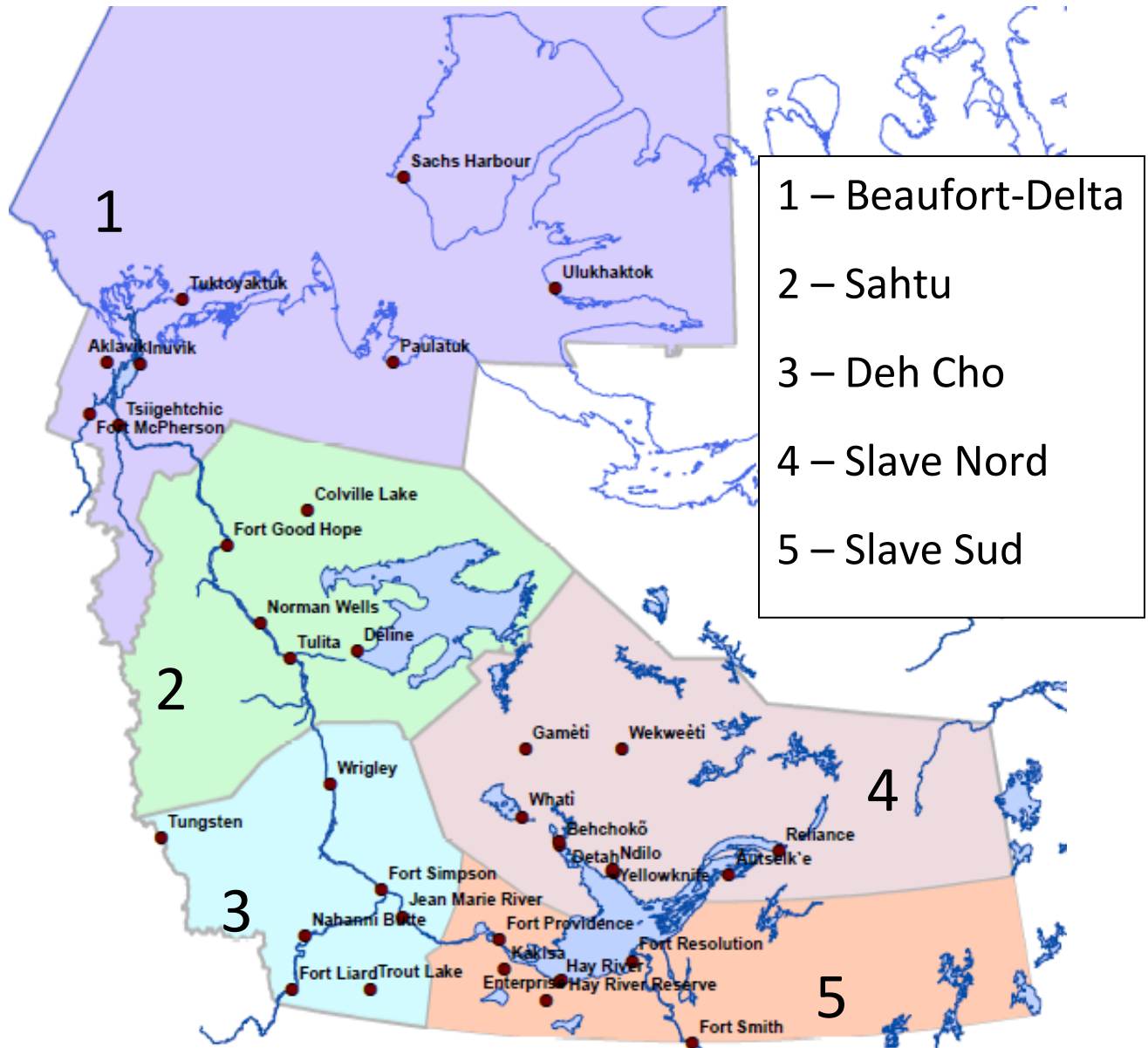
CAUSE INDÉTERMINÉE : tout décès qui ne peut être classé dans l'une ou l'autre des catégories précédentes.

(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 :*
- 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.*
- (3) *Le policier qui a connaissance d'un décès à déclaration obligatoire en avise immédiatement le coroner.*
- (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).*
- Obligation de signaler*
- Exception*
- Devoir du policier*
- Arrangements spéciaux*

RÉGIONS DES TNO

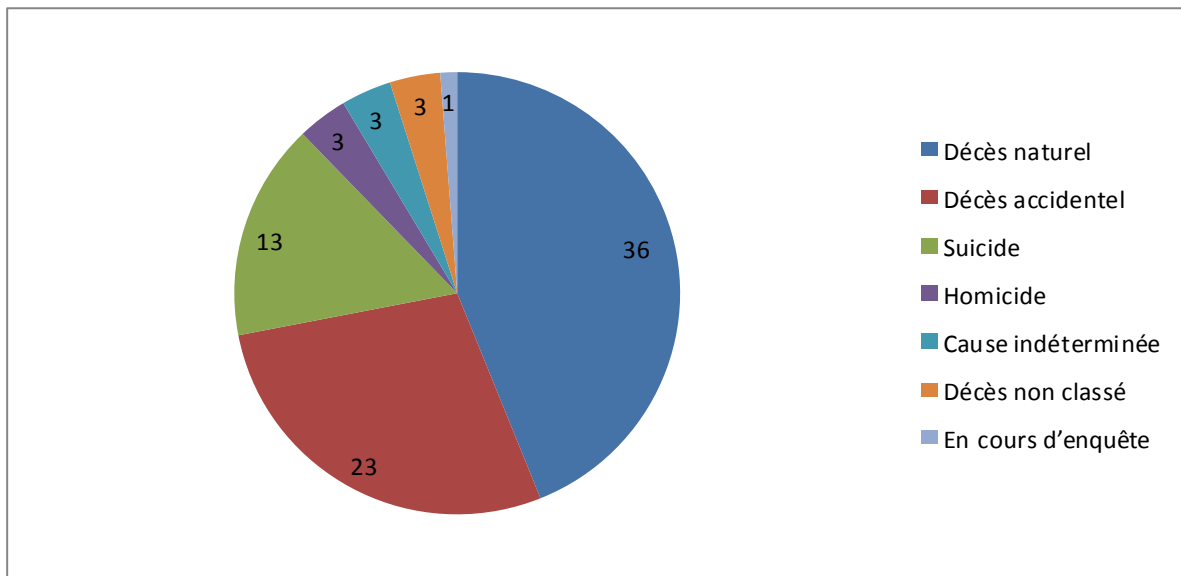


Source : http://www.enr.gov.nt.ca/live/documents/content/Administrative_regions.pdf

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%



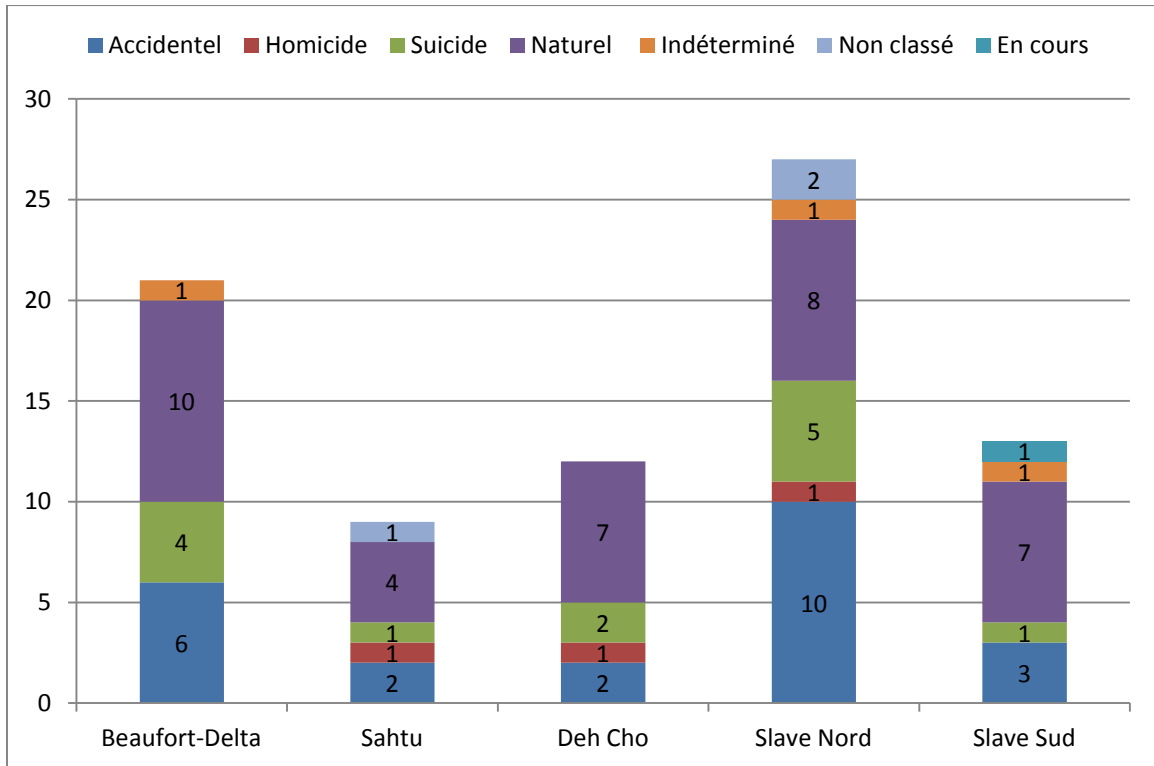
Les cas non classés ne figurent pas dans la colonne « % de la population », car il a été déterminé qu'ils n'étaient pas de nature humaine. En 2014, trois cas ont été placés dans la catégorie des décès non classés.

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

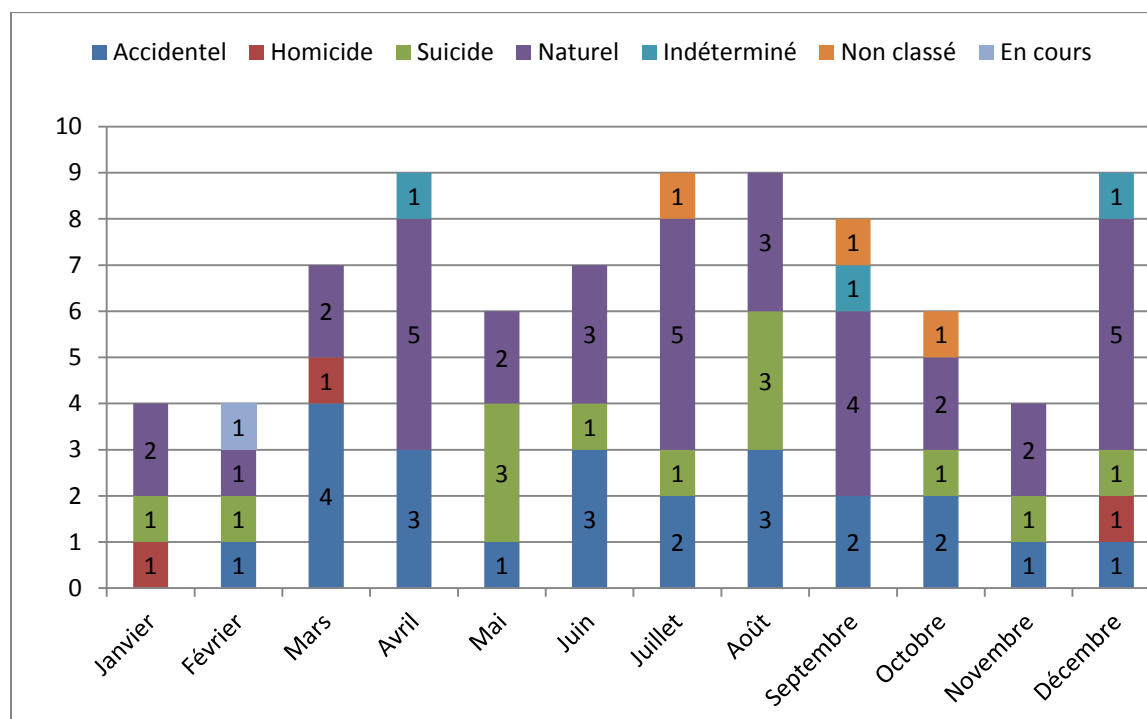
** Selon l'estimation annuelle de la population des TNO, qui se chiffre à 43 595 habitants. Source consultée le 26 mars 2015 : <http://www.statsnwt.ca/population/population-estimates/PopEstJan2015.pdf>.

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

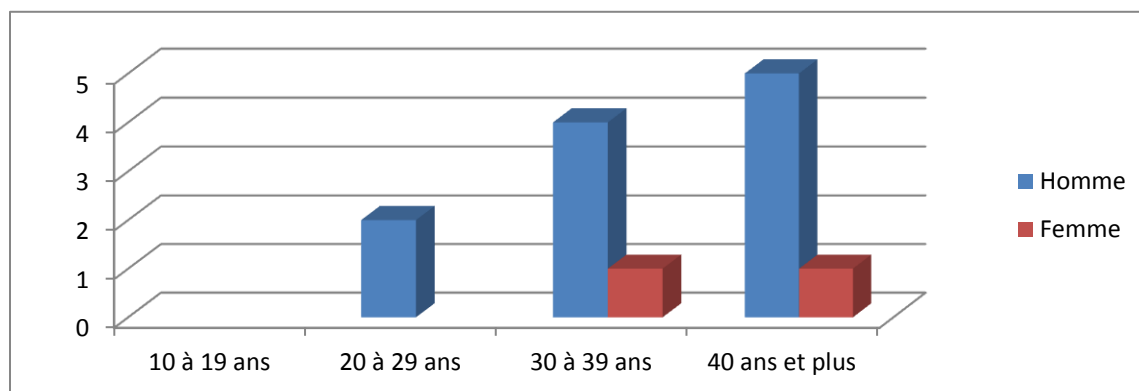


Mois	Décès accidentel	Homicide	Suicide	Décès naturel	Cause indéterminée	Décès non classé	En cours d'enquête	Total
Janvier		1	1	2				4
Février	1		1	1			1	4
Mars	4	1		2				7
Avril	3			5	1			9
Mai	1		3	2				6
Juin	3		1	3				7
Juillet	2		1	5		1		9
Août	3		3	3				9
Septembre	2			4	1	1		8
Octobre	2		1	2		1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

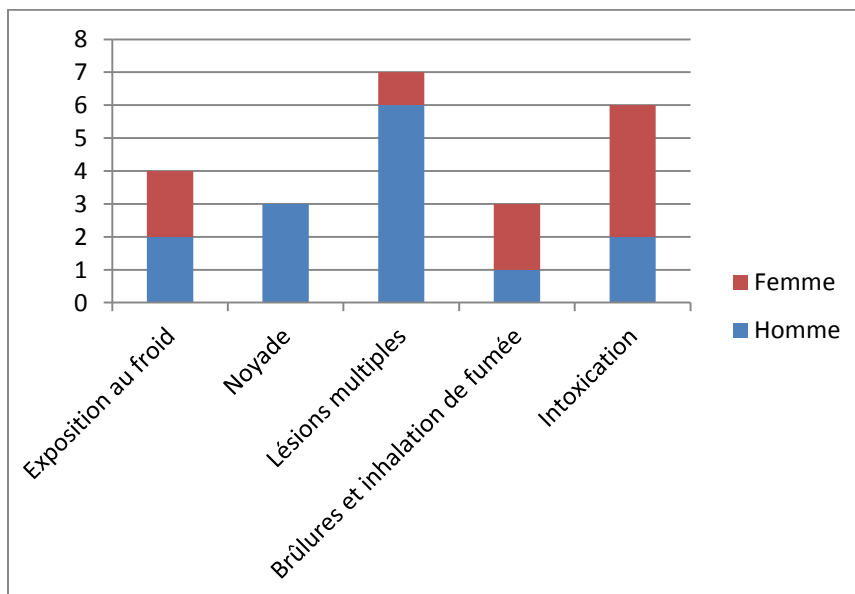
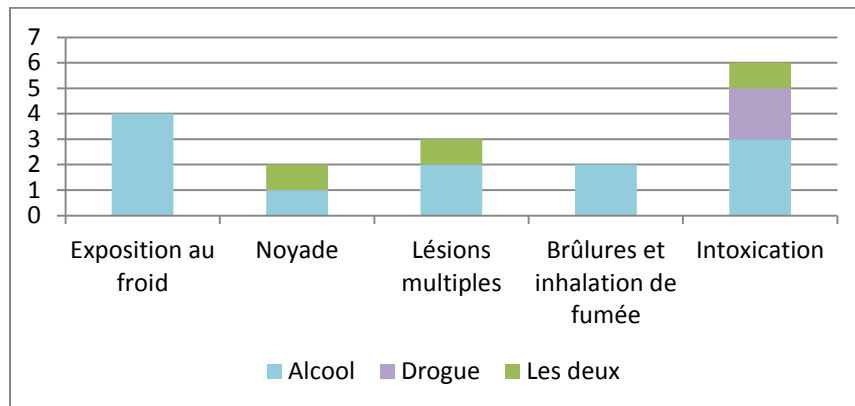
Région	Méthode	Consommation d'alcool	Consommation de drogue
Sahtu	Pendaison	Oui	Oui
Dehcho	Pendaison	Oui	Non
Dehcho	Pendaison	Oui	Oui
Slave Sud	Arme à feu	Non	Non
Slave Sud	Intoxication à l'isopropanol et au méthanol	Non	Non
Slave Nord	Noyade	Non	Oui
Slave Nord	Arme à feu	Non	Non
Slave Nord	Asphyxie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