



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

NORTHWEST TERRITORIES CORONER SERVICE

2017 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
2017 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
Case # 2.....	18
Case # 3.....	21
Appendix “B”: Summary of Coroner’s Inquest	
Case # 1	24
Accomplishments	25
Expressions of Appreciation	25

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. As of December 31, 2017 there were 35 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 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 similar deaths.

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 - A death that cannot be classified into one of the above categories 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, old age or medical assistance in dying provided accordance with section 241.2 of the *Criminal Code*;
 - (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 anesthesia;
 - (e) occurs as a result of the deceased;
 - (i) having incurred or contracted a disease or sickness,
 - (ii) having sustained an injury, or
 - (iii) having been exposed to a toxic substance, as a result of 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; S.N.W.T. 2017,c.16,s.3(2),(3).

NWT REGIONS

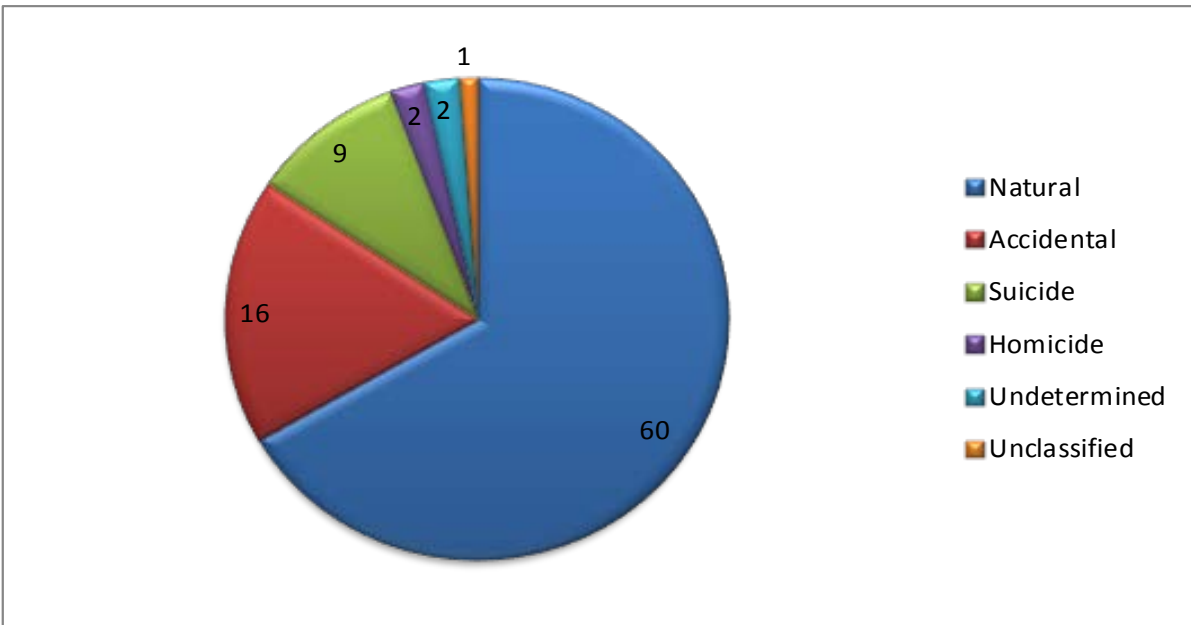


Obtained from http://www.enr.gov.nt.ca/_live/documents/content/Administrative_regions.pdf

2017 CASE STATISTICS

TOTAL CASES

Total Cases			
Manner of Death	Number *	Cases %	Population % **
Natural	60	66.67%	0.1348%
Accidental	16	17.78%	0.0359%
Suicide	9	10.00%	0.0202%
Homicide	2	2.22%	0.0045%
Undetermined	2	2.22%	0.0045%
Unclassified	1	1.11%	N/A
Total	90	100%	0.2022%



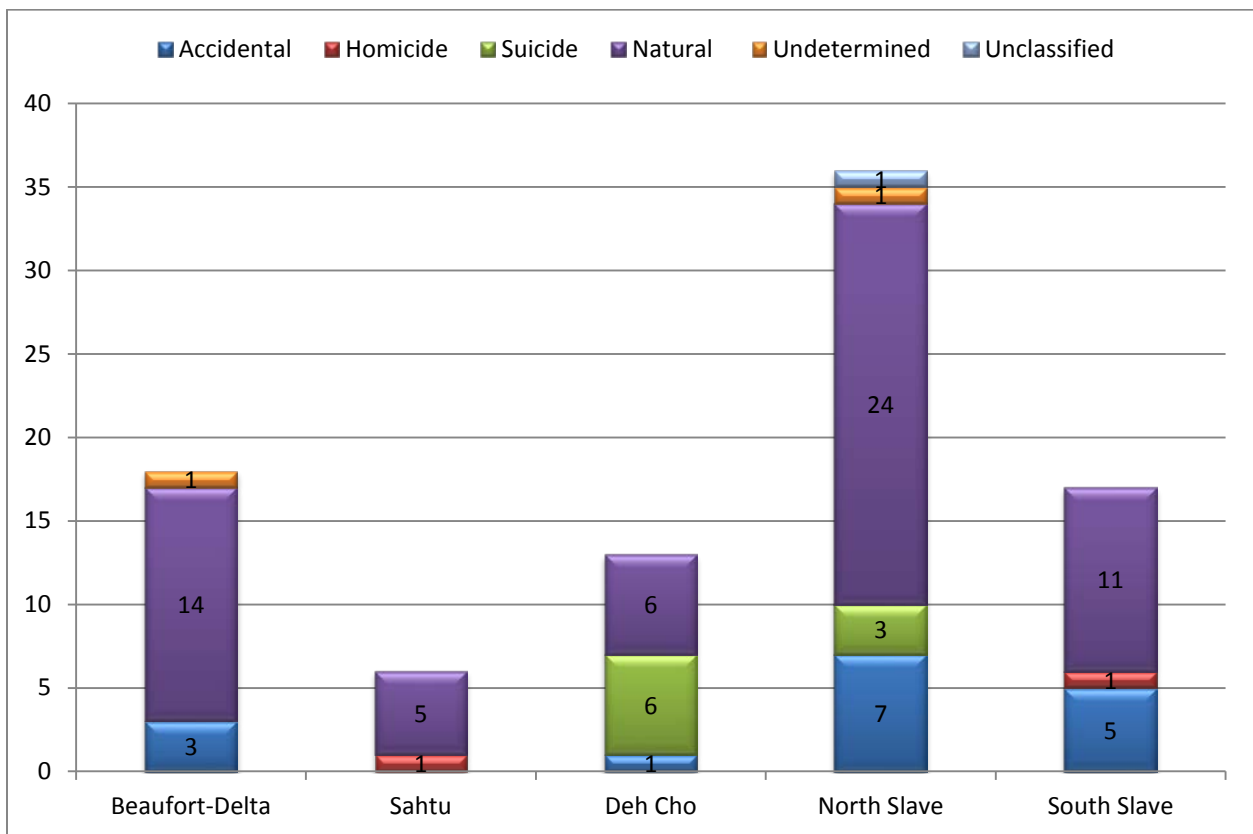
Unclassified cases are not represented in the population figures since they are non-human in origin. In 2017, one case was determined to be unclassified.

*The NWT Coroner Service assisted with an Alberta death.

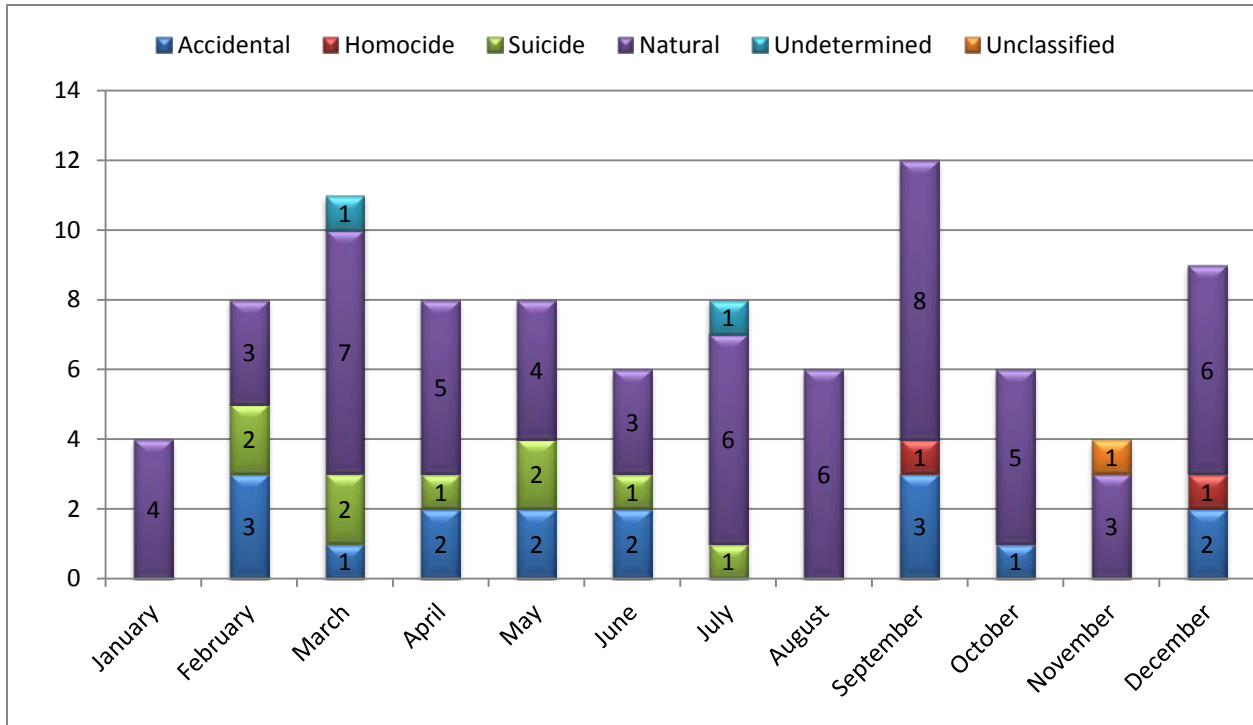
** Based on an NT population estimate of 44,520 retrieved August 13, 2018 at <http://www.statsnwt.ca/population/population-estimates/>

CASELOAD BY MANNER AND REGION

Region	Accidental	Homicide	Suicide	Natural	Undetermined	Unclassified	Total
Beaufort-Delta	3			14	1		18
Sahtu		1		5			6
Deh Cho	1		6	6			13
North Slave	7		3	24	1	1	36
South Slave	5	1		11			17
Total	16	2	9	60	2	1	90



CASELOAD BY MANNER AND MONTH

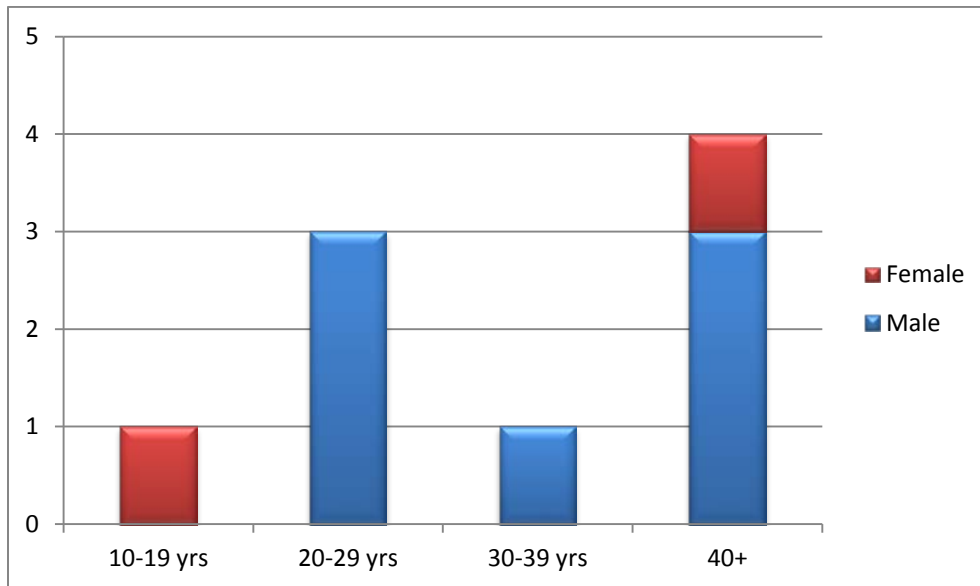


Month	Accidental	Homicide	Suicide	Natural	Undetermined	Unclassified	Total
January				4			4
February	3		2	3			8
March	1		2	7	1		11
April	2		1	5			8
May	2		2	4			8
June	2		1	3			6
July			1	6	1		8
August				6			6
September	3	1		8			12
October	1			5			6
November				3		1	4
December	2	1		6			9
Total	16	2	9	60	2	1	90

SUICIDE

BY GENDER AND AGE

Age Group	Male	Female	Total
10-19 years		1	1
20-29 years	3		3
30-39 years	1		1
40 + years	3	1	4
Total	7	2	9

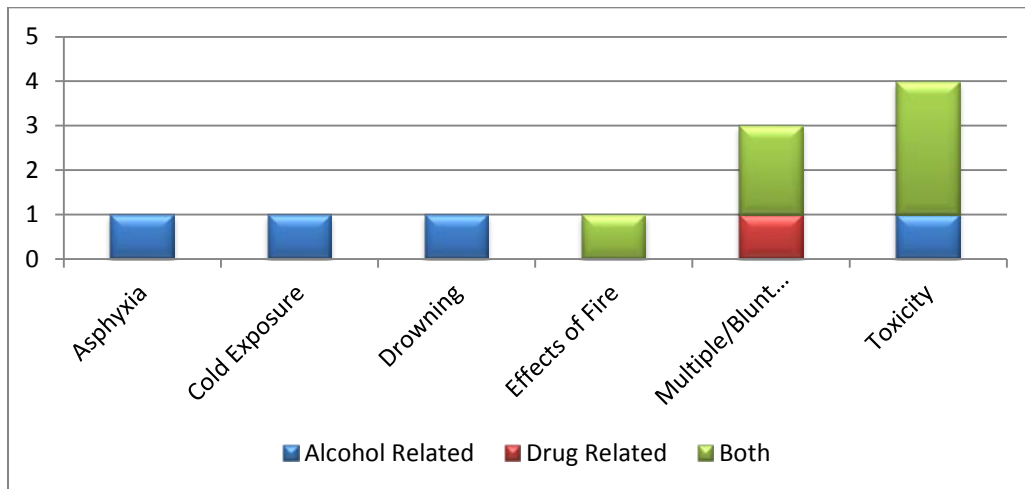
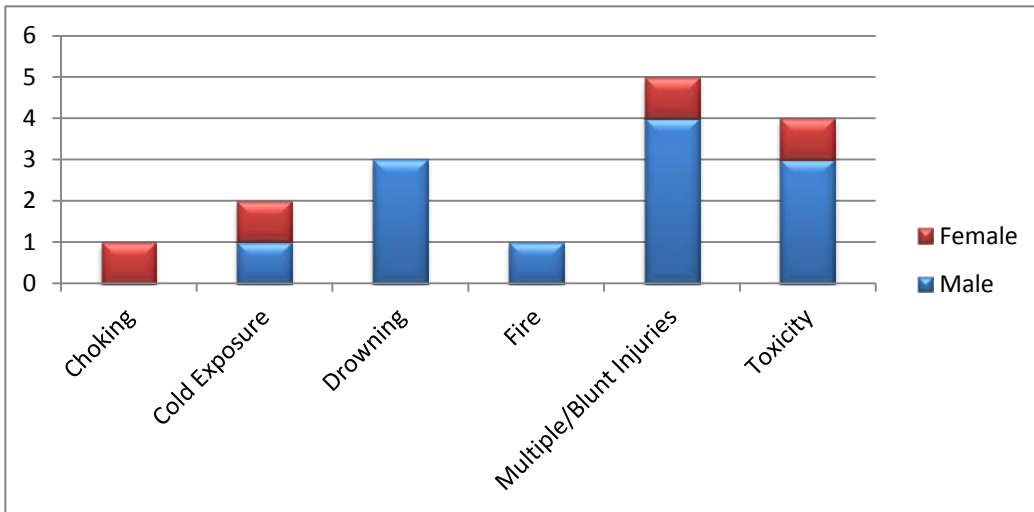


In 2017 there were nine suicides; seven males and two females. Seven of these suicides involved men over the age of 20. Toxicology examination confirmed the presence of alcohol in two of the nine suicides and drugs were detected in four of the suicides.

ACCIDENTAL BY CAUSE AND GENDER

Cause of Death	Male	Female	Total
Choking		1	1
Cold Exposure	1	1	2
Drowning	3		3
Fire	1		1
Multiple/Blunt Injuries	4	1	5
Toxicity	3	1	4
Totals	12	4	16

Accidental deaths accounted for 17.78% of reported deaths in 2017. The majority of accidental deaths were males (12 of 16 or 75%), and 11 were alcohol and/or drug related (11 of 16 or 69%).



HOMICIDE

BY AGE AND GENDER

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

BY REGION

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

In 2017, there were two homicides. Homicides accounted for 2.22% 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. The Chief Coroner then forwards a recommendation for appointment to the Minister of Justice. The applicant's MLA is also advised of the proposed appointment. Coroners are appointed by the Minister of Justice for a three-year term.

As at December 31, 2017, there were 35 coroners across the Northwest Territories, with 15 men and 20 women.

There are currently no coroners residing in the communities of Colville Lake, Fort Good Hope, Fort Liard, Gameti, Kakisa, Whati, Wekweètì, Enterprise, Nahanni Butte, Tsiigehtchic, Aklavik, Paulatuk 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 would usually be inquired into through a Coroner's inquest. An inquest is a formal quasi-judicial proceeding that allows for the public presentation of evidence relating to a death.

An inquest proceeding features a presiding coroner and a six-member jury selected in accordance with the *Jury Act*. The inquest will hear testimony from sworn witnesses, and allow represented parties to participate in cross-examination, and to make oral arguments. 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, unless the coroner is satisfied that the death was due to natural causes and was not preventable. 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.

In 2017 one inquest was held, in Inuvik (see Appendix "B").

APPENDIX "A"
SUMMARY OF SELECTED CORONER REPORTS
CONTAINING RECOMMENDATIONS
(CONCLUDED IN 2017)

Case # 1

This 42-year old woman with a medical history of Crohn's Disease and Asthma died while in the hospital. She had returned from a trip and attended Stanton Territorial Hospital with a complaint of shortness of breath, at which time her saturation levels were documented as low. She was treated with steroids and oxygen and her saturation levels improved. She was admitted to the ward and received further treatment and later went into medical distress and became unresponsive.

It was determined that the cause of death was bilateral pulmonary emboli due to deep vein thrombosis. Significant contributing factors include long periods of immobility (plane flights) and obesity. The death was classified as Natural.

Comments and Recommendation:

NWT Coroner Service makes the following recommendation to the Northwest Territories Health and Social Services Authority:

That a full internal review on Stanton Territorial Hospital policy, protocols and procedures be completed on the patient care given to the deceased.

(An internal review is called for as is when the deceased presented at the hospital to when more aggressive medical investigation should have been undertaken, given the deceased's risk factors of a recent lengthy trip and shortness of breath.)

Case # 2

On the evening of February 10, 2015 at approximately 19:00 hours, a family friend entered the home of Mr. A. and his common-law wife Ms. B., and discovered both individuals dead on the bed in their bedroom.

The coroner investigation revealed that the couple had been together in a turbulent relationship for many years. On the morning of February 10, 2015, Mr. A. and Ms. B. were consuming alcohol with friends. They later attended her parent's residence, and witnesses stated that the couple argued while there. They returned to their home separately, and continued drinking throughout the day. At 17:00 hours a family member left the residence to go to the store; when he returned around 19:00 hours he found Mr. A. and Ms. B. dead in the master bedroom. A .303 British Lee-Enfield rifle was lying on the floor nearby.

Autopsies revealed that Mr. A. and Ms. B. had both died from a gunshot wound.

After reviewing the information and documentation, it was determined that Ms. B. had shot and killed Mr. A. and then shot herself. It was determined that the weapon used was a .303 British Lee-Enfield rifle issued to Mr. A. by the Canadian Rangers and stored in the home.

It was determined that Mr. A. died of a gunshot wound to the chest and his death was classified as a Homicide, and that Ms. B. died as a result of gunshot to the head and neck and her death was classified as a Suicide.

Comments and Recommendation:

As stated before in other coroner reports, the issue of domestic violence continues to be a concern for the NWT, and has a devastating impact on individuals and communities. Domestic violence deaths almost never occur without warning. In most cases, there have been repeated incidents of violence and indicators of risk as well as opportunities for agencies and individuals to intervene before the incident that ultimately results in death.

This couple had been involved in a common-law relationship for a number of years. The couple was verbally and physically abusive towards each other, and each often accused the other of being unfaithful. They were both known to abuse alcohol, and associated incidents in their relationship resulted in repeated police investigations for domestic violence. They often failed to cooperate in respect of criminal charges, and there were stays of proceedings when charges were laid. The couple was also known to disobey "no contact" conditions.

Risk Factors Identified:

There were eight risk factors for intimate partner homicide identified:

- Victim and perpetrator living common-law
- Unemployment
- Excessive alcohol and/or drug use
- Resistant to authority
- Sexual jealousy
- History of domestic violence - current partner/victim
- Prior assault with a weapon
- Access to or possession of any firearms

The NWT Coroner Service makes the following recommendations to the Royal Canadian Mounted Police:

1. The RCMP should give consideration to a gender neutral risk assessment tool similar to those currently in use in other police services, such as the Spousal Assault Risk Assessment (SARA).

(It is recognized that the RCMP conducted an internal review of the police response to domestic violence incidents involving the victim and the perpetrator. As a result of this review, the RCMP has made a number of recommendations to improve their response to domestic violence calls.)

2. The RCMP should continue providing ongoing training to police officers in the dynamics of domestic violence, especially in relation to the challenges presented with reluctant and ambivalent victims and perpetrators who have a history of past domestic violence, suicidal behavior and addictions.

(Recognizing the critical role that police play in responding to domestic violence calls, particularly in the North, where frequently they are the only resource available to families in crisis.)

The NWT Coroner Service makes the following recommendations to the Department of Health and Social Services:

3. To continue to support a long-term sustained public awareness program on family and domestic violence that can be implemented and made available in all communities across the Northwest Territories.

(Recognizing the need to raise awareness about the signs of abuse in communities so that people, who are close to those who are at-risk or abusive, can provide support that reflects a traditional and culture based approach to community healing and wellness.)

4. To continue support efforts to coordinate a community response to family violence. Victims, children in their care and perpetrators all require a continuum of services that are accessible and responsive.

(All levels of community and government have a role in keeping the community members safe from family violence. The community should be involved in determining what resources, programs, and services would best suit their community.)

The NWT Coroner Service makes the following recommendations to

Mr. Gary Walbourne, Ombudsman, National Defense, Ottawa
and

Lt-Gen Paul Wynnyk, Army Commander, National Defense, Ottawa:

5. To undertake a full review of the Canadian Rangers Program.

(Through this investigation it was revealed that the .303 rifle used in this domestic violence homicide had been issued by the Canadian Rangers. Mr. A. joined the 1st Canadian Ranger Patrol Group in 1997, and was issued the .303 British Lee-Enfield rifle. At that time, Mr. A. did not have a criminal record.

In October 2012, Mr. A. completed his last qualification and received 400 rounds of ammunition. There is no requirement that the Canadian Rangers Patrol Group complete a routine criminal records check on their Rangers; it is a self-report. There is no system nor is there a requirement for a member of the Canadian Rangers to be the holder of a PAL - Possession and Acquisition License.

Mr. A. was still in possession of his issued firearm despite his criminal record, which included a four-year firearms prohibition order, a Peace Bond, and convictions related to incidents of domestic violence. As there is no routine criminal records check for the Canadian Ranger Patrol Group, they were not aware of the accumulating criminal record.)

Case # 3

This 19-year old man was found by hanging by his neck in the garage of his home. Emergency Medical Services (EMS) was contacted for assistance.

Upon arrival EMS found him in cardiac arrest with no pulse. CPR was started and he was transported to hospital. Although his heart was started and beating, he was not breathing on his own. The next morning he was sent by medevac to Edmonton for further assessments. He was pronounced brain dead and was taken off life support.

A review of his medical records revealed a history of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (inattentive subtype) (ADHD), high functioning Asperger Syndrome, Bulimia, depression and self-harm through cutting Behaviour. He had attempted suicide several times.

During high school he received counseling at a Mental Health Clinic. He had developed addictive behaviours which included bulimia, alcohol intake, and some marijuana use. He was admitted to the hospital more than once for suicidal ideation, and depression. As his high school year was coming to a close, his anxiety level kept increasing as the date for his departure to college came closer.

In the fall he left home to attend university. During that year he was transported to a hospital for an attempted suicide. He stated that he struggled to manage his feelings and that he used substances to change his moods. He was self-admitted to a hospital a second time, and was discharged after meeting with a psychiatrist.

He returned home from university and self-admitted into the hospital for suicidal ideation and poor coping skills. He was released from hospital with an appointment with a local counsellor and an appointment with his family doctor on the next day. He did not keep these appointments and was found hanging the next day.

It was determined that the cause of death was hanging and it was classified as Suicide.

Recommendations:

1. It is recommended that there be better coordination of mental health services provided to individuals who leave the Northwest Territories to pursue educational opportunities elsewhere, particularly when there may be social and cultural differences in the receiving destination.
2. Local resources should be developed in the Northwest Territories to address mental health and addictions in an integrated way.

Evidence-based psychotherapies are essential in caring for youth with depression and suicide attempts. Psychotherapy approaches which have been demonstrated to be helpful include cognitive behavioral therapy, interpersonal psychotherapy, and for individuals with recurrent suicidal behaviors, dialectic behavior therapy. These types of psychotherapy can be delivered by trained social workers, mental health nurses, psychologists, or physicians. It can also be possible to provide these services through secure video networks.

3. Support for family members of individuals of any age who are struggling with mental health issues is important. It is recommended that the Northwest Territories work with local communities to develop explicit supports for families.

APPENDIX “B”
SUMMARY OF CORONER’S INQUESTS

Case # 1

Verdict of Coroner's Jury

Deceased:	Beverly Jane Elanik
Date and time of Death:	January 10, 2016 at approx. 10 - 10:15 am
Place of Death:	Inuvik Regional Hospital
Cause of Death:	Hypertensive and Atherosclerotic Cardiovascular Disease
Manner of Death:	Natural

Circumstances under which death occurred:

On being released, Ms. Beverly Jane Elanik collapsed in RCMP custody. Ms. Elanik was transported to the Inuvik Regional Hospital. Ms. Elanik passed away in the care of Medical staff.

RECOMMENDATIONS:

Royal Canadian Mounted Police:

- RCMP to ensure implementation of policies are followed. e.g. guard logs, physical checks and continuous training.

Department of Infrastructure:

- Availability of Automated External Defibrillator (AED) devices in public buildings and implementation, availability of AED device training.

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

- All community and government organizations to work together to fund and support homeless and under housed individuals, including individuals who may be intoxicated. This would be done by qualified professionals to work locally with people who suffer from addictions.

ACCOMPLISHMENTS

Changes were made to the *Coroners Act*, with the phase 2 amendments that came into effect in January 2017. New coroner forms were developed to reflect the legislative changes.

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 gathering records for the Inquiry into Missing and Murdered Indigenous Women and Girls (“MMIWG”).

The Coroner 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, and Canadian Domestic Homicide Prevention Initiative with Vulnerable Populations.

The Coroner Service participated in NWT Airport Emergency mock exercises in Fort Smith and Fort McPherson this year.

A number of presentations were delivered on the Coroner Service to Health Authorities and to the private sector.

Coroners were provided Narcan training and given appropriate fitted N95 masks and Narcan.

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 2017

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	3
Histoire du Service du coroner	4
Formation	5
Circonstances des décès	5
<i>Loi sur les coroners – Déclaration des décès</i>	6
Régions des TNO	8
Statistiques 2017	9
Nombre de décès par circonstance et par région	10
Nombre de décès par circonstance et par mois	11
Suicides	12
Accidents	13
Homicides	14
Nominations au Service 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.....	19
Cas n° 3.....	22
Annexe B : Résumé des enquêtes publiques	
Cas n° 1	25
Résultats	26
Remerciements	26

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, et il est régi par la *Loi sur les coroners*, adoptée en 1985 et modifiée depuis. Le Bureau du coroner en chef est situé à Yellowknife et supervise toutes les enquêtes sur les décès. Au 31 décembre 2017, on comptait aux Territoires du Nord-Ouest 35 coroners, qui servent les collectivités et les régions où ils habitent.

Aux Territoires du Nord-Ouest, tous les décès soudains et inattendus doivent être signalés à un coroner. Le Service du coroner est responsable des enquêtes sur 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 la personne est décédée. Le travail du Service du coroner est appuyé par la Gendarmerie royale du Canada, 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 Service du coroner.

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 des 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 des services du coroner.

Il existe deux systèmes d'enquête 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 professionnels 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 professionnels de la santé, aux policiers et aux autres intervenants 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 fragments 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 aux Territoires du Nord-Ouest ou par suite d'événements qui se produisent aux Territoires du Nord-Ouest lorsque le décès survient :

- (a) par suite de l'apparence d'un acte de violence, d'un accident, d'un suicide ou d'une autre cause qui n'est ni la maladie, ni la vieillesse, ni l'aide médicale à mourir fournie conformément à l'article 241.2 du *Code criminel*;
- (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) suite à, ou dans le cadre de, son emploi ou de son occupation, et par suite, selon le cas :
 - (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;
- (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.
- (i) pendant que le directeur des services à l'enfance et à la famille a les droits et les responsabilités d'un père ou d'une mère à l'égard de la personne du défunt en vertu de la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille*.

- 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. L.T.N.-O. 2010, ch. 16, ann. A, art. 9(3); L.T.N.-O. 2015, ch. 22, art. 5; L.T.N.-O. 2017, ch. 16, art. 3.

RÉGIONS DES TNO

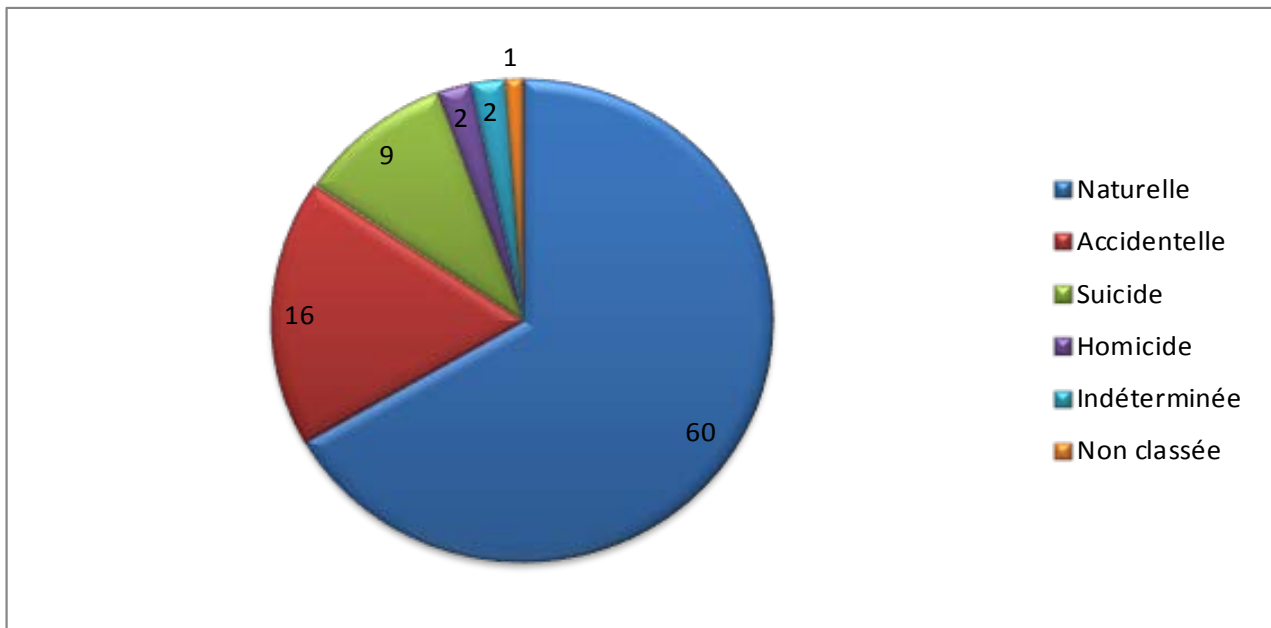


Source : http://www.enr.gov.nt.ca/_live/documents/content/Administrative_regions.pdf

STATISTIQUES 2017

TOTAL DES CAS

Total des cas			
Cause du décès	Nombre *	% des cas	% de la population **
Naturelle	60	66,67 %	0,1348 %
Accidentelle	16	17,78 %	0,0359 %
Suicide	9	10,00 %	0,0202 %
Homicide	2	2,22 %	0,0045 %
Indéterminée	2	2,22 %	0,0045 %
Non classée	1	1,11 %	S.O.
Total	90	100 %	0,2022 %



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 2017, un cas a été placé dans la catégorie des décès non classés.

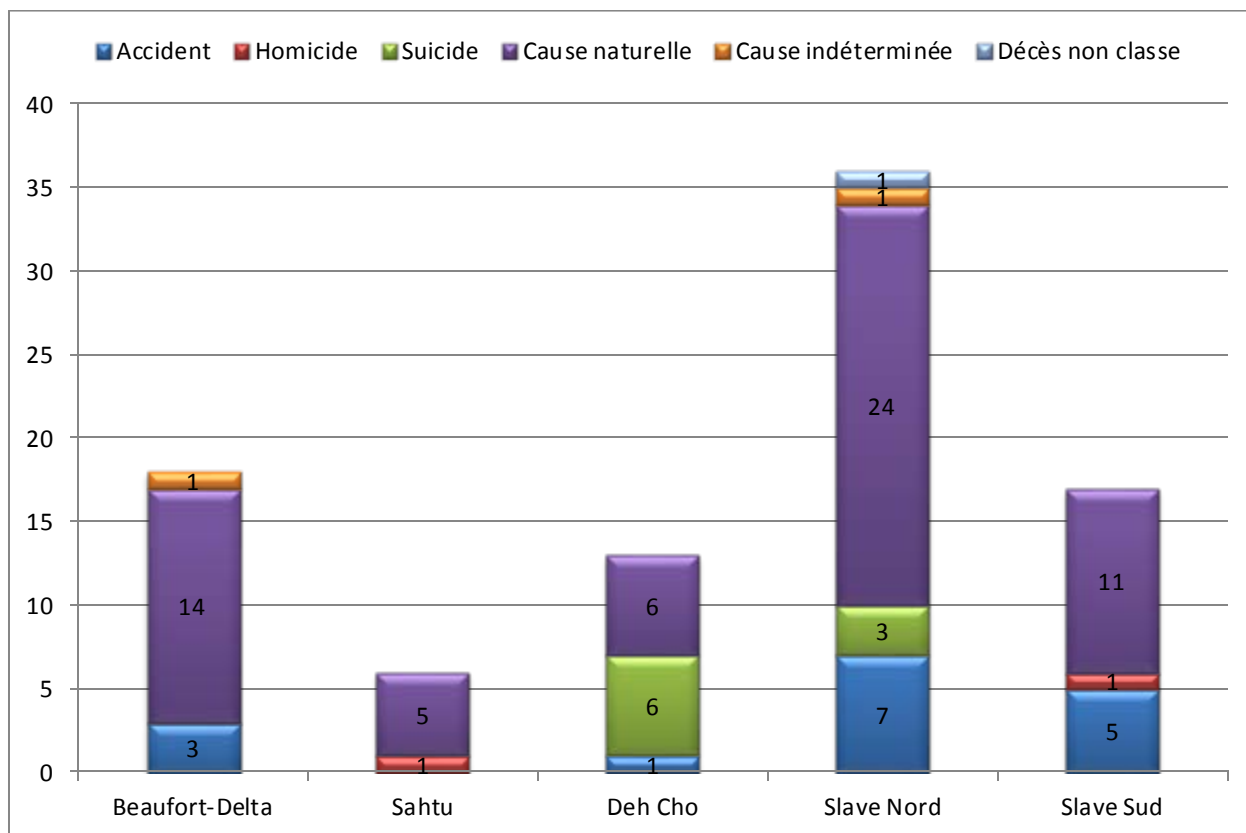
*Le Bureau du coroner des TNO a apporté son aide pour un décès en Alberta.

** Selon une population ténosé estimée à 44 520 habitants au 13 août 2018; source :

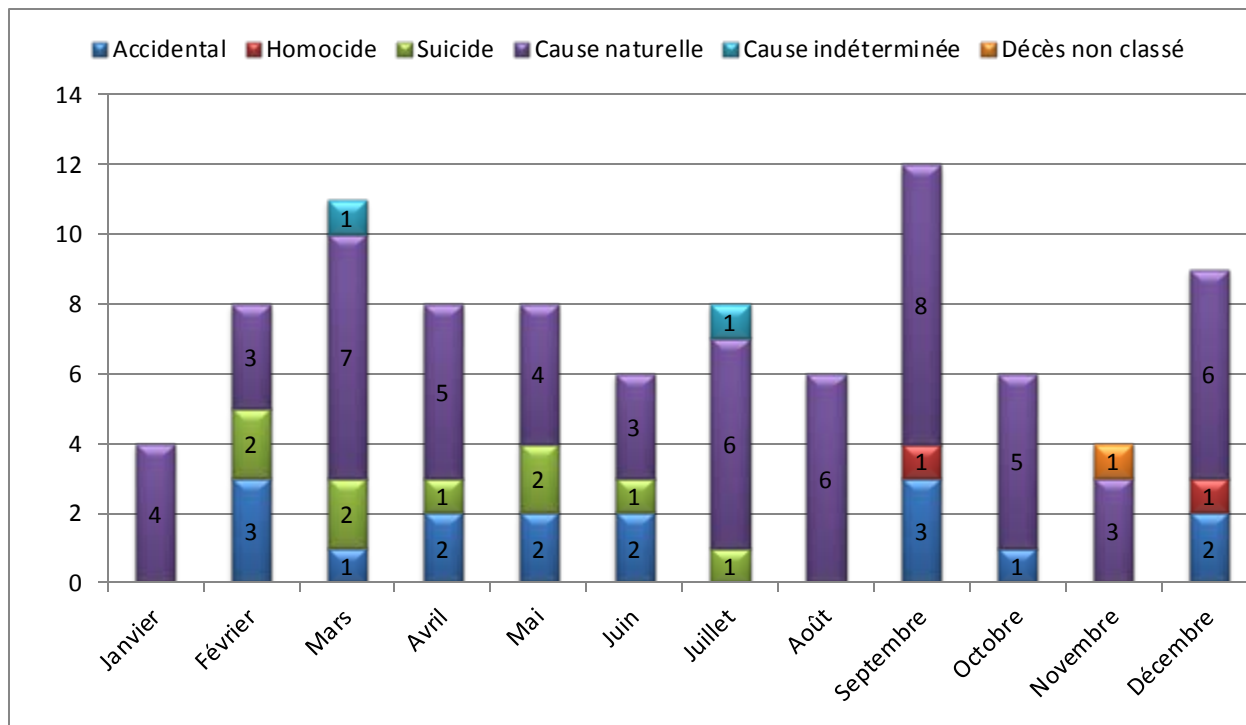
<http://www.statsnwt.ca/population/population-estimates/>

NOMBRE DE DÉCÈS PAR CIRCONSTANCE ET PAR RÉGION

Région	Accident	Homicide	Suicide	Cause naturelle	Cause indéterminée	Décès non classé	Total
Beaufort-Delta	3			14	1		18
Sahtu		1		5			6
Dehcho	1		6	6			13
Slave Nord	7		3	24	1	1	36
Slave Sud	5	1		11			17
Total	16	2	9	60	2	1	90



NOMBRE DE DÉCÈS PAR CIRCONSTANCE ET PAR MOIS

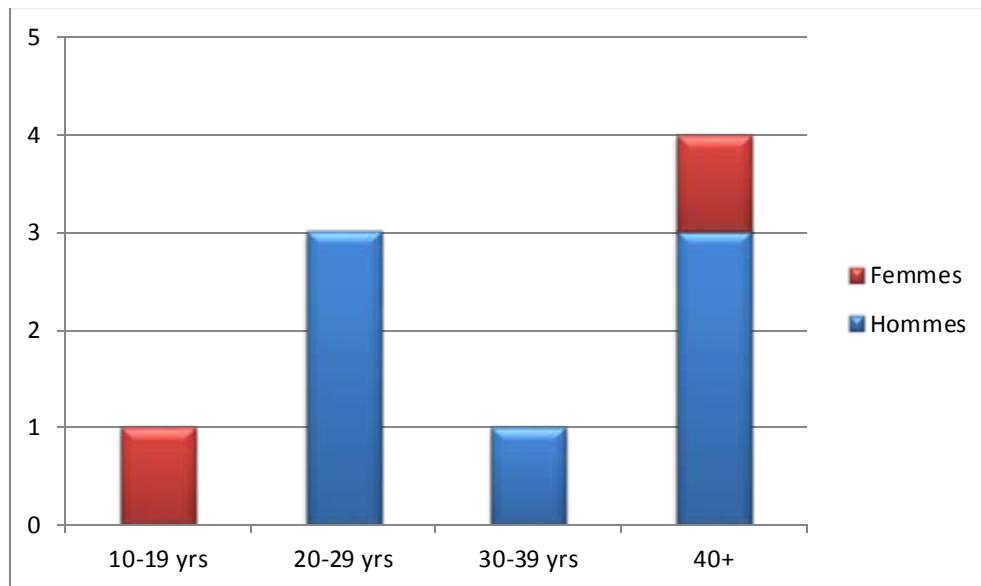


Mois	Accident	Homicide	Suicide	Cause naturelle	Cause indéterminée	Décès non classé	Total
Janvier				4			4
Février	3		2	3			8
Mars	1		2	7	1		11
Avril	2		1	5			8
Mai	2		2	4			8
Juin	2		1	3			6
Juillet			1	6	1		8
Août				6			6
Septembre	3	1		8			12
Octobre	1			5			6
Novembre				3		1	4
Décembre	2	1		6			9
Total	16	2	9	60	2	1	90

SUICIDE

PAR SEXE ET PAR ÂGE

Groupe d'âge	Hommes	Femmes	Total
10 à 19 ans		1	1
20 à 29 ans	3		3
30 à 39 ans	1		1
Plus de 40 ans	3	1	4
Total	7	2	9



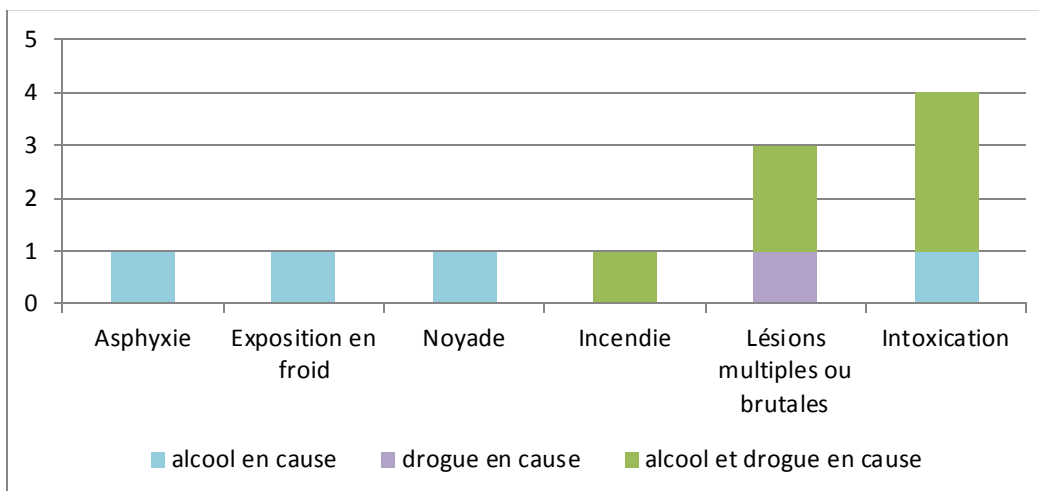
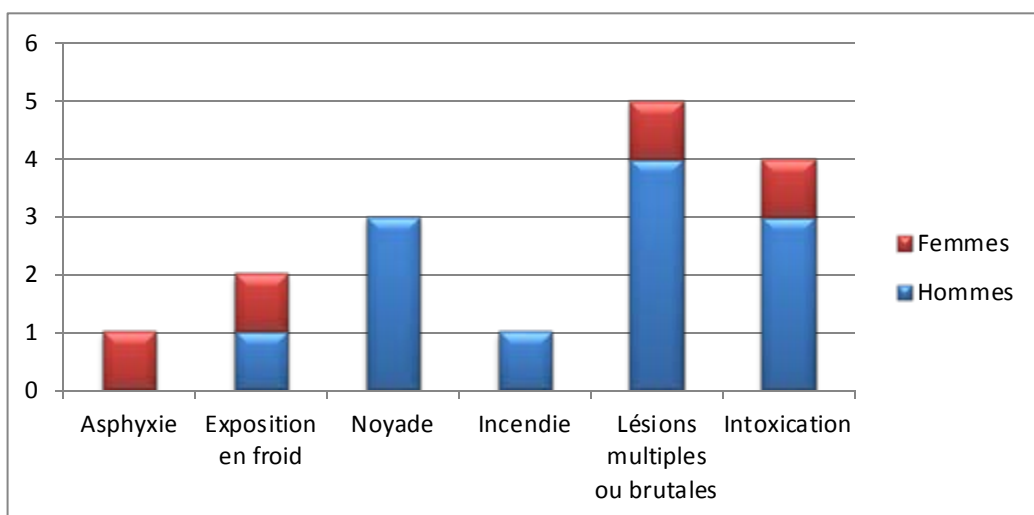
En 2017, neuf suicides ont été enregistrés (sept hommes et deux femmes). Sept de ces suicides concernaient des hommes de plus de 20 ans. Les examens toxicologiques ont confirmé la présence d'alcool pour deux des neuf suicides, et la présence de drogues a été détectée pour quatre de ces suicides.

DÉCÈS ACCIDENTELS

PAR CAUSE ET PAR SEXE

Cause du décès	Hommes	Femmes	Total
Étouffement		1	1
Exposition au froid	1	1	2
Noyade	3		3
Incendie	1		1
Lésions multiples ou brutales	4	1	5
Intoxication	3	1	4
Total	12	4	16

En 2017, les décès accidentels représentaient 17,78 % des décès signalés. La majorité des personnes décédées étaient des hommes (12 sur 16, soit 75 %), et de l'alcool ou de la drogue était en cause dans 11 cas (11 sur 16, soit 69 %).



HOMICIDES

PAR ÂGE ET PAR SEXE

Groupe d'âge	Hommes	Femmes	Total	Alcool ou drogue en cause
0 à 19 ans				
20 à 29 ans	2		2	2
30 à 39 ans				
40 à 49 ans				
50 à 59 ans				
Plus de 60 ans				
Total	2		2	2

PAR RÉGION

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

En 2017, deux décès ont été classés comme des homicides. Les homicides représentaient donc 2,22 % des décès signalés.

NOMINATIONS AU BUREAU DU CORONER

Le coroner en chef a le pouvoir légal de recommander la nomination et la révocation 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 en chef, la GRC ainsi que les administrations municipales et d'autres administrations locales. Les candidats doivent remplir un formulaire de candidature 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 administration locale et de leur 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.

Au 31 décembre 2017, 35 coroners travaillaient aux Territoires du Nord-Ouest, dont 15 hommes et 20 femmes.

À l'heure actuelle, il n'y a pas de coroner dans les collectivités de Colville Lake, Fort Good Hope, Fort Liard, Gameti, Kakisa, Whati, Wekweètì, Enterprise, Nahanni Butte, Tsiigehtchic, Aklavik, Paulatuk 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, classe le décès, et présente toute recommandation qui pourrait prévenir un décès semblable. Un rapport du coroner est rédigé à la suite de tout décès pour lequel il fait une investigation, 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 procédure officielle quasi judiciaire autorisant la présentation au public des preuves en lien avec le décès.

La procédure, présidée par le coroner, fait appel à un jury composé de six membres, conformément à la *Loi sur le jury*. Le processus permet d'entendre les déclarations sous serment des témoins et donne l'occasion aux parties représentées de prendre part à un contre-interrogatoire et de présenter des arguments à l'oral. Il formule aussi des recommandations afin de prévenir de possibles décès dans des circonstances similaires.

Le coroner doit lancer une enquête quand la personne décédée était en détention involontaire au moment du décès, sauf si le coroner a toutes les raisons de croire que le décès est dû à des causes naturelles et ne pouvait être prévenu. Une enquête publique peut aussi être tenue quand, de l'avis du coroner, il est nécessaire :

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

En 2017, une enquête a été lancée à Inuvik (voir l'annexe B).

ANNEXE A
RÉSUMÉ DE RAPPORTS DE CORONER CONTENANT DES
RECOMMANDATIONS
(RAPPORTS REMIS EN 2017)

Cas n° 1

Une femme de 42 ans qui avait la maladie de Crohn et de l'asthme est décédée à l'hôpital. Elle venait de revenir de voyage et s'est rendue à l'hôpital territorial Stanton parce qu'elle éprouvait des difficultés à respirer; à ce moment-là ses niveaux de saturation enregistrés étaient bas. Elle a été traitée avec des stéroïdes et de l'oxygène et ses niveaux de saturation se sont améliorés. Elle a été hospitalisée et a reçu d'autres soins, mais son état a empiré et elle a perdu connaissance.

Il a été déterminé que le décès faisait suite à une embolie pulmonaire bilatérale causée par une thrombose veineuse profonde. Une longue période d'immobilité (vols) et l'obésité sont des facteurs importants qui ont contribué au décès. La cause du décès a été classée comme naturelle.

Commentaires et recommandations :

Le Bureau du coroner des TNO formule la recommandation suivante à l'Administration des services de santé et des services sociaux des Territoires du Nord-Ouest :

Réaliser un examen interne complet des politiques, protocoles et procédures de l'Hôpital territorial Stanton sur les soins prodigués à la personne décédée.

(Un examen interne est nécessaire pour savoir si le cas de la personne décédée exigeait un examen médical plus approfondi étant donné ses facteurs de risque, à savoir des difficultés à respirer après un long voyage en avion).

Cas n° 2

Le soir du 10 février 2015, vers 19 h, un ami de la famille est entré dans la maison de M. A et de sa conjointe de fait, M^{me} B., et a découvert les deux personnes décédées sur leur lit, dans la chambre.

L'investigation du coroner a déterminé que le couple vivait une relation tumultueuse depuis de nombreuses années. Le matin du 10 février 2015, M. A. et M^{me} B. avaient bu de l'alcool avec des amis. Ils se sont ensuite rendus chez les parents de cette dernière, et des témoins ont entendu le couple se disputer lorsqu'il se trouvait là-bas. Ils sont rentrés chez eux séparément et ont continué à boire tout au long de la journée. À 17 h, un membre de la famille a quitté la résidence pour se rendre au magasin; à son retour, vers 19 h, il a trouvé M. A. et M^{me} B. morts dans la chambre principale. Un fusil britannique Lee-Enfield .303 se trouvait au sol à proximité.

Les autopsies ont révélé que M. A. et M^{me} B. étaient tous les deux morts d'une blessure par balle.

L'examen des renseignements et des documents a permis d'établir que M^{me} B. avait tué M. A. avant de se donner la mort. Il a été établi que l'arme utilisée était un fusil britannique Lee-Enfield .303 remis à M. A. par les Rangers canadiens et conservé au domicile.

M. A. est décédé des suites d'une blessure par balle à la poitrine et son décès a été classé comme un homicide, tandis que M^{me} B. est décédée des suites d'une blessure par balle à la tête et au cou et son décès a été classé comme un suicide.

Commentaires et recommandations :

Comme précédemment indiqué dans d'autres rapports du coroner, la violence familiale demeure préoccupante aux TNO et continue d'avoir des conséquences dévastatrices sur les personnes et les collectivités. Les décès attribuables à la violence familiale ne surviennent pratiquement jamais sans avertissement. La plupart du temps, des incidents de violence répétés sont survenus et on a remarqué des indicateurs de risques, et des organismes ou des personnes sont intervenus à plusieurs reprises avant que l'incident finisse par entraîner la mort.

Ce couple vivait en union libre depuis plusieurs années. Ils étaient verbalement et physiquement violents l'un envers l'autre, et s'accusaient souvent mutuellement d'infidélité. Ils étaient tous deux connus pour leur consommation excessive d'alcool et des incidents connexes dans leur couple avaient donné lieu à des enquêtes policières répétées pour violence familiale. Ils ont souvent refusé de coopérer dans le cadre d'accusations criminelles, et les accusations portées ont souvent mené à l'abandon des poursuites. Le couple avait également des antécédents de non-respect des conditions de non-communication.

Facteurs de risque établis :

On a établi les huit facteurs de risque d'homicide conjugal suivants :

- victime et auteur du crime vivant en union libre;
- chômage;
- consommation excessive d'alcool ou de drogues;
- résistance à l'autorité publique;
- jalousie sexuelles;
- antécédents de violence familiale (partenaire actuel ou victime);
- agression armée antérieure;
- accès à des armes à feu ou possession d'armes à feu.

Le Bureau du coroner des TNO a formulé les recommandations suivantes à la GRC :

1. La GRC devrait examiner la possibilité de recourir à un outil d'évaluation des risques sans égard au sexe semblable à ceux actuellement utilisés dans d'autres services de police, p. ex. l'Évaluation du risque de violence conjugale.

(Il est établi que la GRC a effectué un examen interne de l'intervention policière en cas d'incidents de violence familiale touchant la victime et l'auteur du crime. À l'issue de cet examen, la GRC a émis plusieurs recommandations visant à améliorer ses interventions dans le cadre des appels liés à la violence familiale.)

2. La GRC devrait continuer à offrir de la formation continue aux policiers sur la dynamique de la violence familiale, en particulier en ce qui concerne les défis que représentent des victimes et des auteurs de crimes réticents et ambivalents, qui ont des antécédents de violence familiale, de comportements suicidaires et de dépendances.

(Reconnaître le rôle essentiel de la police dans le cadre d'interventions en cas d'appels relatifs à la violence familiale, en particulier dans le Nord, où elle est souvent la seule ressource disponible pour les familles qui traversent une crise.)

Le Bureau du coroner des TNO a formulé les recommandations suivantes au ministère de la Santé et des Services sociaux :

3. Continuer à soutenir un programme de sensibilisation du public continu à long terme sur la violence familiale, qui peut être mis en œuvre et offert dans toutes les collectivités des TNO.

Rapport annuel 2017 du Bureau du coroner

(Reconnaître la nécessité de sensibiliser aux signes de la violence dans les collectivités de manière à ce que les gens qui sont proches des personnes à risque ou violentes puissent apporter une aide qui reflète une approche traditionnelle et culturelle de la guérison et du mieux-être au sein des collectivités.)

4. Continuer à appuyer les efforts de coordination d'une intervention en matière de violence familiale dans les collectivités. Les victimes, les enfants à leur charge et les auteurs de crimes requièrent tous un continuum de services accessibles et réactifs.

(Tous les intervenants de la collectivité et des différents gouvernements ont un rôle à jouer en ce qui concerne la protection des membres de la collectivité contre la violence familiale. La collectivité devrait participer à la définition des ressources, des programmes et des services les plus adaptés à ses besoins.)

Le Bureau du coroner des TNO a formulé la recommandation suivante aux personnes ci-dessous :

M. Gary Walbourne, Ombudsman de la Défense nationale et des Forces canadiennes, Ottawa et

Le lieutenant-général Paul Wynnyk, Commandant de l'Armée de terre, ministère de la Défense nationale, Ottawa

5. Effectuer un examen complet du Programme des Rangers canadiens.

*(Cet examen a révélé que le fusil .303 utilisé dans le cadre de cet homicide de violence familiale avait été remis par les Rangers canadiens. M. A avait intégré le 1^{er} Groupe de patrouilles des Rangers canadiens en 1997 et avait alors reçu le fusil britannique Lee-Enfield .303. **À cette époque, il n'avait pas de casier judiciaire.***

En octobre 2012, M. A a obtenu sa dernière qualification et on lui a remis 400 munitions. Les Rangers canadiens n'ont pas pour obligation d'effectuer une vérification du casier judiciaire de routine de leurs membres; il s'agit d'un système de déclaration volontaire. La détention d'un permis de possession ou d'acquisition d'arme à feu n'est pas une exigence pour les membres des Rangers canadiens.

M. A était toujours en possession de l'arme qui lui avait été remise en dépit de son casier judiciaire, qui contenait une ordonnance d'interdiction de détention d'une arme à feu de quatre ans, un engagement de ne pas troubler l'ordre public et des condamnations liées à des incidents de violence familiale. Étant donné qu'aucune vérification de casier judiciaire de routine n'est obligatoire au sein du Groupe de patrouilles des Rangers canadiens, ces derniers n'étaient pas au courant de l'évolution du casier judiciaire.)

Cas n° 3

Un jeune homme de 19 ans a été retrouvé pendu dans le garage de son domicile. Les services médicaux d'urgence ont été appelés.

À leur arrivée, les intervenants des services d'urgence ont constaté que la personne était en arrêt cardiaque. Ils ont commencé la réanimation cardio-respiratoire et l'ont transporté à l'hôpital. Si son cœur est reparti et s'est remis à battre, il ne respirait pas par lui-même. Le jeune homme a été évacué à Edmonton le lendemain matin pour une évaluation approfondie. Il a été déclaré en état de mort cérébrale et les appareils le maintenant artificiellement en vie ont été débranchés.

L'examen de son dossier médical a révélé qu'il souffrait d'un trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (sous-type inattentif), du syndrome d'Asperger de haut niveau, de boulimie et de dépression, et s'auto-mutilait en se coupant. Il avait déjà fait plusieurs tentatives de suicide.

Pendant le secondaire, il avait suivi des séances de counseling dans une clinique de santé mentale. Il avait développé diverses dépendances, notamment la boulimie et la consommation d'alcool et de marijuana. Il a été admis plusieurs fois à l'hôpital pour idées suicidaires et dépression. Vers la fin de ses études secondaires et à l'approche de son départ pour le collège, son anxiété a augmenté.

À l'automne, il a quitté sa collectivité pour aller à l'université. Cette année-là, il a été hospitalisé pour une tentative de suicide. Il a alors dit qu'il éprouvait des difficultés à gérer ses émotions et qu'il consommait des drogues pour modifier son état d'esprit. Il s'est de lui-même fait admettre à l'hôpital une deuxième fois, et a été autorisé à en sortir après un rendez-vous avec un psychiatre.

Il a quitté l'université pour revenir chez lui, et s'est de nouveau fait admettre à l'hôpital parce qu'il avait des difficultés à gérer ses idées suicidaires. Il est sorti de l'hôpital avec un rendez-vous prévu avec un conseiller local et un autre rendez-vous avec son médecin de famille le lendemain. Il ne s'est pas rendu à son rendez-vous et a été retrouvé pendu le lendemain.

L'enquête a permis d'établir que la pendaison avait mené au décès, qui a donc été classé comme un suicide.

Recommandations :

1. Nous recommandons une meilleure coordination des services de santé mentale fournis aux personnes qui quittent les Territoires du Nord-Ouest pour suivre des études, en particulier quand il peut y avoir des différences sociales et culturelles dans la nouvelle ville de résidence.
2. Il faut consolider les ressources locales offertes à l'échelle territoriale afin d'assurer une prise en charge intégrée des problèmes de santé mentale et de dépendance.

Les psychothérapies fondées sur des données probantes sont essentielles pour traiter les jeunes souffrant de dépression et ayant fait des tentatives de suicide. Parmi les approches de psychothérapie ayant démontré leur utilité, mentionnons le modèle cognitivo-comportemental, la psychothérapie interpersonnelle et, dans le cas des personnes présentant des comportements suicidaires récurrents, la thérapie comportementale dialectique. Ces types de psychothérapie peuvent être proposés par des travailleurs sociaux formés, des infirmiers en santé mentale, des psychologues ou des médecins. Ces services peuvent également être offerts par réseau vidéo sécurisé.

3. Il faut penser également aux membres de la famille des personnes de tous âges vivant des problèmes de santé mentale. Le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest doit collaborer avec les collectivités pour mettre au point des mesures de soutien pour les proches.

ANNEXE B
RÉSUMÉ DES ENQUÊTES DU CORONER

Cas n° 1

Verdict du jury du coroner

Personne décédée :	Beverly Jane Elanik
Date et heure du décès :	30 janvier 2016 à environ 10 h-10 h 15
Lieu du décès :	Hôpital régional d'Inuvik
Cause du décès :	Maladie cardiovasculaire athérosclérotique hypertensive
Circonstances du décès :	Cause naturelle

Circonstances dans lesquelles le décès a eu lieu :

À sa libération, M^{me} Beverly Jane Elanik a fait un malaise à la GRC. M^{me} Elanik a été transportée à l'hôpital régional d'Inuvik, où elle est décédée.

RECOMMANDATIONS :

Gendarmerie royale du Canada :

- La GRC doit veiller à la mise en œuvre des politiques, p. ex., registres des gardes, contrôles physiques et formation continue.

Ministère de l'Infrastructure :

- Installation de défibrillateurs externes automatisés (DEA) dans les bâtiments publics et formation à leur utilisation.

Gendarmerie royale du Canada, ministère de la Santé et des Services sociaux et ville d'Inuvik :

- Tous les organismes communautaires et gouvernementaux doivent se concerter pour aider les sans-abris, notamment financièrement, et les personnes mal logées, y compris celles qui sont en état d'ébriété. Des professionnels qualifiés pourraient travailler localement avec les personnes souffrant de dépendances.

RÉALISATIONS

Des changements ont été apportés à la *Loi sur les coroners*; les amendements de la phase 2 sont notamment entrés en vigueur en janvier 2017. De nouveaux formulaires de coroners ont été créés pour refléter ces changements législatifs.

Le Service du coroner poursuit sa participation à un certain nombre d'initiatives, notamment en ce qui concerne l'aide médicale à mourir (AMM), les homicides liés à la violence familiale, la crise des opioïdes et la compilation de dossiers pour l'enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées.

Le Service du coroner conclut un certain nombre de conventions de recherche chaque année. Nous fournissons des données de recherche à différents organismes, comme la Société de sauvetage de l'Alberta et des TNO et la Fondation de recherches sur les blessures de la route, ainsi que l'Initiative canadienne sur la prévention des homicides familiaux au sein des populations vulnérables.

Cette année, le Service du coroner a pris part aux exercices de simulation d'urgence aux aéroports de Fort Smith et de Fort McPherson.

Par ailleurs, le bureau a donné un certain nombre de présentations sur le Service du coroner aux administrations de santé et au secteur privé.

Les coroners ont bénéficié d'une formation à l'utilisation de naloxone (Narcan) et ont reçu des masques N95 de taille appropriée et du Narcan.

REMERCIEMENTS

Le Bureau du coroner tient à remercier la GRC, les professionnels de la santé, et les nombreux autres partenaires qui ont coopéré avec les coroners et les ont aidé à mener des enquêtes sur les décès au cours de l'année passée. Le Service exprime sa gratitude aux coroners qui font preuve d'un dévouement et d'un professionnalisme sans faille, souvent dans des conditions très difficiles.