



OFFICE OF THE CHIEF CORONER

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

RAPPORT ANNUEL 2015

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	3
Histoire du Service du coroner	4
Formation	5
Circonstances des décès	5
<i>Loi sur les coroners</i> – Déclaration des décès	6
Régions des TNO	7
Statistiques 2015	8
Nombre de décès par circonstance et par région	9
Nombre de décès par circonstance et par mois	10
Suicide	11
Accident	13
Homicide	14
Nominations au Bureau du coroner	15
Conclusions des enquêtes du coroner	15
Rapport du coroner	15
Enquêtes publiques	16
Annexe A : Résumé des rapports de coroner contenant des recommandations	
Cas n ^o 1.....	18
Annexe B : Résumé des enquêtes publiques	19
Remerciements	20

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

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

INTRODUCTION

Le Service du coroner, à des fins organisationnelles et administratives, relève du ministère de la Justice des Territoires du Nord-Ouest. Ses activités sont menées en vertu de la *Loi sur les coroners*, qui a été adoptée en 1985 et a connu des modifications depuis. Le Bureau du coroner en chef est situé à Yellowknife et supervise toutes les enquêtes sur les décès. On compte actuellement aux Territoires du Nord-Ouest 36 coroners, qui desservent les collectivités et les régions où ils habitent.

Aux Territoires du Nord-Ouest, tous les décès soudains et inattendus doivent être rapportés à un coroner. Le Service du coroner est responsable des enquêtes sur tous les décès à déclaration obligatoire afin de déterminer l'identité de la personne décédée et les faits suivants : quand, où, comment et de quelle manière est morte la personne décédée. Le Service du coroner est soutenu par la Gendarmerie royale, le Bureau du commissaire aux incendies, la Commission de la sécurité au travail et de l'indemnisation des travailleurs, le Bureau de la sécurité des transports et divers autres organismes qui travaillent en collaboration étroite avec le Bureau du coroner en chef.

La coroner en chef actuelle est Cathy L. Ménard. M^{me} Ménard fait partie du Service du coroner depuis 1996 et travaille pour le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest depuis plus de 30 ans.

Les Territoires du Nord-Ouest ne disposent pas d'installations pour effectuer les autopsies. Quand il faut procéder à une autopsie, le corps est transporté à Edmonton pour examen, où la procédure est effectuée par le Bureau du médecin légiste en chef. Après l'autopsie, les restes sont envoyés au salon funéraire Foster & McGarvey, avec lequel le gouvernement a un contrat pour la préparation et le rapatriement. Les services de toxicologie sont fournis au Service du coroner par DynaLIFE_{DX}, une entreprise de services d'analyses diagnostiques située à Edmonton, et par le Bureau du médecin légiste en chef de l'Alberta.

HISTOIRE DU SERVICE DU CORONER

Le Bureau du coroner est l'une des plus vieilles institutions provenant du droit anglais. On a retrouvé des écrits du temps du roi saxon Alfred, en l'an 925, faisant référence au rôle du « coroner » en Angleterre. Toutefois, on place l'évolution historique du rôle de coroner à l'époque de la conquête de l'Angleterre par la Normandie, période où le coroner occupait une place importante dans l'administration de la justice.

Les historiens admettent généralement que ce rôle n'a pas été institué en bonne et due forme avant la fin du XII^e siècle. Le Statut de Westminster de 1276 est l'un des premiers ensembles de lois détaillées à traiter des coroners. Le rôle de coroner a porté différentes appellations au fil du temps, de « coronator » à l'époque du roi Jean (King John) à « crowner », un terme encore utilisé à l'occasion en Écosse.

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

Les tâches du coroner ont été modifiées au fil des siècles, mais sa principale raison d'être demeure l'investigation des décès soudains et inattendus. Avec la croissance de l'industrialisation au XIX^e siècle, la pression sociale a aussi imposé au coroner une fonction préventive. Celle-ci demeure aujourd'hui un élément important du Service du coroner.

Deux systèmes mènent les enquêtes sur les décès au Canada : le système du coroner et celui du médecin légiste. Le système du coroner remplit quatre rôles principaux : enquête, administration, aspect judiciaire et prévention. Le système du médecin légiste comprend les éléments médicaux et administratifs. Le coroner et le médecin légiste recherchent tous deux des preuves de nature médicale ou autre, dans le but de déterminer la cause et les circonstances d'un décès. Le coroner reçoit des renseignements de diverses sources. Le coroner peut aussi faire des recommandations en vue de prévenir des morts semblables.

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

FORMATION

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

CIRCONSTANCES DES DÉCÈS

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

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

DÉCÈS ACCIDENTEL : Tout décès découlant d'une ou de plusieurs actions d'une personne qui l'ont conduite à une mort non intentionnelle, ou la mort de toute personne causée par l'intervention d'un agent non humain.

SUICIDE : Décès causé par un traumatisme qu'une personne s'inflige à elle-même avec l'intention apparente de se donner la mort.

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

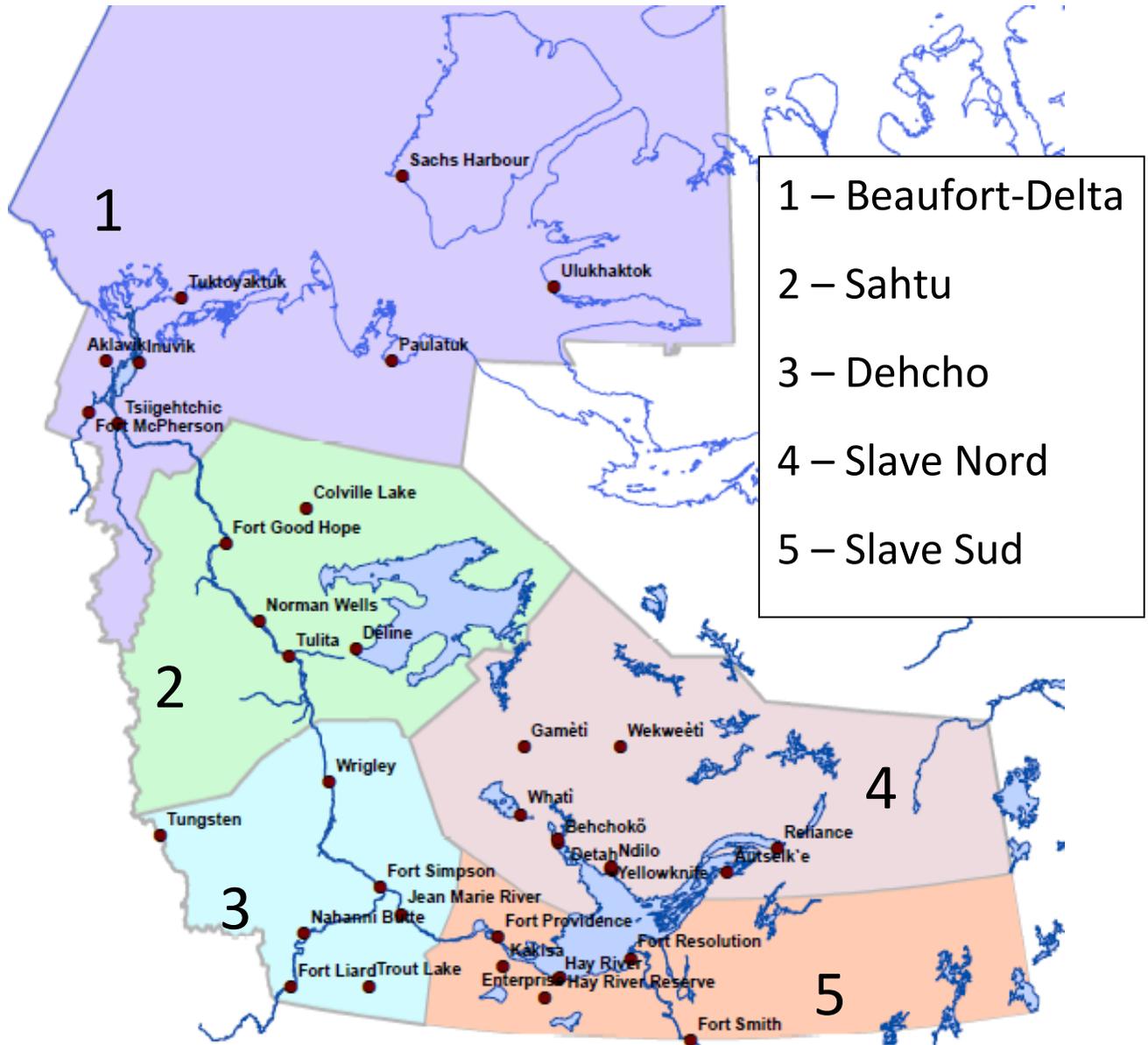
CAUSE INDÉTERMINÉE : Tout décès qui ne peut être classé dans l'une ou l'autre des catégories précédentes.

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

Loi sur les coroners – Déclaration des décès

- Obligation de signaler* **8. (1)** ***Toute personne signale immédiatement à un coroner ou à un policier un décès dont elle a connaissance et qui se produit dans les Territoires du Nord-Ouest ou par suite d'événements qui se produisent dans les Territoires du Nord-Ouest lorsque le décès survient :***
- (a) par suite d'un acte de violence, d'un accident, d'un suicide apparents ou d'une autre cause apparente qui n'est ni la maladie ni la vieillesse;
 - (b) par suite de négligence, de mauvaise conduite ou de négligence professionnelle apparentes;
 - (c) soudainement et inopinément au moment où le défunt paraissait en bonne santé;
 - (d) dans les 10 jours d'un acte médical ou au moment où le défunt est sous anesthésie ou pendant la période du réveil;
 - (e) par suite :
 - (i) d'une maladie contractée par le défunt,
 - (ii) d'une blessure subie par le défunt,
 - (iii) de l'exposition du défunt à une substance toxique, du fait ou dans le cadre de son emploi ou de son occupation;
 - (f) par mort à la naissance hors la présence d'un médecin;
 - (g) pendant que le défunt est détenu ou involontairement sous garde légale dans une prison, un lieu de détention provisoire, un établissement correctionnel, un établissement médical ou toute autre institution;
 - (h) pendant que le défunt est détenu par un policier ou est sous sa garde.
- Exception* **(2)** ***Par dérogation au paragraphe (1), la personne qui sait qu'un coroner ou un policier a déjà connaissance d'un décès à déclaration obligatoire n'est pas tenue de l'en aviser.***
- Devoir du policier* **(3)** ***Le policier qui a connaissance d'un décès à déclaration obligatoire en avise immédiatement le coroner.***
- Arrangements spéciaux* **(4)** ***Le coroner en chef peut faire des arrangements spéciaux avec les établissements médicaux, les établissements correctionnels et la Gendarmerie royale du Canada pour faciliter la notification des décès à déclaration obligatoire par les personnes qui sont dans ces établissements ou cette organisation.***

Régions des Territoires du Nord-Ouest



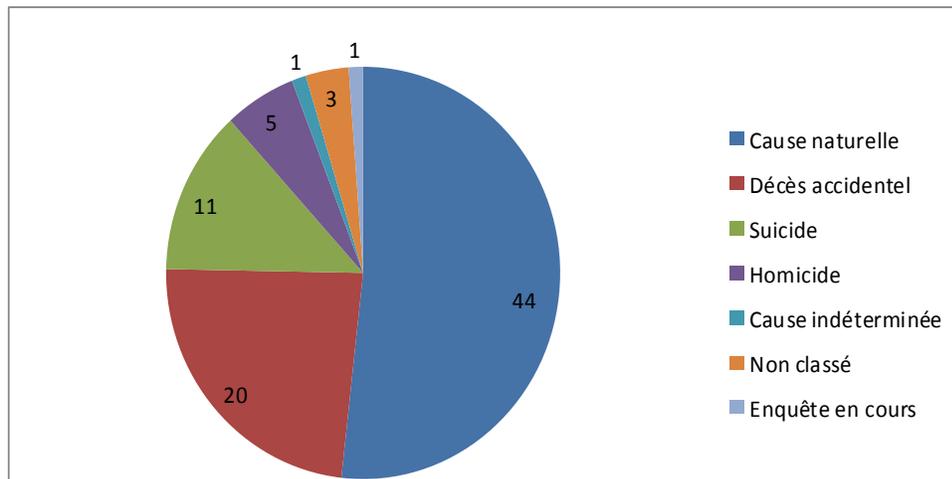
Source : http://www.enr.gov.nt.ca/_live/documents/content/Administrative_regions.pdf

STATISTIQUES SUR LES CAS POUR 2015

TOTAL DES CAS

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

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



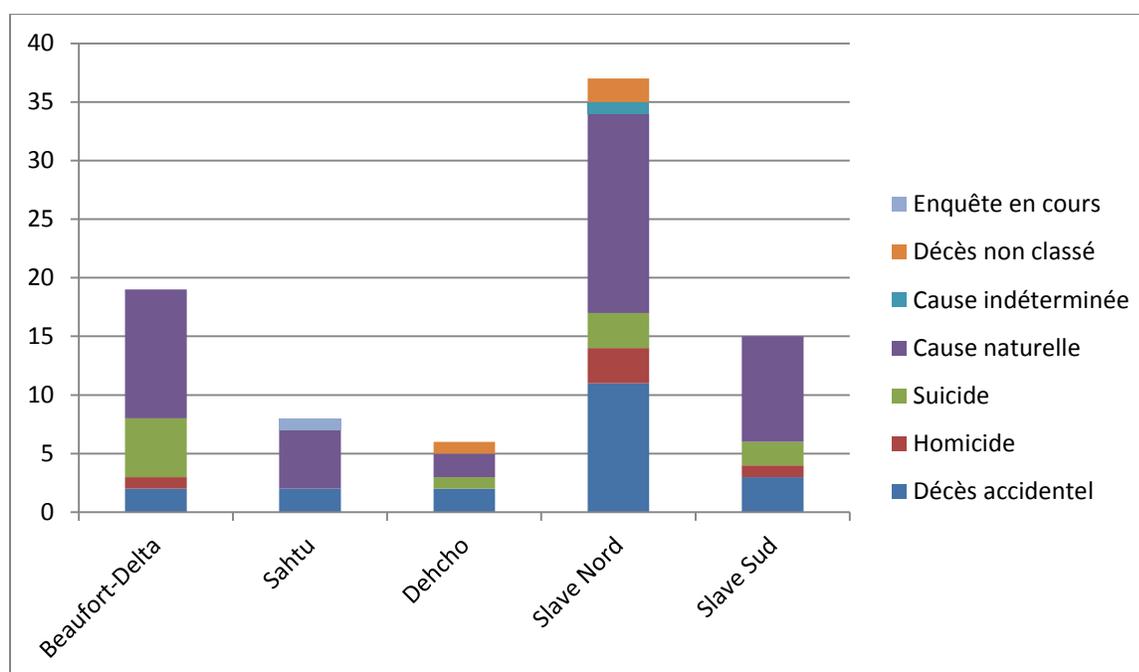
Le Service du coroner des TNO a enquêté sur quatre décès survenus en Alberta.

Les cas non classés ne figurent pas dans la colonne « % de la population », car il a été déterminé qu'ils n'étaient pas de nature humaine. En 2015, trois cas ont été placés dans la catégorie des décès non classés.

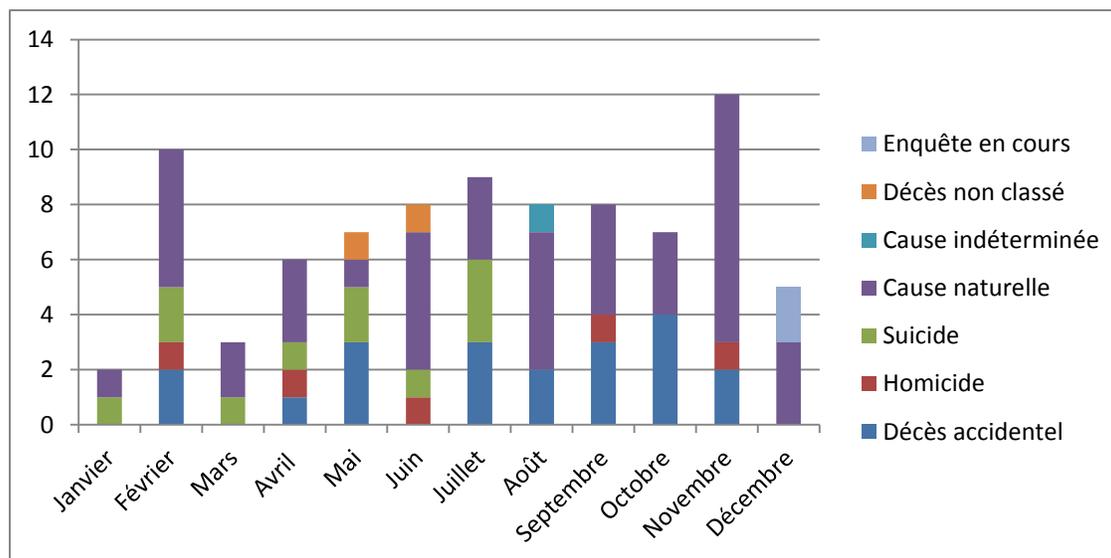
* Selon une population ténosie estimée à 44 088 – donnée en date du 15 juin 2016 tirée du site Web suivant : <http://www.statsnwt.ca/population/population-estimates/>.

NOMBRE DE CAS PAR CIRCONSTANCE ET PAR RÉGION

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



NOMBRE DE CAS PAR CIRCONSTANCE ET PAR MOIS

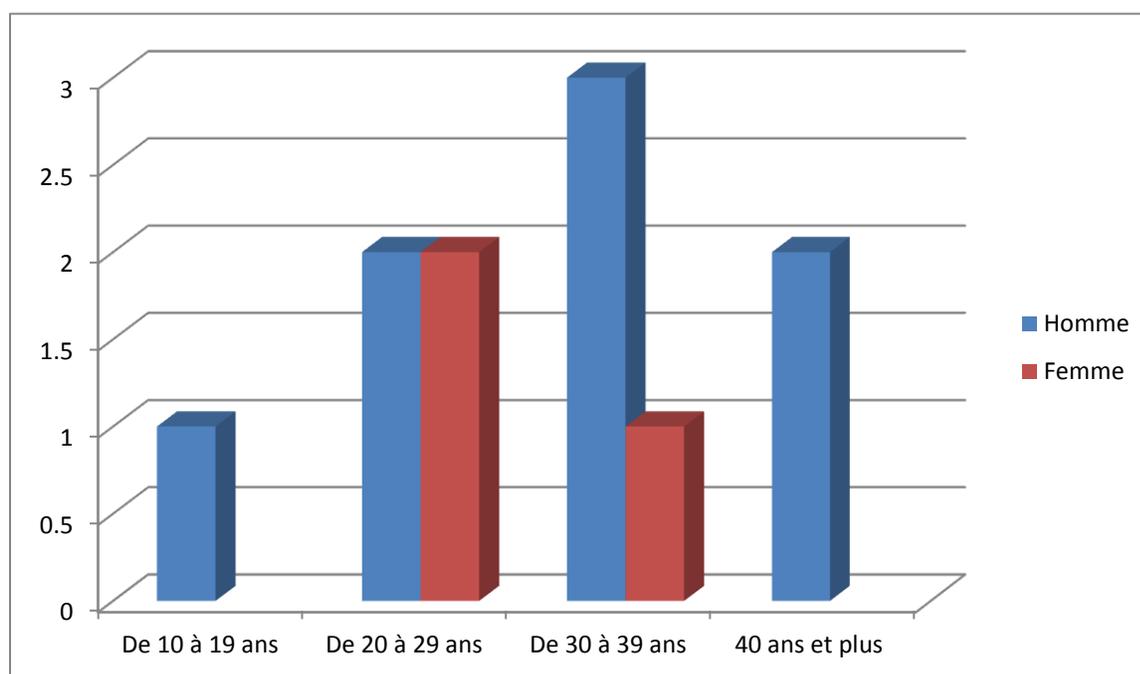


Mois	Décès accidentel	Homicide	Suicide	Cause naturelle	Cause indéterminée	Décès non classé	Enquête en cours	Total
Janvier			1	1				2
Février	2	1	2	5				10
Mars			1	2				3
Avril	1	1	1	3				6
Mai	3		2	1		1		7
Juin		1	1	5		1		8
Juillet	3		3	3				9
Août	2			5	1			8
Septembre	3	1		4		1		9
Octobre	4			3		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

SUICIDE

PAR SEXE ET PAR ÂGE

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



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

Suicide

MÉTHODE, ET CONSOMMATION DE DROGUE ET D'ALCOOL

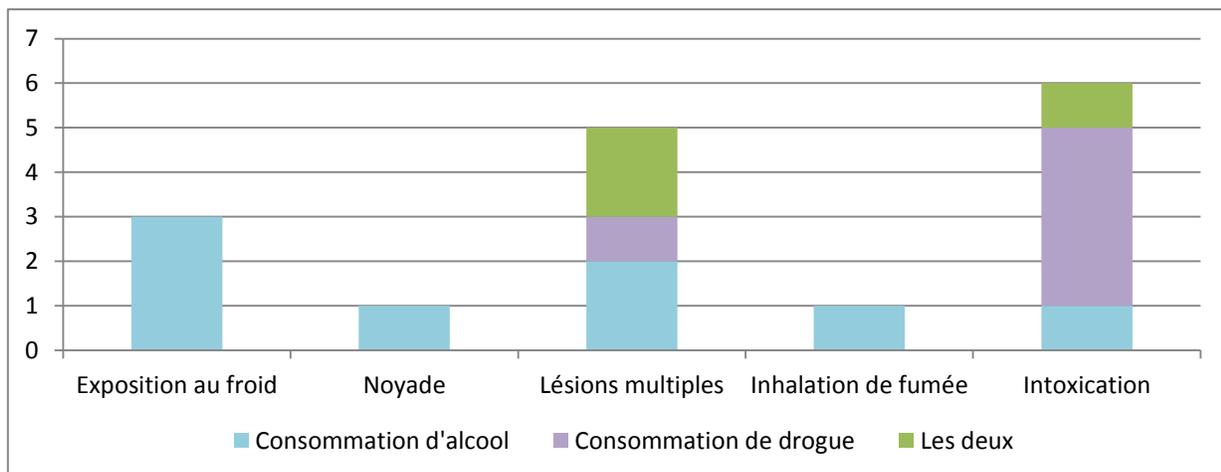
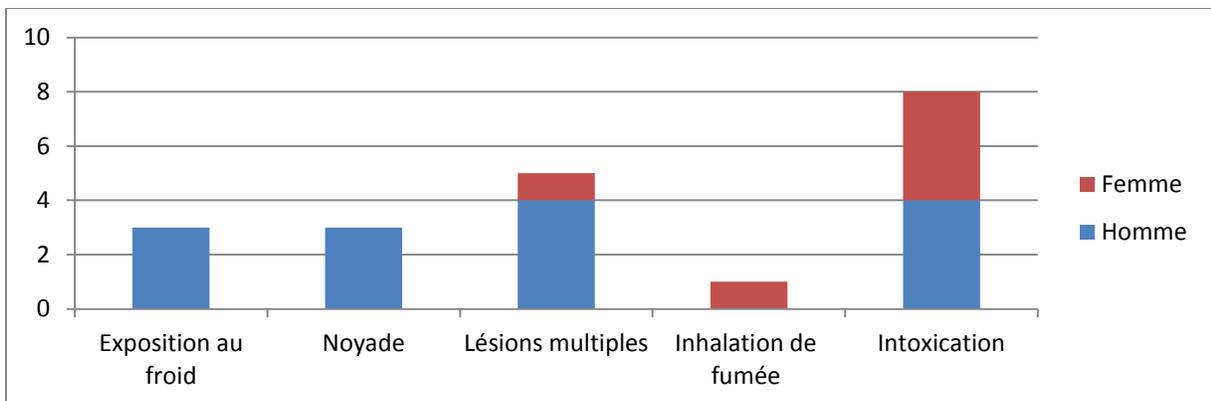
Région	Méthode	Consommation d'alcool	Consommation de drogue
Dehcho	Arme à feu	Oui	Non
Slave Sud	Pendaison	Oui	Oui
Slave Sud	Arme à feu	Non	Non
Slave Nord	Intoxication	Non	Oui
Slave Nord	Arme à feu	Oui	Non
Slave Nord	Pendaison	Non	Non
Beaufort-Delta	Arme à feu	Non	Non
Beaufort-Delta	Arme à feu	Oui	Oui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

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

DÉCÈS ACCIDENTEL PAR CAUSE ET PAR SEXE

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

En 2015, les décès accidentels ont représenté 23,53 % de tous les décès rapportés au Service du coroner. La majorité des personnes décédées accidentellement étaient des hommes (14 hommes sur 20 décès, donc 70 %). De l'alcool ou de la drogue a été consommé dans 16 décès (15 hommes sur 20, ou 75 %).



HOMICIDE

PAR ÂGE ET PAR SEXE

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

Par région

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

En 2015, cinq décès ont été déclarés des homicides. Les homicides représentent ainsi 5,88 % des décès rapportés au Service du coroner.

NOMINATIONS AU BUREAU DU CORONER

Le coroner en chef a le pouvoir légal de recommander la nomination et le renvoi des coroners. Il est souhaitable d'avoir des coroners locaux dans chaque collectivité, c'est pourquoi le recrutement des coroners locaux est fait par le Bureau du coroner, la GRC ainsi que les gouvernements municipaux et autochtones. Les candidats doivent remplir un formulaire de demande d'emploi, précisant leurs compétences spéciales ou toute formation qui leur permettrait d'occuper le poste de coroner. Les candidats doivent aussi présenter une recommandation de leur municipalité ou leur bande et du détachement local de la GRC. Une recommandation de nomination de la part du coroner en chef est ensuite envoyée au ministre de la Justice. Le député de la circonscription du candidat est aussi informé de la nomination envisagée. Le ministre de la Justice nomme les coroners pour une période de trois ans.

En 2015, on comptait 36 coroners aux Territoires du Nord-Ouest, soit 19 hommes et 17 femmes.

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

CONCLUSION DES ENQUÊTES DU CORONER

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

RAPPORT DU CORONER

Le rapport du coroner est un document qui fait un bref compte-rendu des résultats d'une enquête du coroner. Il clarifie les faits et les circonstances entourant le décès. Le rapport établit l'identité du défunt et le classement du décès, et présente toute recommandation qui pourrait prévenir un décès semblable. Un rapport du coroner est rédigé à la suite de toute enquête sur un décès, à l'exception des cas où l'on procède à une enquête médico-légale publique. Lors d'une enquête médico-légale publique, le verdict du jury remplace le rapport du coroner.

Il arrive fréquemment que des recommandations soient faites et transmises au ministère, à la personne ou à l'agence concernés dans l'espoir de fournir une information précieuse pour prévenir des décès semblables. Les rapports des coroners qui contiennent des recommandations sont distribués sur demande et les réponses font l'objet d'un suivi. Un résumé de quelques rapports contenant des recommandations est présenté à l'annexe A.

Enquêtes

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

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

Un coroner doit tenir une enquête publique quand la personne décédée était en détention involontaire au moment du décès. Une enquête publique peut aussi être tenue quand, de l'avis du coroner, il est nécessaire :

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

Si un coroner détermine qu'une enquête publique n'est pas nécessaire, le plus proche parent de la personne décédée ou une autre personne concernée peut demander qu'une enquête publique soit tenue. Le coroner prendra cette demande en considération et rendra une décision par écrit. Celle-ci peut être portée en appel auprès du coroner en chef, qui jugera des mérites de l'appel et rendra une décision motivée par écrit dans les 10 jours suivant la réception de l'appel. Assujettie au pouvoir du ministère de la Justice, en vertu de l'article 24 de la *Loi sur les coroners*, la décision du coroner en chef est finale.

ANNEXE A
RÉSUMÉ DES RAPPORTS DE CORONER CHOISIS
CONTENANT DES RECOMMANDATIONS
(RAPPORTS REMIS EN 2015)

Cas n° 1

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

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

Commentaires et recommandations

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

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

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

ANNEXE B

RÉSUMÉ DES ENQUÊTES PUBLIQUES

AUCUNE ENQUÊTE PUBLIQUE N' A EU LIEU EN 2015.

REMERCIEMENTS

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