



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

Service du coroner des Territoires du Nord-Ouest

**Rapport annuel
2024**

K'áhshó got'jne xədə k'é hederı Ɂedjhtl'é yerınıwę nı dé dúle.
Dene kədə

ʔerıhtl'ıs Dēne Sıłıné yatı t'a huts'elkēr xa beyáyatı theɁą Ɂat'e, nuwe ts'ēn yóftı.
Dēne sıłıné

Edı gondı dehgháh got'je zhatıé k'éé edatl'éh enahddhę nıde naxets'é edahlı.
Dene zhatıé

Jii gwandak izhii ginjik vat'atr'ijáhch'uu zhit yinoththan jı', diıts'át ginohkhii.
Dinjii zhu' ginjik

Uvanittuaq ilitchurisukupku Inuvialuktun, ququaqluta.
Inuvialuktun

ᑕᑦᑲᑦ ᑎᑎᑦᑲᑦ ᐱᑦᐱᑦ ᐃᑦᑎᑦᑲᑦ ᐱᑦᑲᑦᑲᑦ, ᐱᑦᑲᑦᑲᑦ ᐱᑦᑲᑦᑲᑦ.
Inuktitut

Hapkua titiqqat pijumagupkit Inuinnaqtun, uvaptinnut hivajarlutit.
Inuinnaqtun

kīspin kī nitawihtīn ē nīhīyawihk ōma ācimōwin, tipwāsinān.
nēhiyawēwin

Tłıchq yatı k'èè. Dı wegodı newq dè, gots'o gonede.
Tłıchq

Langues autochtones
request_indigenous_languages@gov.nt.ca

Table des matières

INTRODUCTION	4
HISTOIRE DU SERVICE DU CORONER	5
ÉDUCATION	6
MODE DE DÉCÈS	6
DÉCLARATION DES DÉCÈS CONFORMÉMENT À LA <i>LOI SUR LES CORONERS</i>	7
RÉGIONS DES TNO.....	9
STATISTIQUES 2024.....	10
NOMBRE DE DÉCÈS PAR MODE ET PAR RÉGION	11
NOMBRE DE DÉCÈS PAR MODE ET PAR MOIS	12
SUICIDES.....	13
ACCIDENTS	15
HOMICIDES.....	17
CAUSES NATURELLES ET CAS NON SOUMIS AU CORONER.....	18
EXAMENS POST-MORTEM PAR MODE	18
NOMINATIONS AU BUREAU DU CORONER.....	19
CONCLUSION DES ENQUÊTES DU CORONER	19
RAPPORT DU CORONER CHARGÉ DE L'ENQUÊTE	19
ENQUÊTES	20
ANNEXE A RÉSUMÉ DE RAPPORTS DE CORONER CONTENANT DES RECOMMANDATIONS	21
CAS N ^o 1	22
CAS N ^o 2	23
CAS N ^o 3	24
ANNEXE B RÉSUMÉ DES ENQUÊTES PUBLIQUES	26
CAS N ^o 1	27
REMERCIEMENTS	29

INTRODUCTION

Le Service du coroner, à des fins 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 2023, on comptait aux Territoires du Nord-Ouest 19 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.

Le coroner en chef actuel est Garth Eggenberger. M. Eggenberger fait partie du Service du coroner depuis 1987.

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 and 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 institutions les plus anciennes établies en vertu 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 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 le mode 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'enquêtes menées par 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.

ÉDUCATION

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.

MODE DE DÉCÈS

Le coroner ou le jury du coroner détermine la cause et le mode 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.)

MODE INDÉTERMINÉ : 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.)*

DÉCLARATION DES DÉCÈS CONFORMÉMENT À LA LOI SUR LES CORONERS

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 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;
- (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

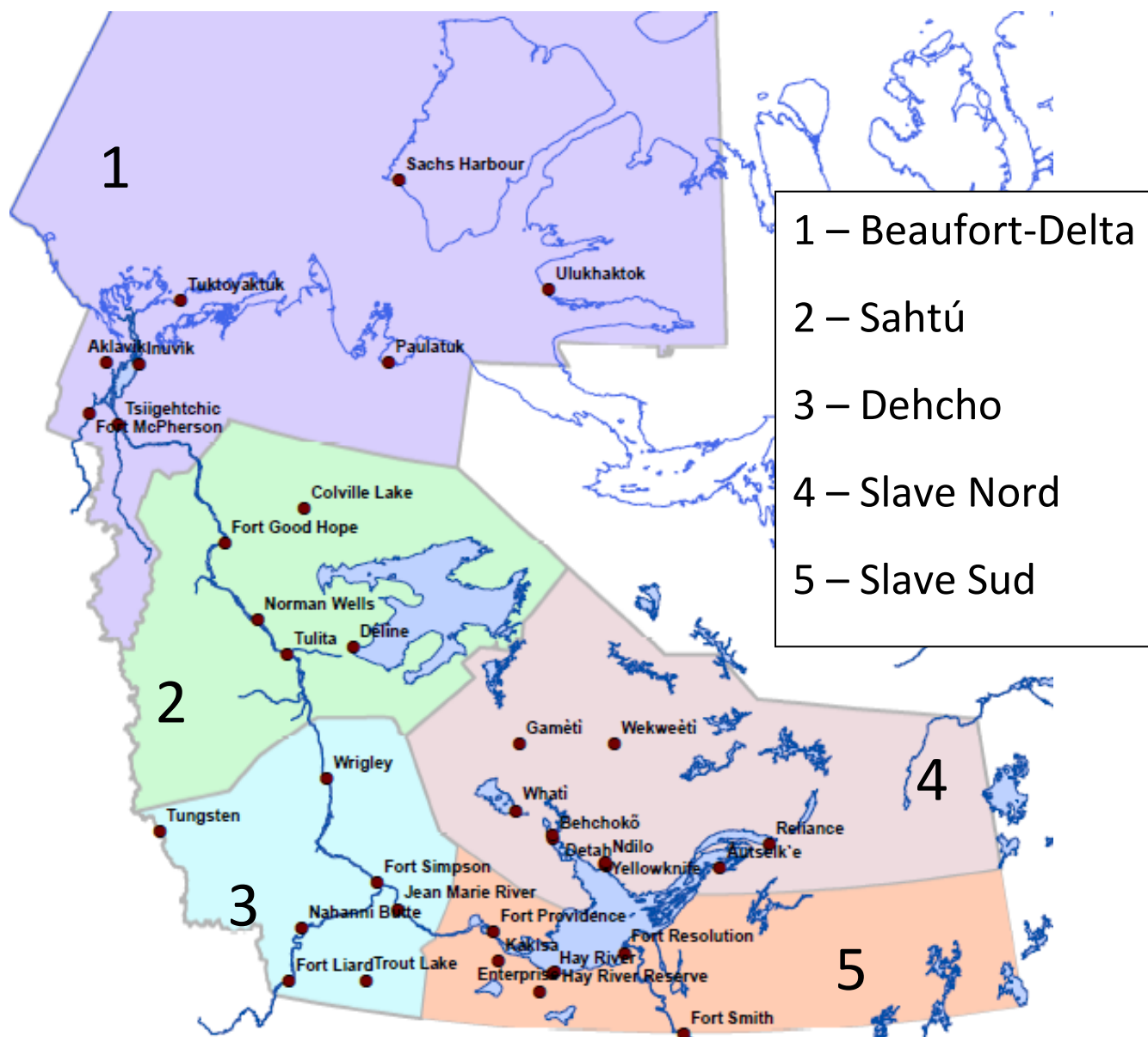
(2) Par dérogation au paragraphe (1), la personne qui sait qu'un coroner ou un policier a déjà connaissance d'un décès à déclaration obligatoire n'est pas tenue de l'en aviser.

Rapport annuel 2024 du Service du coroner

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.

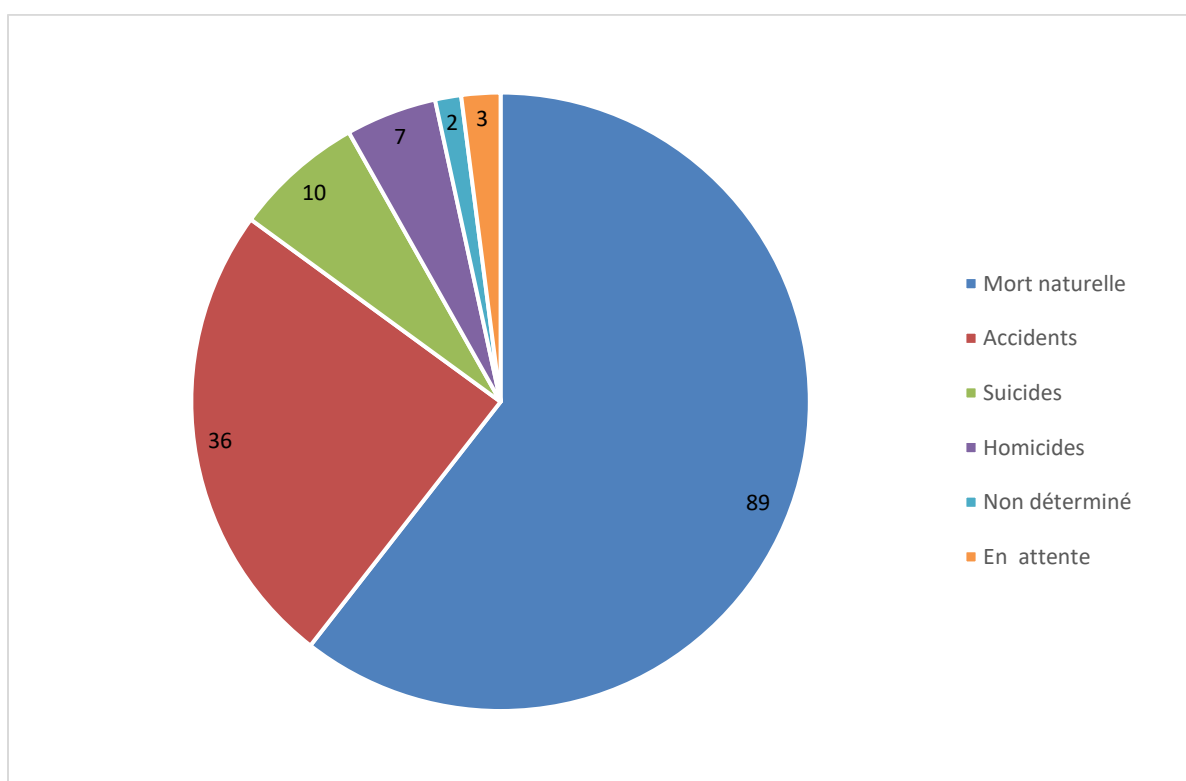
RÉGIONS DES TNO



STATISTIQUES 2024

TOTAL DES CAS

Total des cas			
Mode de décès	Nombre *	% des cas	% de la population**
Mort naturelle	89	60,54 %	0,1967 %
Accidents	36	24,49 %	0,0795 %
Suicides	10	6,80 %	0,0221 %
Homicides	7	4,76 %	0,0155 %
Non déterminé	2	1,36 %	0,0044 %
En attente	3	2,04 %	0,0066 %
Total	147	100,00 %	0,3248 %

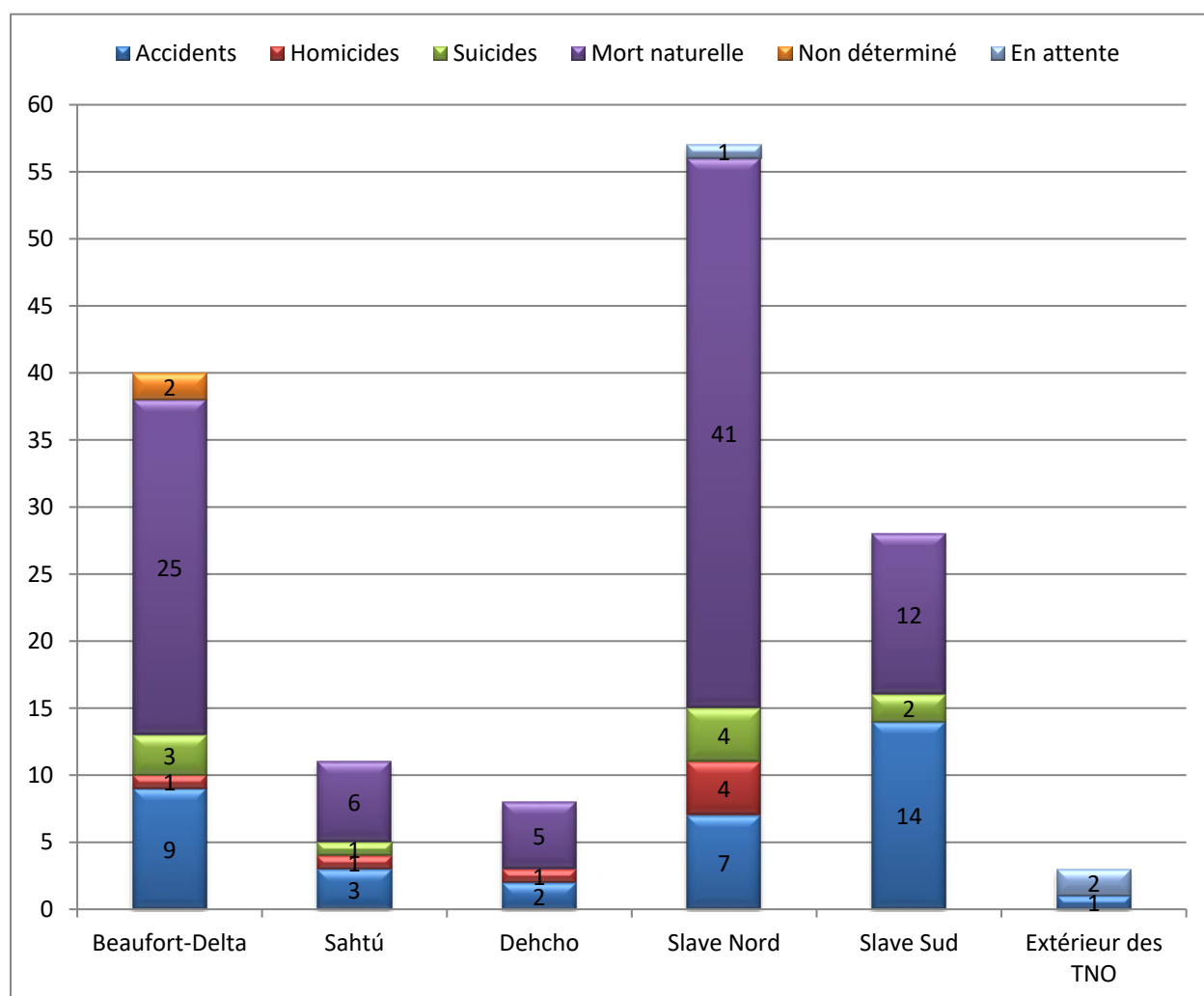


* Le Bureau du coroner des TNO a apporté son aide pour deux décès en Alberta et un en Nouvelle-Écosse.

** Selon une population ténioise estimée à 45 257 habitants au 21 octobre 2025; source : <http://www.statsnwt.ca/population/population-estimates/>

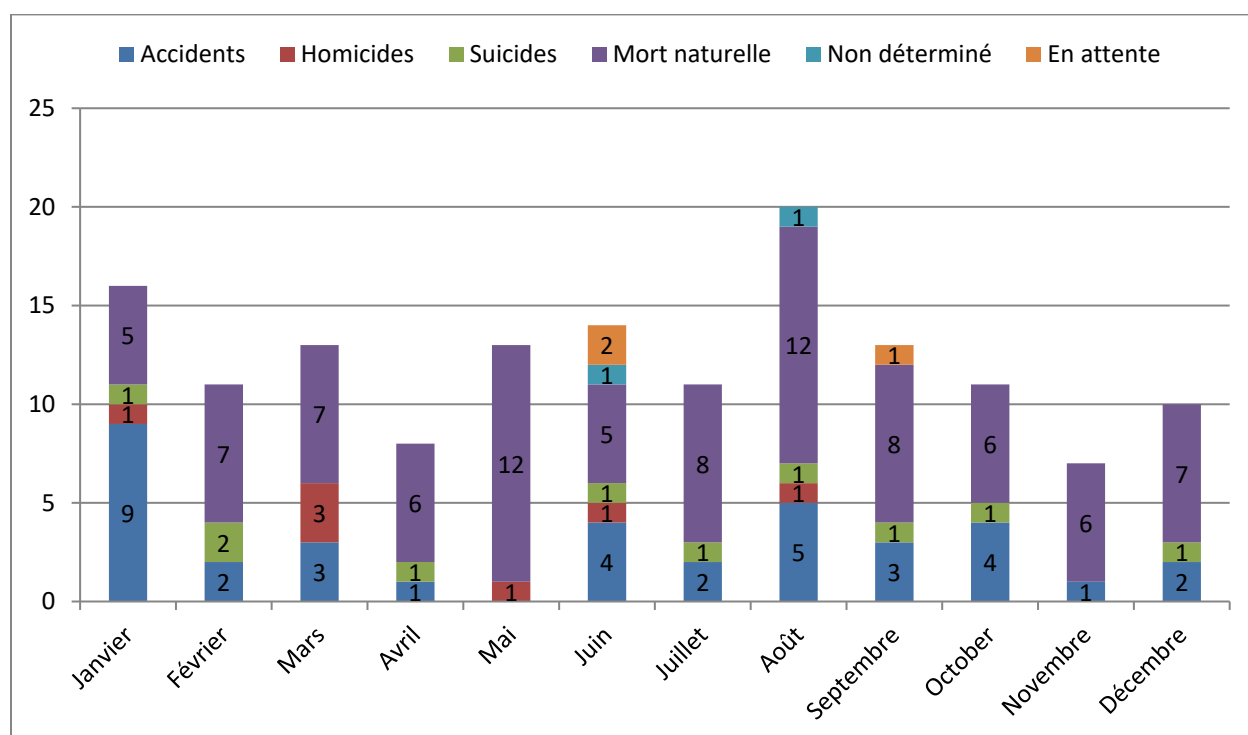
NOMBRE DE DÉCÈS PAR MODE ET PAR RÉGION

Région	Accidents	Homicides	Suicides	Mort naturelle	Non déterminé	En attente	Total
Beaufort-Delta	9	1	3	25	2		40
Sahtú	3	1	1	6			11
Dehcho	2	1		5			8
Slave Nord	7	4	4	41		1	57
Slave Sud	14		2	12			28
Extérieur des TNO	1					2	3
Total	36	7	10	89	2	3	147



NOMBRE DE DÉCÈS PAR MODE ET PAR MOIS

Mois	Accidents	Homicides	Suicides	Mort naturelle	Non déterminé	En attente
Janvier	9	1	1	5		
Février	2		2	7		
Mars	3	3		7		
Avril	1		1	6		
Mai		1		12		
Juin	4	1	1	5	1	2
Juillet	2		1	8		
Août	5	1	1	12	1	
Septembre	3		1	8		1
Octobre	4		1	6		
Novembre	1			6		
Décembre	2		1	7		
Total	36	7	10	89	2	3

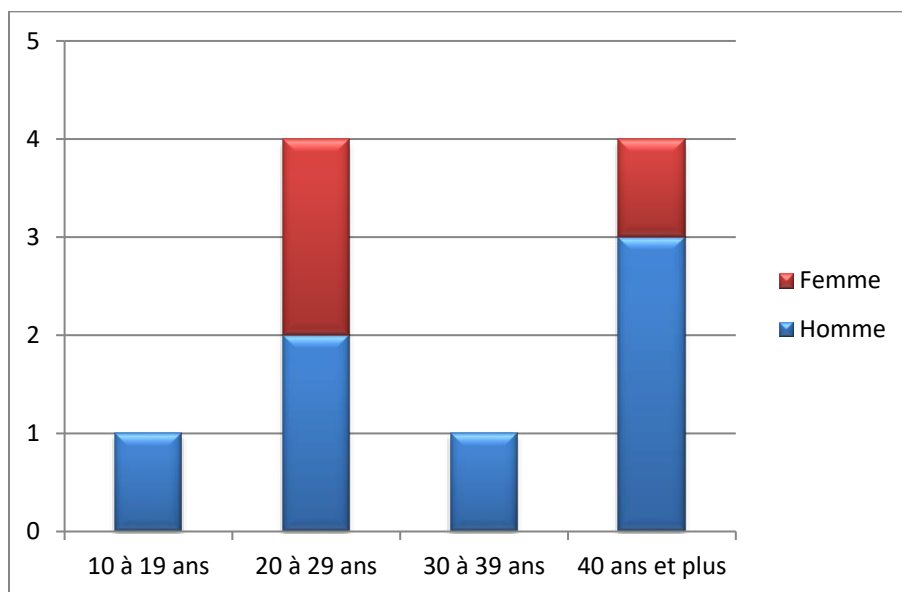


SUICIDES

Le suicide fait référence à tout décès causé par un traumatisme qu'une personne s'inflige à elle-même avec l'intention apparente de se donner la mort. En 2024, on dénombre un total de 10 suicides sur un total de 147 décès, ce qui représente 6,8 % des décès cette année-là. La plupart de ces suicides ont été commis par des hommes.

PAR ÂGE ET PAR SEXE

Groupe d'âge	Homme	Femme	Total
10 à 19 ans	1		1
20 à 29 ans	2	2	4
30 à 39 ans	1		1
40 ans et plus	3	1	4
Total	7	3	10



SUICIDES (suite)

Suicides par mois, région et mode, et présence de drogues ou d'alcool

Mois	Région	Mode	Présence d'alcool	Présence de drogue
Janvier	Slave Sud	Pendaison		Oui
Février	Slave Nord	Empoisonnement au monoxyde de carbone		
Février	Slave Nord	Pendaison		
Avril	Beaufort-Delta	Blessure par balle		
Juin	Sahtú	Intoxication à l'alcool et à la drogue	Oui	Oui
Juill.	Slave Nord	Pendaison		
Août	Beaufort-Delta	Pendaison		
Septembre	Beaufort-Delta	Pendaison	Oui	
Octobre	Slave Nord	Pendaison		
Décembre	Slave Sud	Blessure par balle		

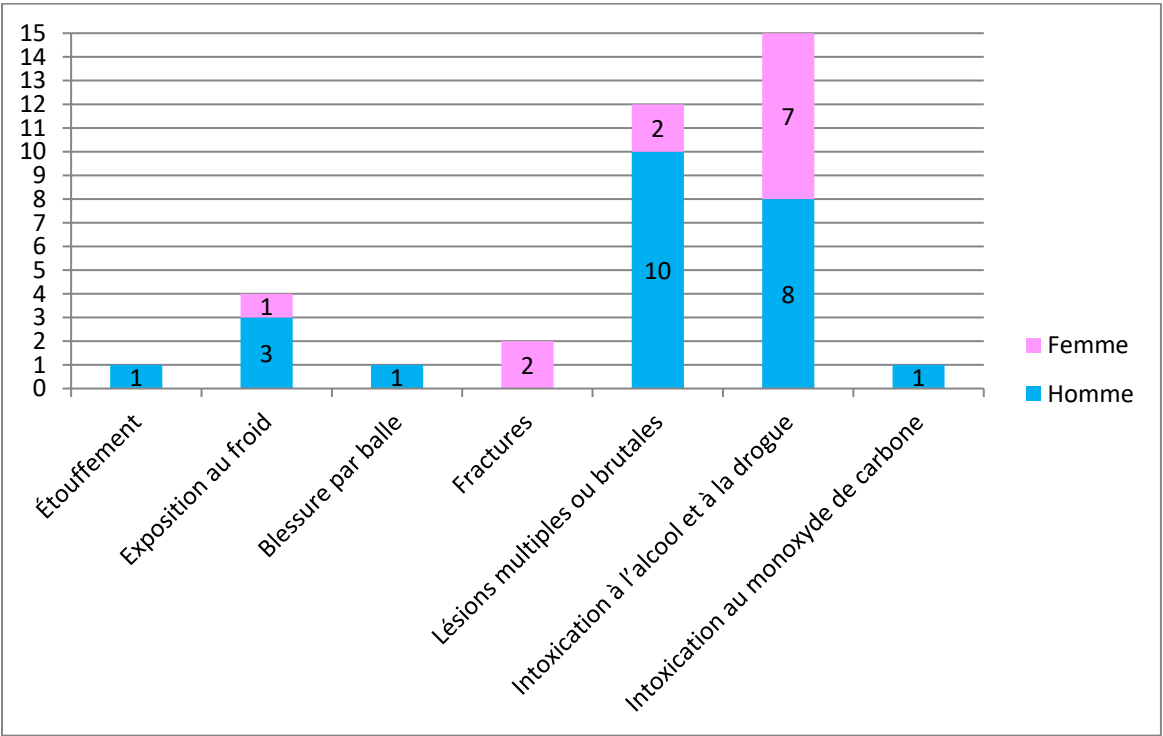
En 2024, la plupart des suicides se sont produits dans la région du Slave Nord, suivie de près par la région de Beaufort-Delta. La méthode la plus courante a été la pendaison. Pour trois des dix suicides, l'alcool ou la drogue ont été des facteurs contributifs.

ACCIDENTS

PAR CAUSE ET PAR SEXE

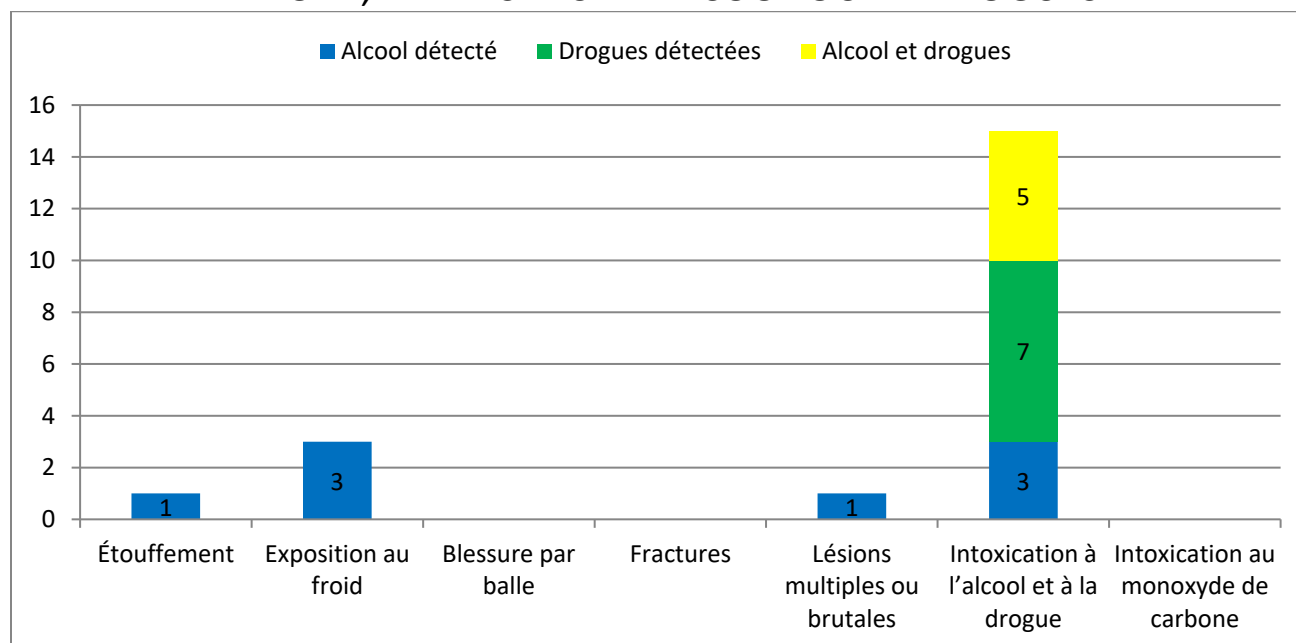
Cause du décès	Homme	Femme	Total
Étouffement	1		1
Exposition au froid	3	1	4
Blessure par balle	1		1
Fractures		2	2
Lésions multiples ou brutales	10	2	12
Intoxication à l'alcool et à la drogue	8	7	15
Intoxication au monoxyde de carbone	1		1
Totaux	24	12	36

En 2024, les décès accidentels représentaient 24,49 % des décès signalés. La majorité des cas de décès accidentels étaient des hommes (24 sur 36 ou 67 %).



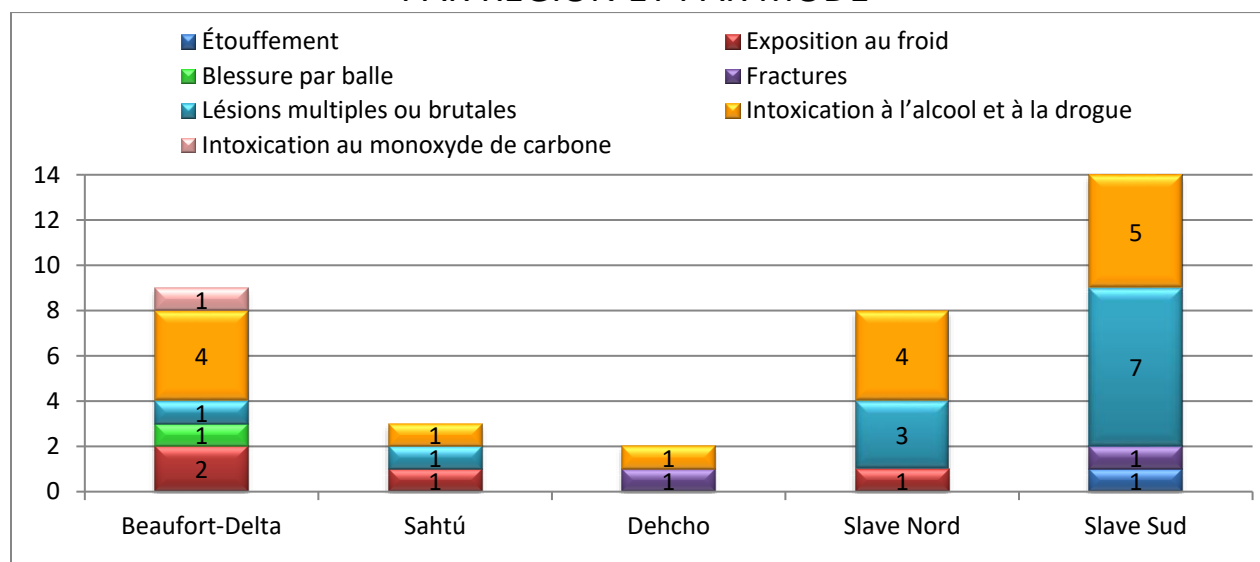
ACCIDENTS (suite)

PAR MODE, ET PRÉSENCE D'ALCOOL OU DE DROGUES



Pour vingt des trente-six (56 %) décès accidentels, on a relevé la présence d'alcool ou de drogues.

PAR RÉGION ET PAR MODE



La plupart des décès accidentels sont survenus dans la région du Slave Sud (14 sur 36 ou 39 %).

HOMICIDES

HOMICIDES PAR ÂGE ET PAR SEXE

Groupe d'âge	Homme	Femme	Total
0-19	0	0	0
20-29	3	0	3
30-39	2	1	3
40-49	1	0	1
Total	6	1	7

En 2024, sept décès ont été déclarés des homicides. Les homicides représentaient donc 4,76 % des décès signalés.

Les hommes représentent 86 % des décès par homicide.

HOMICIDES PAR RÉGION

Région	Total
Beaufort-Delta	1
Sahtu	1
Dehcho	1
Slave Nord	4
Slave Sud	0
Total	7

HOMICIDES PAR MODE

Mode	Total
Blessure par objet contondant	3
Blessure par balle	3
Blessure à l'arme blanche	1
Total	7

La majorité des homicides ont eu lieu dans la région du Slave Nord (57 %).

CAUSES NATURELLES ET CAS NON SOUMIS AU CORONER

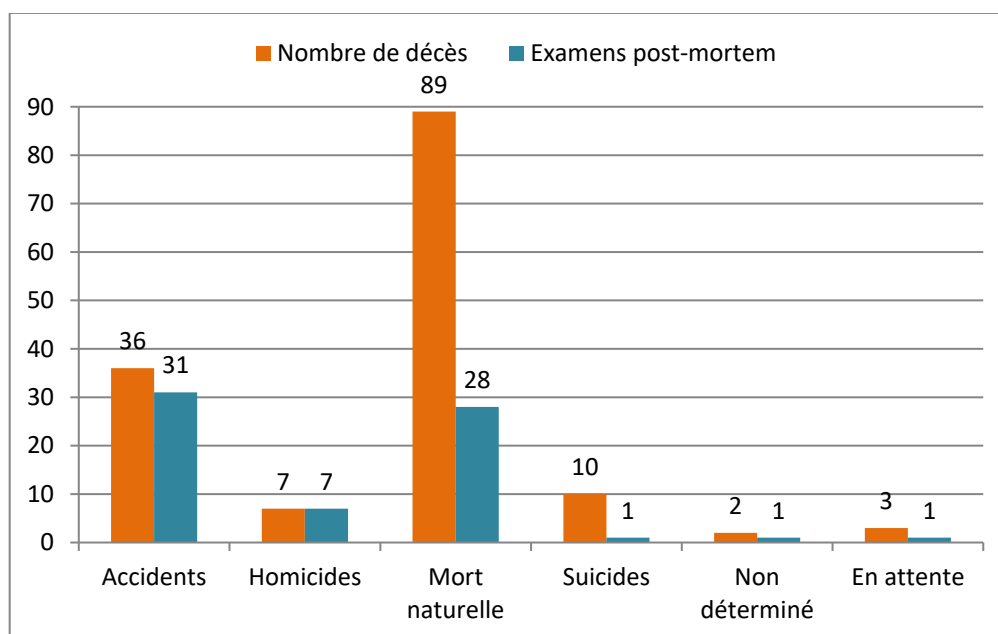
En 2024, il y a eu un total de 89 décès naturels, dont 81 ont été soumis au coroner (8 ne l'ont pas été). Les cas qui ne sont pas soumis au coroner sont des décès naturels signalés au Service du coroner, mais qui ne sont pas visés par les critères de déclaration exigés en vertu de la *Loi sur les coroners*.

Soumis au coroner	Non soumis au coroner	Mort naturelle
81	8	89

En 2024, on a dénombré 12 décès naturels principalement liés à l'alcool. Les décès naturels liés à l'alcool se distinguent des décès par intoxication. Plutôt que de résulter d'une intoxication aiguë à l'alcool, ces décès sont dus à une consommation prolongée d'alcool, qui altère progressivement les fonctions corporelles au fil du temps.

EXAMENS POST-MORTEM PAR MODE

Un examen post-mortem (autopsie) est effectué lorsque la cause ou le mode de décès ne peuvent être déterminés autrement ou lorsqu'il semble approprié de procéder ainsi. Une autopsie peut également déterminer l'identité du défunt. Au total, 69 autopsies ont été effectuées en 2024.



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 que chaque collectivité ait un coroner local; le recrutement des coroners locaux est effectué par le Bureau du coroner en chef et le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest. 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 2024, 17 coroners travaillaient aux Territoires du Nord-Ouest, dont huit femmes et neuf hommes.

À l'heure actuelle, il n'y a pas de coroner dans les collectivités suivantes : Aklavik, Colville Lake, Enterprise, Fort Good Hope, Fort Liard, Fort Providence, Gametì, Łutselk'e, Nahanni Butte, Paulatuk, Sambaa K'e, Tsiigehtchic, Tulita, Wekweètì, Whatì 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 du coroner chargé de l'enquête.

RAPPORT DU CORONER CHARGÉ DE L'ENQUÊTE

Le rapport du coroner est un document qui établit 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 par mode, et présente toute recommandation qui pourrait prévenir un décès semblable. Un rapport du coroner est rédigé à la suite de tout décès pour lequel le coroner fait une investigation, à l'exception des cas où il y a enquête. En cas d'enquête, c'est le verdict du jury qui remplace le rapport 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 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. 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 verbalement. Le jury peut également formuler 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 s'il 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 à la population des pratiques ou des conditions dangereuses et de faciliter l'élaboration de recommandations pour prévenir des décès évitables;
- d) d'informer le public des pratiques et des situations dangereuses afin d'éviter que surviennent des décès qui peuvent être évités.

Un résumé de quelques rapports contenant des recommandations résultant d'enquêtes est présenté à l'annexe B.

ANNEXE A
RÉSUMÉ DE RAPPORTS DE CORONER CONTENANT DES
RECOMMANDATIONS
(RAPPORTS DÉPOSÉS EN 2024)

Cas n° 1

Cette jeune femme de 18 ans a été retrouvée pendue dans le placard de sa chambre, dans son domicile. L'enquête a révélé qu'elle souffrait de troubles mentaux qui se sont progressivement aggravés au cours des semaines précédant son décès, et qu'elle avait consulté à plusieurs reprises le centre de santé local en raison de problèmes de santé mentale avant sa mort.

La cause du décès a été déterminée comme étant la pendaison et le mode de décès a été classé comme un suicide.

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 des Territoires du Nord-Ouest (ASTNO) :

1. Sensibiliser et informer les jeunes et le public au sujet des services de santé mentale disponibles dans leur collectivité et dans l'ensemble des Territoires du Nord-Ouest.
2. Demander à un tiers de mener une enquête indépendante afin de s'assurer qu'il a été fait appel aux services de santé mentale appropriés et de déterminer si d'autres mesures auraient pu être prises pour éviter ce décès.
3. Demander à un tiers de mener un examen indépendant afin d'évaluer les soins que la personne a reçus dans le cadre de ses interactions avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, afin de déterminer si des symptômes auraient pu être décelés plus tôt et si elle aurait dû être prise en charge par un professionnel de la santé mentale.
4. Créer un programme de formation destiné à l'ensemble du personnel et spécialement adapté aux besoins des adolescents et des jeunes adultes souffrant de troubles mentaux.
5. Améliorer les efforts de recrutement et le financement afin d'embaucher davantage de professionnels de la santé mentale aux Territoires du Nord-Ouest et d'étendre les services de santé mentale à l'ensemble du territoire.
6. Créer et développer un poste de défenseur du bien-être des enfants, des jeunes et des personnes âgées aux Territoires du Nord-Ouest.
7. Procéder à une révision du processus mis en place par l'ASTNO pour évaluer les risques de suicide chez les enfants et les jeunes afin de tenir compte de l'influence potentielle des sentiments subjectifs sur le formulaire. Une formation de perfectionnement devrait être organisée chaque année.

8. Créer un conseil chargé de fournir une orientation sur les droits des enfants et des jeunes en matière de santé, dirigé par des jeunes, par exemple sur le modèle du Conseil consultatif des jeunes de la province du Nouveau-Brunswick.

Le Service du coroner des TNO formule les recommandations suivantes au comité chargé d'examiner les décès d'enfants et d'adolescents :

1. Un examen de ce dossier sera effectué afin de cerner les domaines à améliorer et de formuler des recommandations à l'intention de l'Administration des services de santé et des services sociaux des TNO, au besoin.

Cas n° 2

Cet homme de 77 ans s'est plaint de douleurs dans la partie supérieure de l'abdomen avant de s'effondrer et de perdre connaissance après avoir travaillé dans son jardin. Sa femme a appelé le 911 et a commencé la réanimation cardio-respiratoire (RCR). Les secours ont été retardés en raison d'un malentendu avec le 911, et il a été noté que l'opérateur du 911 ne donnait pas d'instructions à l'épouse alors que le temps était compté pour la RCR.

Il a été déterminé que la cause du décès était l'athérosclérose cardiovasculaire et que l'hypertension avait contribué à son décès. La cause du décès a été classée comme naturelle.

Commentaires et recommandations

Le Service du coroner des TNO a formulé les recommandations suivantes au ministère des Affaires municipales et communautaires (le MAMC du GTNO).

1. Le MAMC doit confier à un tiers la tâche de procéder à un examen impartial pour s'assurer que les politiques et procédures appropriées ont été suivies lors de l'appel au 911 et pour formuler des recommandations sur la manière d'éviter que des décès similaires ne se reproduisent à l'avenir. Il faudrait notamment se pencher sur le temps d'attente d'une personne avant qu'un opérateur du 911 réponde, après l'appel initial demandant d'envoyer les services d'urgence. L'examen par un tiers devrait être effectué par un organisme qui n'a pas travaillé avec le système 911 actuel des TNO.

2. Afin d'améliorer les interventions d'urgence, le MAMC doit collaborer avec les administrations locales pour créer des plans de rues précis à l'intention des répartiteurs du 911, réduisant ainsi la dépendance à l'égard des cartes en ligne élaborées à l'extérieur du territoire (p. ex. Google Maps).

3. Le MAMC doit veiller à ce qu'il y ait en tout temps deux opérateurs du 911 spécialisés et formés dans le centre d'opérations du 911 afin de ne pas dépendre de l'aide des services médicaux d'urgence pour le soutien téléphonique.

4. Au cours des deux prochaines années, l'Association des chefs des services d'incendie des Territoires du Nord-Ouest, en collaboration avec d'autres intervenants clés tels que la GRC, se réunira deux fois par an avec le ministère des Affaires municipales et communautaires (MAMC – 911) afin de garantir que les Ténos bénéficient d'un service optimal. Ces réunions permettront au MAMC et aux parties prenantes d'échanger des idées, de discuter des approches efficaces et d'aborder de manière constructive et en temps opportun toute question ou préoccupation potentielle.

Cas n° 3

Cet homme de vingt-cinq ans travaillait comme pompier forestier lorsqu'il a été frappé à la tête par un arbre qui s'effondrait.

Il a été déterminé que la cause du décès était un traumatisme crânien dû à la chute d'un arbre et que le décès était accidentel.

Commentaires et recommandations

Le Service du coroner des TNO a formulé les recommandations suivantes au ministère de l'Environnement et du Changement climatique (le MECC du GTNO).

1. Le MECC devrait s'assurer que tous les chefs et superviseurs d'équipe ont suivi une formation pour évaluer les dangers que représentent les arbres avant de superviser les pompiers travaillant sur le terrain.

2. Le MECC devrait s'assurer que toute personne certifiée pour utiliser une tronçonneuse dans le cadre de son travail a suivi la formation pour évaluer les dangers que représentent les arbres avant d'utiliser une tronçonneuse lors d'activités de lutte contre des feux de forêt.

3. Le MECC devrait procéder à un examen par une tierce partie de tout l'équipement de sécurité fourni à ses pompiers afin de s'assurer qu'il respecte ou dépasse les exigences prévues par les normes du secteur.

4. Le MECC devrait envisager de fournir un casque de protection pour pompiers FH911XL de Bullard, qui assure une meilleure protection, à tous les pompiers de première ligne, afin d'aider à prévenir les décès à l'avenir.

5. Le MECC devrait utiliser le Système de commandement des interventions (SCI) chaque fois que des pompiers sont déployés dans le cadre d'opérations de lutte contre les feux de forêt (suppression et contrôle des feux, établissement de lignes de feu ou de confinement, utilisation d'équipement, etc.).
6. Le MECC devrait revoir les minima des équipes de suppression lors du déploiement de personnel pendant les feux de forêt et s'assurer qu'au moins trois pompiers certifiés de « type 1 » sont déployés lors des interventions d'attaque initiale, d'attaque soutenue et d'extinction finale.
7. Le MECC ne devrait déployer des pompiers de « type 3 » que pour des interventions d'attaque soutenue et d'extinction finale, et non d'attaque initiale.
8. Le MECC devrait établir un nombre minimum de pompiers pour chaque tâche et s'assurer que les équipes ne sont déployées que si le nombre minimum de pompiers est atteint.
9. Le MECC doit élaborer et tenir à jour un manuel normalisé sur l'équipement de protection individuelle (EPI) pour l'ensemble du personnel de la Division de l'aménagement des forêts, qui fera partie du grand manuel du MECC sur l'équipement de protection individuelle (EPI), lequel sera révisé au moins tous les trois ans.

ANNEXE B

RÉSUMÉ DES ENQUÊTES PUBLIQUES

Cas n° 1

Verdict du jury du coroner

Personne décédée :	Sylvia Panaktalok
Date et heure du décès :	Samedi 31 juillet 2021, 23 h 59
Lieu du décès :	Centre de santé de Tuktoyaktuk
Cause du décès :	Intoxication aiguë à l'éthanol (empoisonnement à l'alcool)
Mode de décès :	Accident

Circonstances dans lesquelles le décès a eu lieu :

Peu avant 22 h, la GRC de Tuktoyaktuk a reçu un appel au sujet d'une personne qui semblait fortement intoxiquée. La GRC s'est présentée au domicile d'où provenait l'appel et a pris en charge Sylvia Panaktalok, qui se trouvait sur les marches de la résidence. Deux membres de la GRC, ainsi qu'un membre de la famille de Sylvia, l'ont aidée à monter à l'arrière du camion de la GRC.

À 22 h 18, le camion est arrivé dans la cour du détachement. Des membres de la GRC ont aidé Sylvia à monter la rampe menant aux cellules, mais elle est devenue un « poids mort » à mi-hauteur de la rampe. Un membre de la GRC a apporté un tapis, sur lequel on a déposé Sylvia. Elle est tombée, elle a été de nouveau placée sur le tapis. Un officier a ensuite traîné le tapis le long de la rampe puis dans le bâtiment où se trouvent les cellules, plaçant Sylvia dans la cellule 1. Les agents ont déposé Sylvia en position latérale de sécurité sur le tapis et ont quitté la cellule.

Le gardien de cellule est passé voir comment allait Sylvia d'abord à 22 h 25, puis à nouveau à 22 h 45, 23 h, 23 h 15 et 23 h 27. Lors du dernier contrôle, le gardien « n'a pas constaté de respiration visible » et en a informé les membres du détachement. Après avoir ouvert la cellule, ils ont constaté que Sylvia n'avait aucune réaction et ont pris des mesures d'urgence.

Ils ont traîné Sylvia sur le tapis jusqu'à la cour et ont tenté de la charger à l'arrière du camion. N'y parvenant pas et réalisant qu'aucun infirmier ne pouvait quitter le centre de santé pour venir les aider, ils ont commencé à pratiquer la RCR sur Sylvia, tout en utilisant un DAE. Ils ont alors attaché Sylvia à une planche dorsale et l'ont déposée dans le lit du camion et transportée au centre de santé à 23 h 35.

À leur arrivée au centre de santé, les membres de la GRC ont continué à pratiquer la RCR sur Sylvia à tour de rôle, tandis que les infirmiers suivaient les instructions données par un médecin au téléphone. Les soins médicaux et la RCR ont été administrés jusqu'à ce que le médecin donne l'ordre d'arrêter.

RECOMMANDATIONS :

1. Le détachement de Tuktoyaktuk de la division « G » de la Gendarmerie royale du Canada veillera à ce que tous les membres réguliers et les agents de sécurité civils examinent et abordent toutes les politiques relatives aux blocs cellulaires, y compris les chapitres 19.2 du Manuel opérationnel et 19.2 du Manuel opérationnel de la division « G », tous les six mois, conformément à la section 4.4.1.5.1 du chapitre 19.3 du Manuel opérationnel national.
2. Le détachement de Tuktoyaktuk de la Division « G » de la Gendarmerie royale du Canada effectuera, dans un délai de six mois, un audit des activités du bloc cellulaire conformément à la section 4.4.4.3 du chapitre 19.3 du Manuel opérationnel national.
3. Le détachement de Tuktoyaktuk de la Division « G » de la Gendarmerie royale du Canada veillera, au cours de la prochaine année, à ce que tous les membres réguliers et les agents de sécurité civils y travaillant aient reçu une formation sur l'évaluation de l'état d'éveil fournie par le membre désigné à cet effet dans le détachement, conformément à la section 2.1 du chapitre 19.3 du Manuel opérationnel de la division « G ».
4. Le détachement de Tuktoyaktuk de la division « G » de la Gendarmerie royale du Canada, ainsi que tous les autres détachements de la division « G » dont les collectivités ne disposent pas de services médicaux d'urgence appropriés, feront tout leur possible pour s'assurer que leurs détachements connaissent les procédures liées à la gestion des urgences médicales au sein du détachement et organiseront des exercices d'interventions d'urgence tous les trimestres.
5. Le rapport sur les prisonniers de la Gendarmerie royale du Canada modifie la description dans la section sur l'évaluation des prisonniers de « Conscience » à « Vigilance ».

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 aidés 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.