



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

# **NORTHWEST TERRITORIES CORONER SERVICE**

---

**2018 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
2018 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 and Certificate of Coroner .....	14
Inquests.....	15
Appendix “A”: Summary of Selected Coroner Reports Containing Recommendations	
Case # 1 .....	17
Appendix “B”: Summary of Coroner’s Inquest .....	19
Accomplishments .....	20
Expressions of Appreciation .....	20

*If you would like this information in another official language, please 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 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, 2018 there were 36 coroners throughout the Northwest Territories, providing service in the communities and regions in which they reside.

All sudden and unexpected deaths occurring in the Northwest Territories must be reported to a coroner. The Coroner Service is responsible for the investigation of 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, but the evolution of the office is more evident after 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 12<sup>th</sup> century. One of the first 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 19<sup>th</sup> century and the associated increase in workplace accidents, led to 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.)

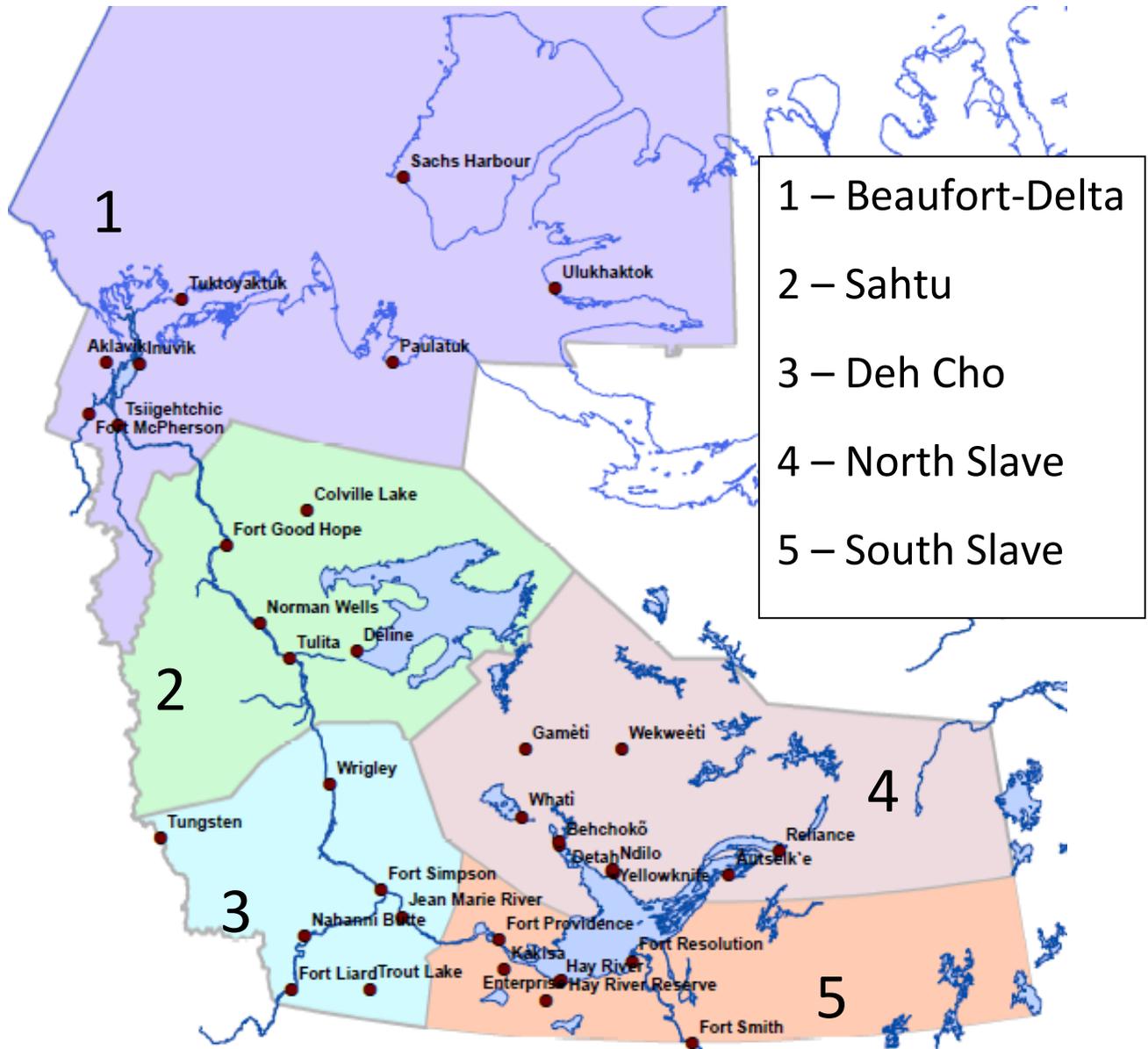
**UNDETERMINED** - A death that cannot be classified into one of the above categories is simply classified as "undetermined".

*(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 anaesthesia;
  - (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

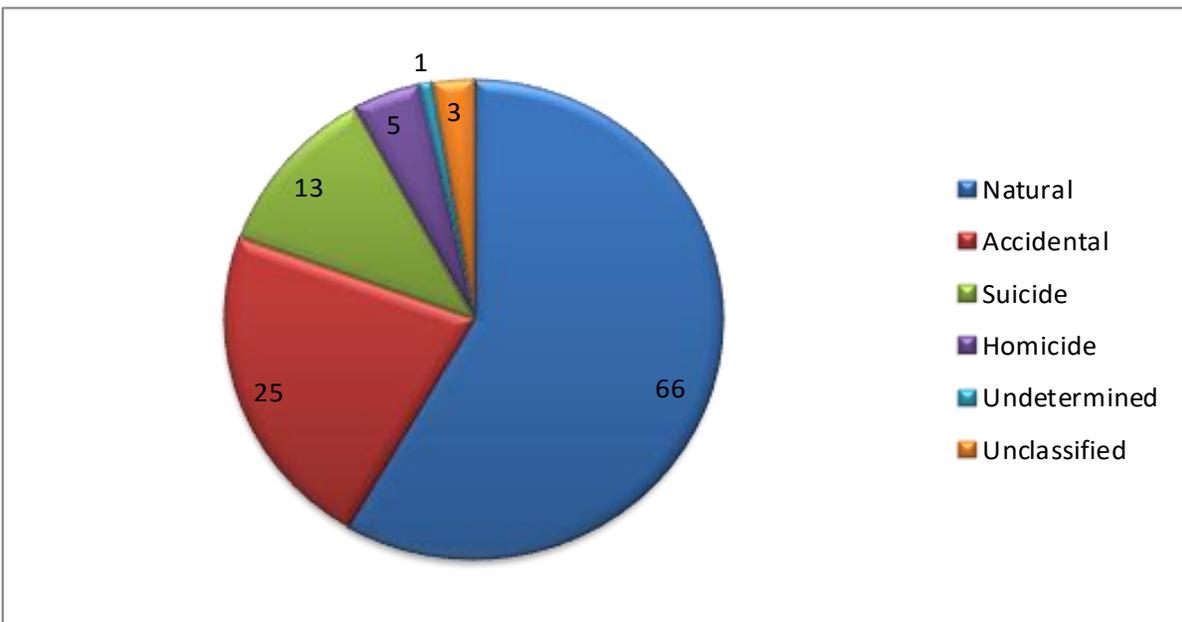


Obtained from [http://www.enr.gov.nt.ca/\\_live/documents/content/Administrative\\_regions.pdf](http://www.enr.gov.nt.ca/_live/documents/content/Administrative_regions.pdf)

## 2018 CASE STATISTICS

### TOTAL CASES

Total Cases			
Manner of Death	Number *	Cases %	Population % **
Natural	66	57.89%	0.1471%
Accidental	25	21.93%	0.0557%
Suicide	13	11.40%	0.0290%
Homicide	5	4.39%	0.0111%
Undetermined	1	0.88%	0.0022%
Unclassified	3	2.63%	N/A
Pending	1	0.88%	0.0022%
<b>Total</b>	<b>114</b>	<b>100%</b>	<b>0.2540%</b>



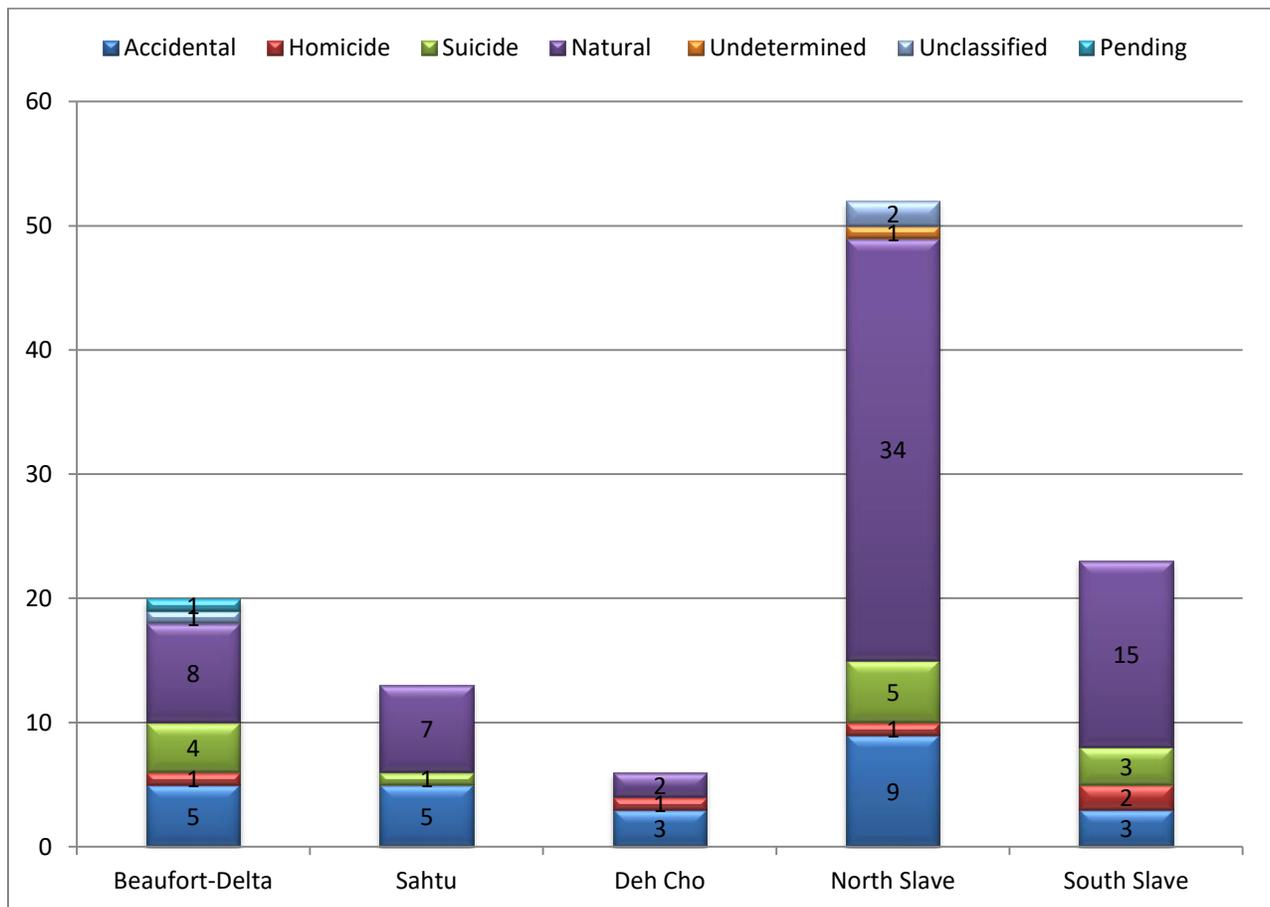
Unclassified cases are not represented in the population figures since they are non-human in origin. In 2018, three cases were determined to be unclassified.

\*The NWT Coroner Service assisted with an Alberta death and a Yukon death.

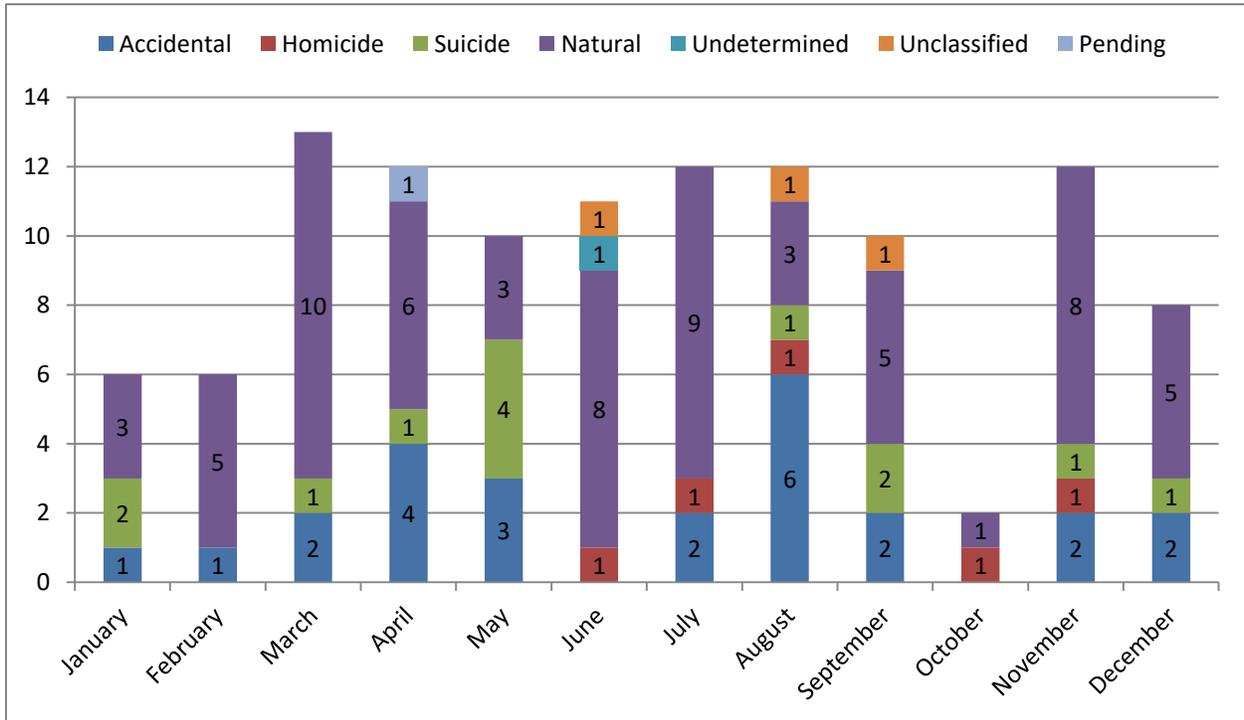
\*\* Based on an NT population estimate of 44,875 retrieved October 1, 2019 at <http://www.statsnwt.ca/population/population-estimates/>

## CASELOAD BY MANNER AND REGION

Region	Accidental	Homicide	Suicide	Natural	Undetermined	Unclassified	Pending	Total
Beaufort-Delta	5	1	4	8		1	1	20
Sahtu	5		1	7				13
Deh Cho	3	1		2				6
North Slave	9	1	5	34	1	2		52
South Slave	3	2	3	15				23
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>5</b>	<b>13</b>	<b>66</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>114</b>



## CASELOAD BY MANNER AND MONTH

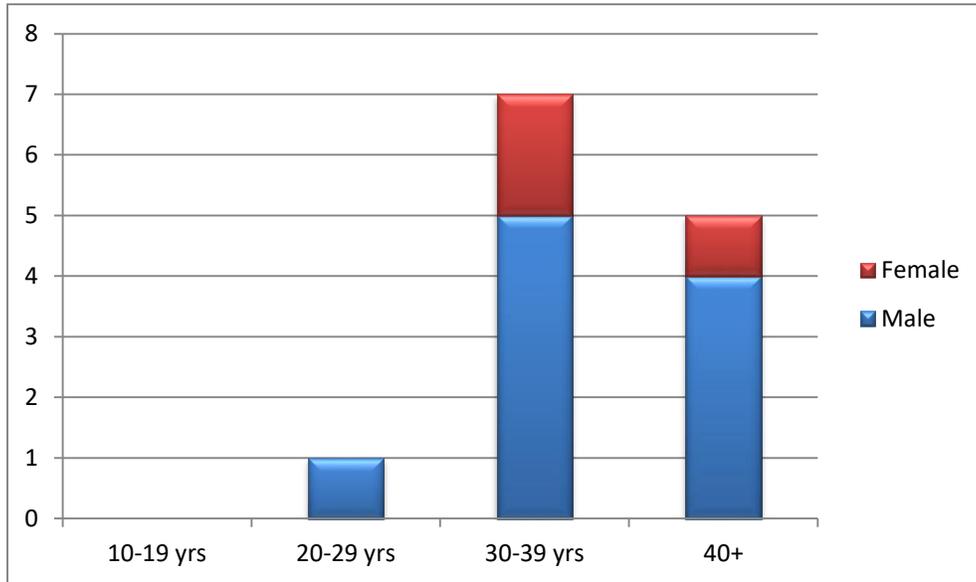


Month	Accidental	Homicide	Suicide	Natural	Undetermined	Unclassified	Pending	Total
January	1		2	3				6
February	1			5				6
March	2		1	10				13
April	4		1	6			1	12
May	3		4	3				10
June		1		8	1	1		11
July	2	1		9				12
August	6	1	1	3		1		12
September	2		2	5		1		10
October		1		1				2
November	2	1	1	8				12
December	2		1	5				8
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>5</b>	<b>13</b>	<b>66</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>114</b>

# SUICIDE

## BY GENDER AND AGE

Age Group	Male	Female	Total
10-19 years			
20-29 years	1		1
30-39 years	5	2	7
40 + years	4	1	5
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>3</b>	<b>13</b>

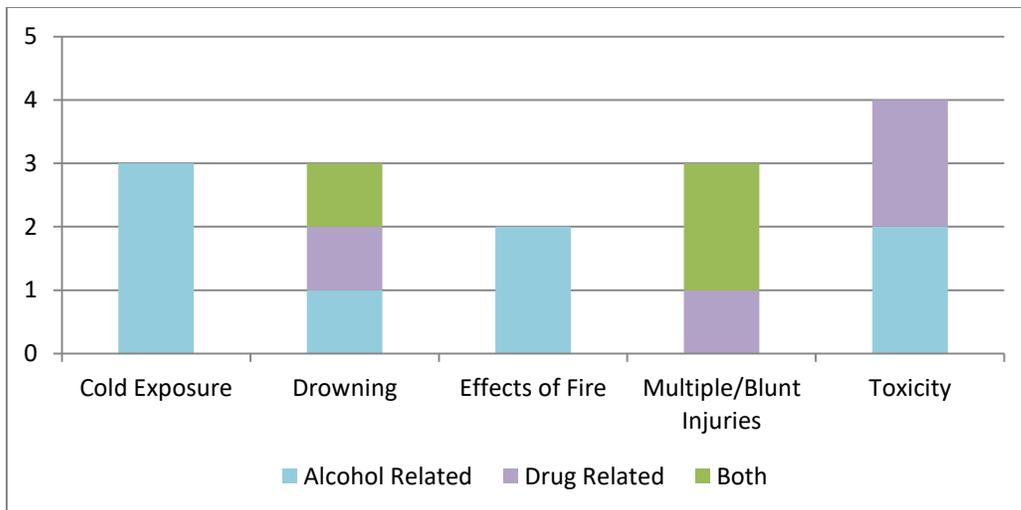
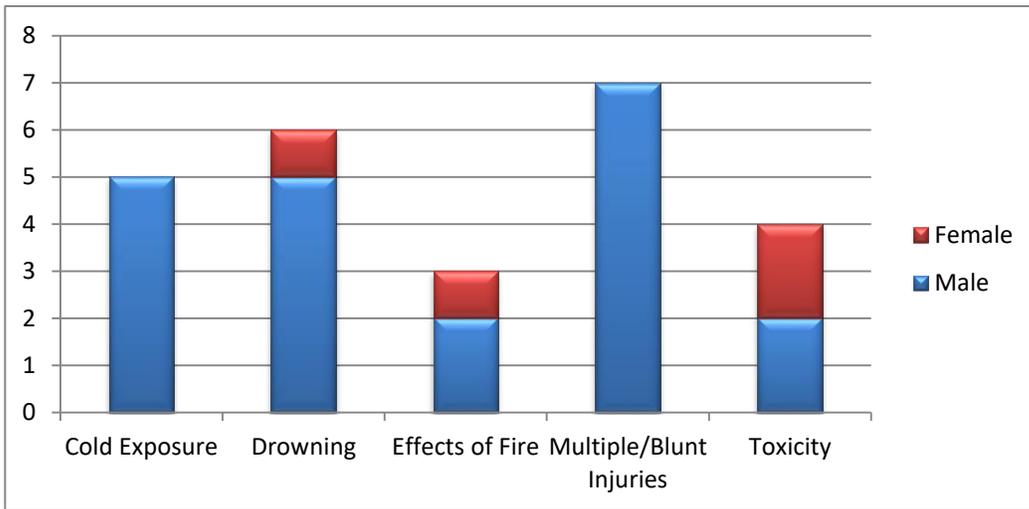


In 2018 there were thirteen suicides; ten males and three females. Nine of these deaths involved men over the age of 30. Toxicology examination confirmed the presence of alcohol and/or drugs in six of the thirteen suicides.

## ACCIDENTAL BY CAUSE AND GENDER

Cause of Death	Male	Female	Total
Cold Exposure	5		5
Drowning	5	1	6
Effects of Fire	2	1	3
Multiple/Blunt Injuries	7		7
Toxicity	2	2	4
Totals	21	4	25

Accidental deaths accounted for 21.93% of reported deaths in 2018. The majority of accidental deaths were males (21 of 25 or 84%), and 15 were alcohol and/or drug related (15 of 25 or 60%).



## HOMICIDE

### BY AGE AND GENDER

Age Group	Male	Female	Total	Alcohol and/or Drugs Involved
0-19				
20-29	1		1	1
30-39	2		2	2
40-49	1		1	1
50-59				
60+	1		1	
<b>Total</b>	<b>5</b>		<b>5</b>	<b>4</b>

### BY REGION

Region	Total
Beaufort-Delta	1
Sahtu	
Deh Cho	1
North Slave	1
South Slave	2
<b>Total</b>	<b>5</b>

In 2018, there were five homicides. Homicides accounted for 4.39% of 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, 2018, there were 36 coroners across the Northwest Territories, with 16 men and 20 women.

There are currently no coroners residing in the communities of Colville Lake, Fort Good Hope, Fort Liard, Gameti, Whati, Wekweètì, Enterprise, Nahanni Butte, Tsiigehtchic, 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 hears testimony from sworn witnesses, and allows 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 the circumstances of the death;
- b) to inform the public of the circumstances of the 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 as to dangerous practices or conditions in order to avoid preventable deaths.

**APPENDIX “A”**  
**SUMMARY OF SELECTED CORONER REPORTS**  
**CONTAINING RECOMMENDATIONS**  
**(CONCLUDED IN 2018)**

## Case # 1

This 19-year old male was operating a vibrating roller packer, which was being used to compact a new access road. The packer tipped off the road and rolled onto its side. The packer came to rest on top of the operator and he was deceased at the scene.

It was determined that the cause of death was Multiple Blunt Injuries and the manner of death was Accidental.

### **Comments and Recommendation:**

The Coroner Service made the following recommendations to:

Workers' Safety and Compensation Commission and its safety partners, including but not limited to: NWT Federation of Labour  
Northwest Territories and Nunavut Construction Association  
Northern Safety Association

1. In coordination with safety partners, to develop a public education campaign to promote the Powered Mobile Equipment Code of Practice, with emphasis on ensuring proactive safety cultures in the workplace and explaining how employers can implement programs to assess and properly document worker qualifications and competencies.

*(This Powered Mobile Equipment Code of Practice has already been developed by the WSCC, and includes key tools and resources that employers can readily put to use.)*

2. In coordination with safety partners, encourage employers to engage in independent third party audits of their safety programs.

*(To ensure that employers are meeting industry best practices)*

The Coroner Service made the following recommendation to Workers' Safety and Compensation Commission:

3. To commission a study to review the efficacy of the use of both safety equipment and communication devices designed to lessen the chance of injury or death and increase the survivability of the operators of heavy equipment in the event of a collision or roll-over. Ideally this would include (but not be limited to) a feasibility study of built-in inclinometer gauges with audible and visual alerts, and two-way radios.

*(To ensure that early warning systems are in place and that the means to instantly call for assistance are readily available.)*

**APPENDIX “B”**  
**SUMMARY OF CORONER’S INQUESTS**

THERE WERE NO CORONER INQUESTS DURING 2018.

## **ACCOMPLISHMENTS**

The Coroner Service continues to be involved with a number of multi-jurisdictional initiatives including projects relating to Domestic Violence Homicides and the Canadian Opioid Crisis.

The Coroner Service participates in a number of research agreements each year, and provides research data to different organizations, such as the AB/NWT lifesaving Society, the Traffic Injury Research Foundation, and the Canadian Domestic Homicide Prevention Initiative with Vulnerable Populations.

The Coroner Service participated in NWT Airport Emergency mock exercises in Hay River and Lutselk'e in 2018.

In September 2018 the Coroner Service participated in Operation Nanook with the Canadian Armed Forces.

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

The Coroner Service developed a detailed comprehensive Coroner Investigative Guide for the use of community coroners in the field.

## **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 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 2018**

## TABLE DES MATIÈRES

Introduction	3
Histoire du Service du coroner	4
Formation	5
Mode de décès	5
<i>Loi sur les coroners</i> – Déclaration des décès	6
Régions des TNO	8
Statistiques 2018	9
Nombre de décès par mode et par région	10
Nombre de décès par mode et par mois	11
Suicides	12
Accidents	13
Homicides	14
Nominations au Service du coroner	15
Conclusions des enquêtes du coroner	15
Rapport et certificat du coroner	15
Enquêtes publiques	16
Annexe A : Résumé des rapports de coroner contenant des recommandations	
Cas n <sup>o</sup> 1	18
Annexe B : Résumé des enquêtes publiques	20
Réalisations	21
Remerciements	21

*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 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 2018, on comptait aux Territoires du Nord-Ouest 36 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. Mme 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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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'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.

## 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.)*

## **LOI SUR LES CORONERS – DÉCLARATION DES DÉCÈS**

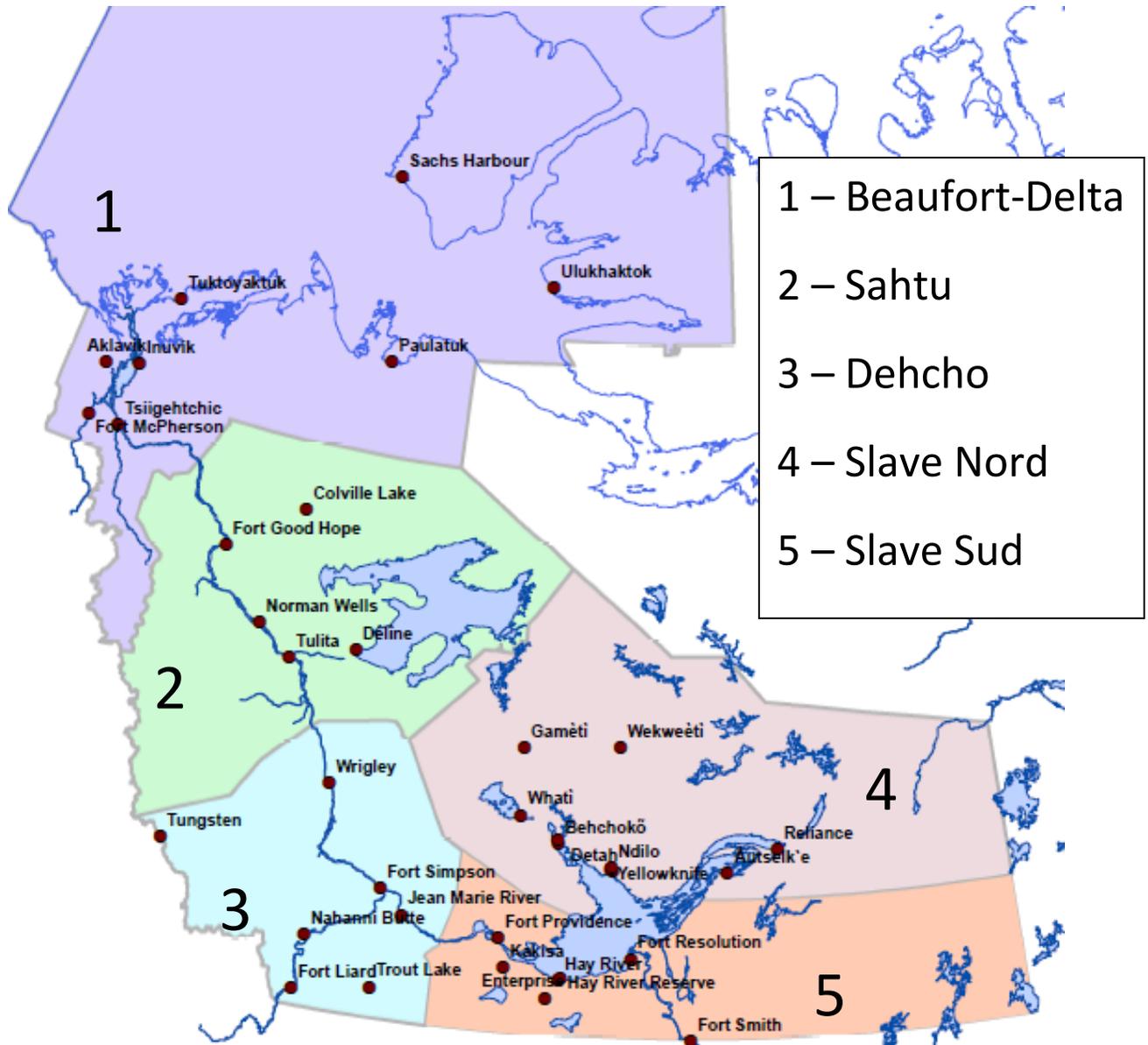
Obligation de signaler 8.(1) Toute personne signale immédiatement à un coroner ou à un policier un décès dont elle a connaissance et qui se produit aux Territoires du Nord-Ouest ou par suite d'événements qui se produisent aux Territoires du Nord-Ouest lorsque le décès survient :

- (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*.

## Rapport annuel 2018 du Service du coroner des Territoires du Nord-Ouest

- 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

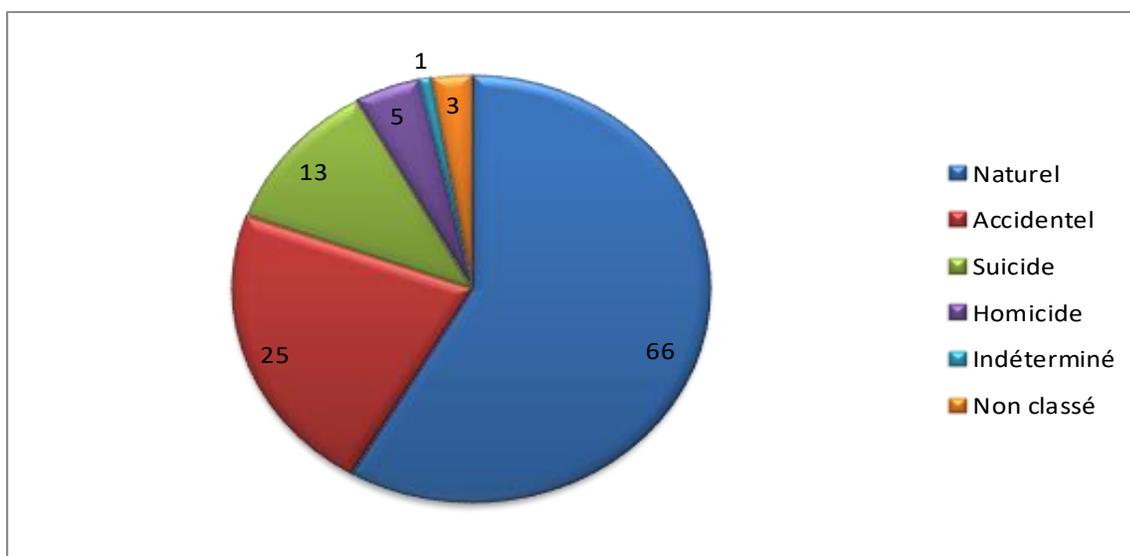


Source : [http://www.enr.gov.nt.ca/live/documents/content/Administrative\\_regions.pdf](http://www.enr.gov.nt.ca/live/documents/content/Administrative_regions.pdf).

## STATISTIQUES 2018

### TOTAL DES CAS

Total des cas			
Mode de décès	Nombre *	% cas	% population**
Naturel	66	57,89 %	0,1471 %
Accidentel	25	21,93 %	0,0557 %
Suicide	13	11,40 %	0,0290 %
Homicide	5	4,39 %	0,0111 %
Indéterminé	1	0,88 %	0,0022 %
Non classé	3	2,63 %	S.O.
En attente	1	0,88 %	0,0022 %
<b>Total</b>	<b>114</b>	<b>100 %</b>	<b>0,2540 %</b>



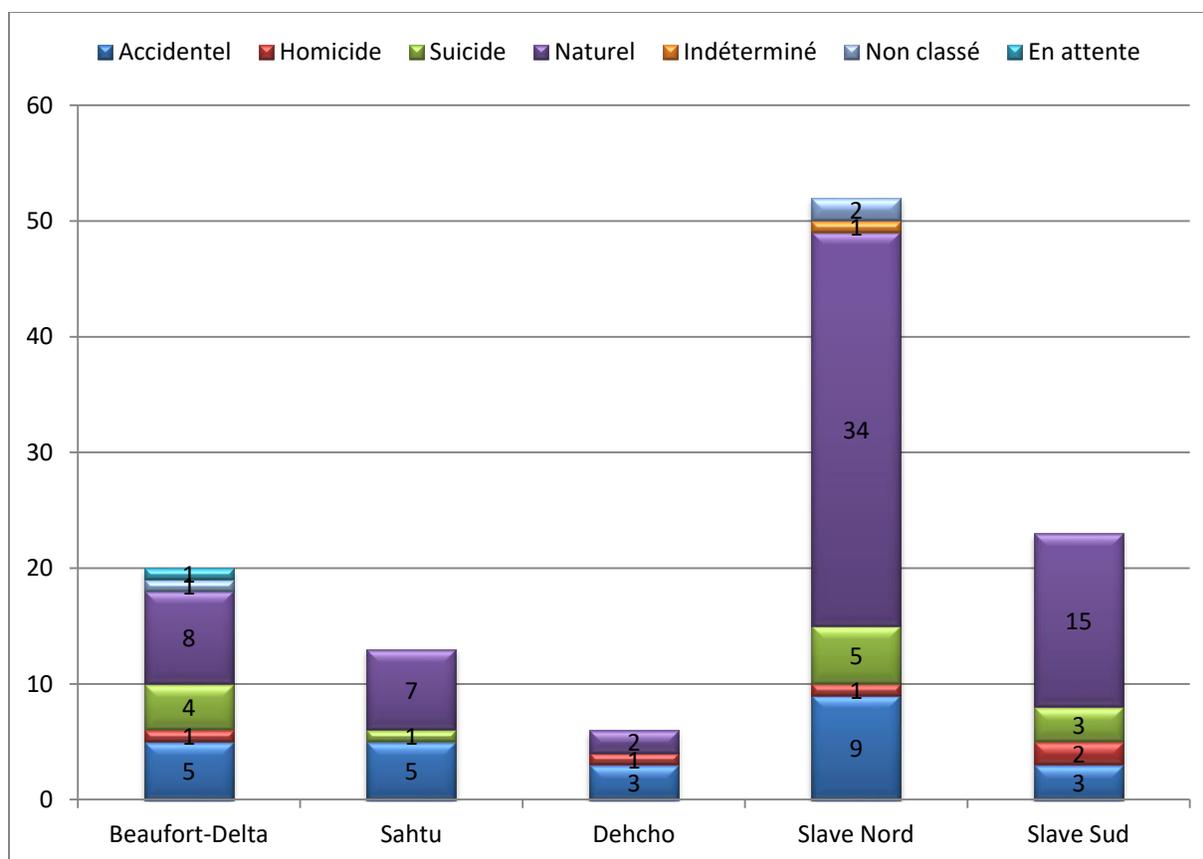
Les cas non classés ne sont pas pris en compte dans la colonne « % de la population », car il a été déterminé qu'ils n'étaient pas d'origine humaine. En 2018, trois cas ont été placés dans la catégorie des décès non classés.

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

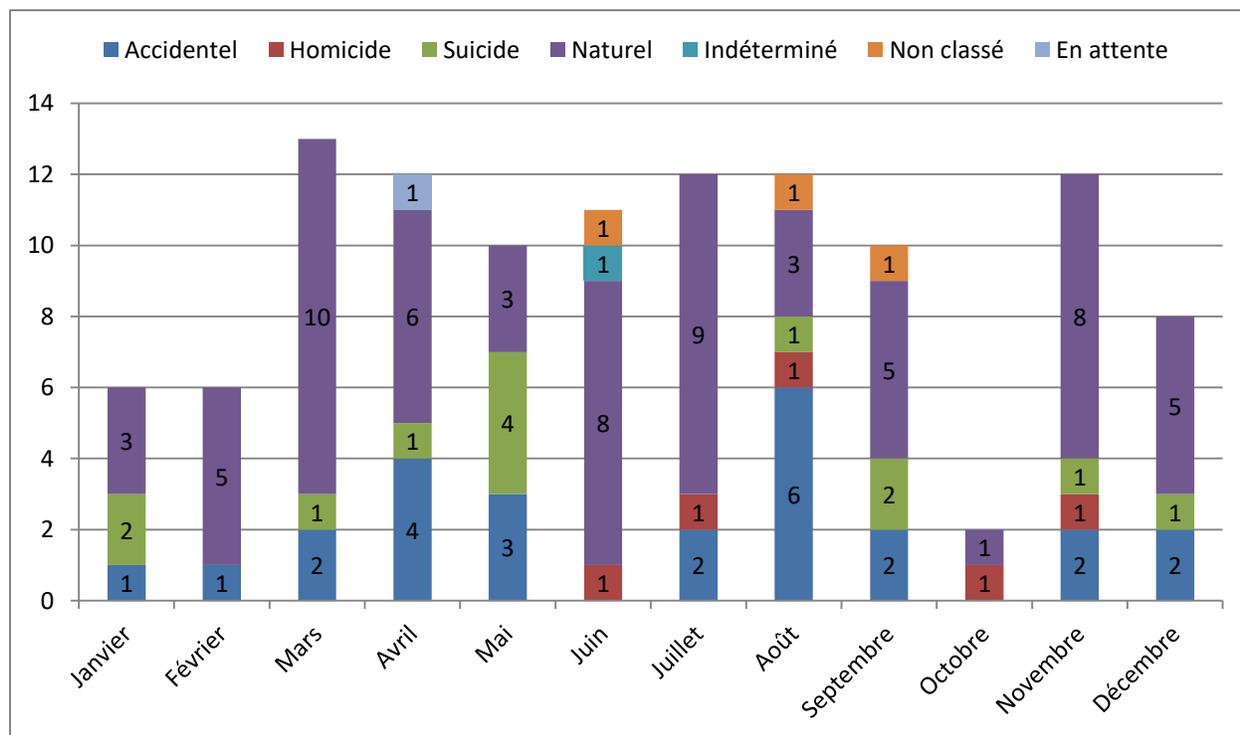
\*\* Selon une population ténosie estimée à 44 875 habitants au 1<sup>er</sup> octobre 2019; source : <http://www.statsnwt.ca/population/population-estimates/>.

## NOMBRE DE DÉCÈS PAR MODE ET PAR RÉGION

Région	Accidentel	Homicide	Suicide	Naturel	Indéterminé	Non classé	En attente	Total
Beaufort-Delta	5	1	4	8		1	1	20
Sahtu	5		1	7				13
Dehcho	3	1		2				6
Slave Nord	9	1	5	34	1	2		52
Slave Sud	3	2	3	15				23
Total	25	5	13	66	1	3	1	114



## NOMBRE DE DÉCÈS PAR MODE ET PAR MOIS

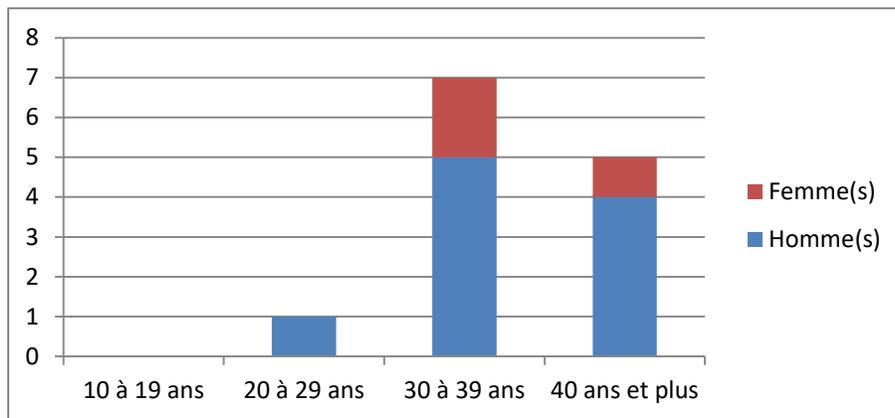


Mois	Accidental	Homicide	Suicide	Naturel	Indéterminé	Non classé	En attente	Total
Janvier	1		2	3				6
Février	1			5				6
Mars	2		1	10				13
Avril	4		1	6			1	12
Mai	3		4	3				10
Juin		1		8	1	1		11
Juillet	2	1		9				12
Août	6	1	1	3		1		12
Septembre	2		2	5		1		10
Octobre		1		1				2
Novembre	2	1	1	8				12
Décembre	2		1	5				8
Total	25	5	13	66	1	3	1	114

## SUICIDE

### PAR SEXE ET PAR ÂGE

Groupe d'âge	Homme(s)	Femme(s)	Total
10 à 19 ans			
20 à 29 ans	1		1
30 à 39 ans	5	2	7
40 ans et plus	4	1	5
Total	10	3	13



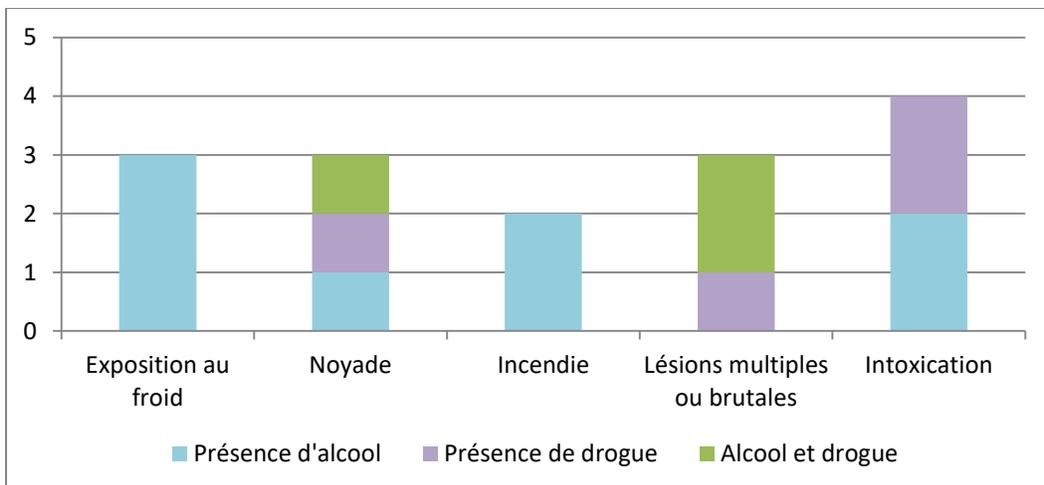
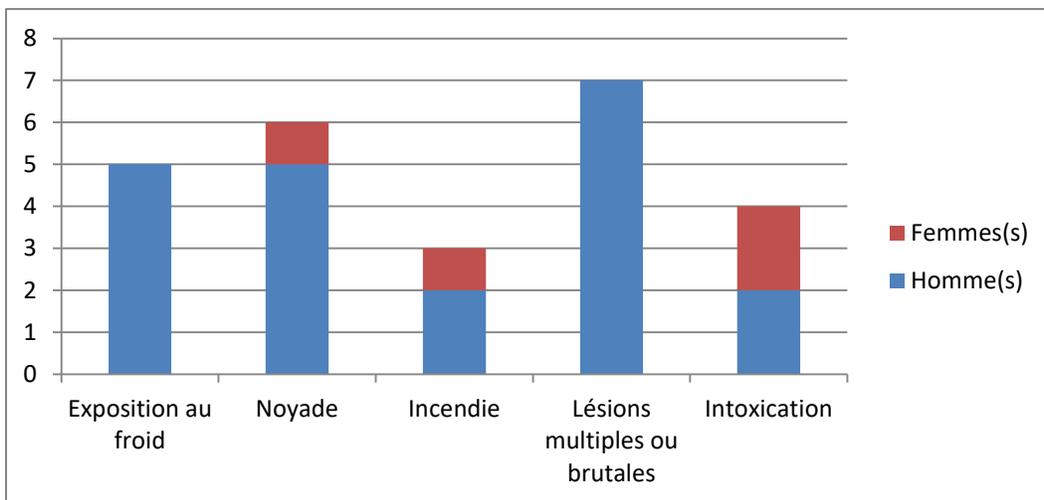
En 2018, treize suicides ont été enregistrés (dix hommes et trois femmes). Neuf de ces décès concernaient des hommes de plus de 30 ans. Les examens toxicologiques ont confirmé la présence d'alcool ou de drogues pour six de ces treize suicides.

## ACCIDENTEL

### PAR CAUSE ET PAR SEXE

Cause du décès	Homme(s)	Femme(s)	Total
Exposition au froid	5		5
Noyade	5	1	6
Incendie	2	1	3
Lésions multiples ou brutales	7		7
Intoxication	2	2	4
Total	21	4	25

En 2018, les décès accidentels ont représenté 21,93 % de tous les décès rapportés au Service du coroner. La majorité des personnes décédées accidentellement étaient des hommes (21 hommes sur 25 décès, donc 84 %), et de l'alcool ou de la drogue était en cause dans 15 cas (15 sur 25, ou 60 %).



## HOMICIDE

### PAR ÂGE ET PAR SEXE

Groupe d'âge	Homme(s)	Femme(s)	Total	Alcool ou drogue en cause
0 à 19 ans				
20 à 29 ans	1		1	1
30 à 39 ans	2		2	2
40 à 49 ans	1		1	1
50 à 59 ans				
60 ans et plus	1		1	
<b>Total</b>	<b>5</b>		<b>5</b>	<b>4</b>

### PAR RÉGION

Région	Total
Beaufort-Delta	1
Sahtú	
Dehcho	1
Slave Nord	1
Slave Sud	2
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>

En 2018, cinq décès ont été déclarés des homicides. Les homicides représentaient donc 4,39 % 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 2018, 36 coroners travaillaient aux Territoires du Nord-Ouest, dont 16 hommes et 20 femmes.

À l'heure actuelle, il n'y a pas de coroner dans les collectivités Colville Lake, Fort Good Hope, Fort Liard, Gamètì, Whatì, Wekweètì, Enterprise, Nahanni Butte, Tsiigehtchic, 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 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 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 verbalement. 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 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 des pratiques et des situations dangereuses afin d'éviter que surviennent des décès qui peuvent être évités.

**ANNEXE A**  
**RÉSUMÉ DE RAPPORTS DE CORONER**  
**CONTENANT DES RECOMMANDATIONS**  
**(RAPPORTS REMIS EN 2018)**

## Cas n° 1

Un homme de 19 ans manœuvrait un rouleau compresseur vibrant utilisé pour compacter une nouvelle route d'accès. Le rouleau compresseur a basculé et s'est retrouvé sur le côté. L'homme a été écrasé par le véhicule et est décédé sur place.

Il a été déterminé que le décès faisait suite à des lésions multiples brutales; il a été jugé accidentel.

### **Commentaires et recommandations :**

Le Bureau du coroner a formulé les recommandations ci-dessous aux organismes suivants :

Commission de la sécurité au travail et de l'indemnisation des travailleurs et ses partenaires de sécurité, notamment :

Fédération des travailleurs des TNO

L'Association de la construction des TNO et du Nunavut

Northern Safety Association

1. Développer, en coordination avec les partenaires en matière de sécurité, une campagne de sensibilisation publique pour promouvoir le Code de pratique de l'équipement mobile motorisé, en insistant sur le développement d'une culture du respect de la sécurité en entreprise et sur les moyens dont disposent les employeurs pour appliquer des programmes visant à évaluer et à documenter correctement les qualifications et les compétences des employés.

*(Ce Code de pratique de l'équipement mobile motorisé a déjà été créé par la CSTIT. Il comprend des outils et des ressources prêts à l'emploi pour les entreprises.)*

2. Encourager les employeurs, en coordination avec les partenaires en matière de sécurité, à participer à des vérifications indépendantes effectuées par un tiers de leurs programmes de sécurité.

*(En vue d'assurer que les employeurs respectent les pratiques exemplaires de l'industrie.)*

Le Service du coroner des TNO a formulé les recommandations suivantes à l'intention de la Commission de la sécurité au travail et de l'indemnisation des travailleurs (CSTIT) :

3. Mandater une étude pour évaluer l'efficacité de l'utilisation de l'équipement de sécurité et des appareils de communication conçus pour limiter les risques de décès et améliorer la capacité de survie des opérateurs d'équipement lourd en cas de collision ou de retournement. Idéalement, l'évaluation devrait comprendre notamment une étude de faisabilité sur l'installation d'un clinomètre émettant des alertes visuelles et sonores au besoin, et d'une radio bidirectionnelle.

*(En vue d'assurer que des systèmes d'alerte précoce sont installés sur l'équipement et que les opérateurs peuvent appeler à l'aide rapidement.)*

## **Annexe B**

# **RÉSUMÉ DES ENQUÊTES PUBLIQUES**

AUCUNE ENQUÊTE PUBLIQUE N' A EU LIEU EN 2018.

## **RÉALISATIONS**

Le Service du coroner poursuit sa participation à un certain nombre d'initiatives intergouvernementales, notamment des projets qui concernent les homicides liés à la violence familiale et la crise des opioïdes au Canada.

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.

En 2018, le Service du coroner a pris part aux exercices de simulation d'urgence aux aéroports de Hay River et de Lutselk'e.

En septembre 2018, le Service du Coroner a participé à l'opération Nanook avec les Forces armées canadiennes.

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

Le Service du coroner a produit un Guide d'enquête sur le terrain détaillé à l'intention des coroners communautaires.

## **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.