



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

NORTHWEST TERRITORIES CORONER SERVICE

**2020 Annual Report
Including
10 Year Review
2011 - 2020**

TABLE OF CONTENTS

INTRODUCTION.....	4
HISTORY OF CORONER SERVICE.....	5
EDUCATION.....	6
MANNER OF DEATH.....	6
CORONERS ACT – REPORTING DEATHS	7
NWT REGIONS.....	8
2020 CASE STATISTICS.....	9
CASELOAD BY MANNER AND REGION	10
CASELOAD BY MANNER AND MONTH.....	11
NATURAL AND NON-CORONER CASES.....	12
POST-MORTEM BY MANNER.....	12
SUICIDE.....	13
ACCIDENTAL.....	14
HOMICIDE	15
CORONER APPOINTMENTS.....	16
CONCLUDING CORONER INVESTIGATIONS.....	17
REPORT OF INVESTIGATING CORONER.....	17
INQUESTS	17
APPENDIX “A” Summary of Selected Coroner Reports Containing Recommendations	19
APPENDIX “B” SUMMARY OF CORONER’S INQUESTS	20
NWT Coroner Service 10-Year Review 2011 - 2020.....	21
2011 – 2020 CASE STATISTICS.....	22
2011 – 2020 NATURAL DEATHS COMPARISON.....	23
CORONER & NON-CORONER CASES	23
2011 – 2020 SUICIDE DEATH COMPARISON.....	24
SUICIDES BY METHOD.....	24
SUICIDES BY AGE AND GENDER	25
SUICIDE DEATHS INVOLVING ALCOHOL.....	26
SUICIDES BY MONTH.....	26

NWT Coroner Service 2020 Annual Report Including 10 Year Review 2011 - 2020

SUICIDES BY REGION	27
ACCIDENTAL DEATH COMPARISON 2011 – 2020	28
ACCIDENTAL DEATH BY METHOD	28
ACCIDENTAL DEATH COMPARISON BY METHOD AND YEAR	29
ACCIDENTAL DEATHS BY METHOD & REGION	30
ACCIDENTAL DEATHS BY METHOD & GENDER	31
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE & GENDER	31
ACCIDENTAL DEATHS INVOLVING ALCOHOL	32
HOMICIDE DEATH COMPARISON 2011 – 2020.....	33
HOMICIDE DEATH BY METHOD.....	33
HOMICIDE DEATH BY AGE AND GENDER.....	34
HOMICIDE DEATHS INVOLVING ALCOHOL.....	34
HOMICIDE DEATH BY MONTH	35
HOMICIDE DEATH BY REGION.....	35
EXPRESSIONS OF APPRECIATION	36

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. The Chief Coroner, Deputy Chief Coroner and an Administrative Coroner oversee and support the coroners in the communities.

Chief Coroner Cathy L. Menard retired in September 2020 after 24 years in the Coroner Service. Albert Garth Eggenberger was acting Chief Coroner for the duration of the year.

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 Coroner Service.

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 McKenna 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.

Following the 2020 annual report is a ten-year review of the deaths in the NWT. There was a 10-year review in 2010 and this report is available for download on the Coroner Service website <https://www.justice.gov.nt.ca/en/boards-agencies/coroner-service/>.

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 12th 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 19th 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.)

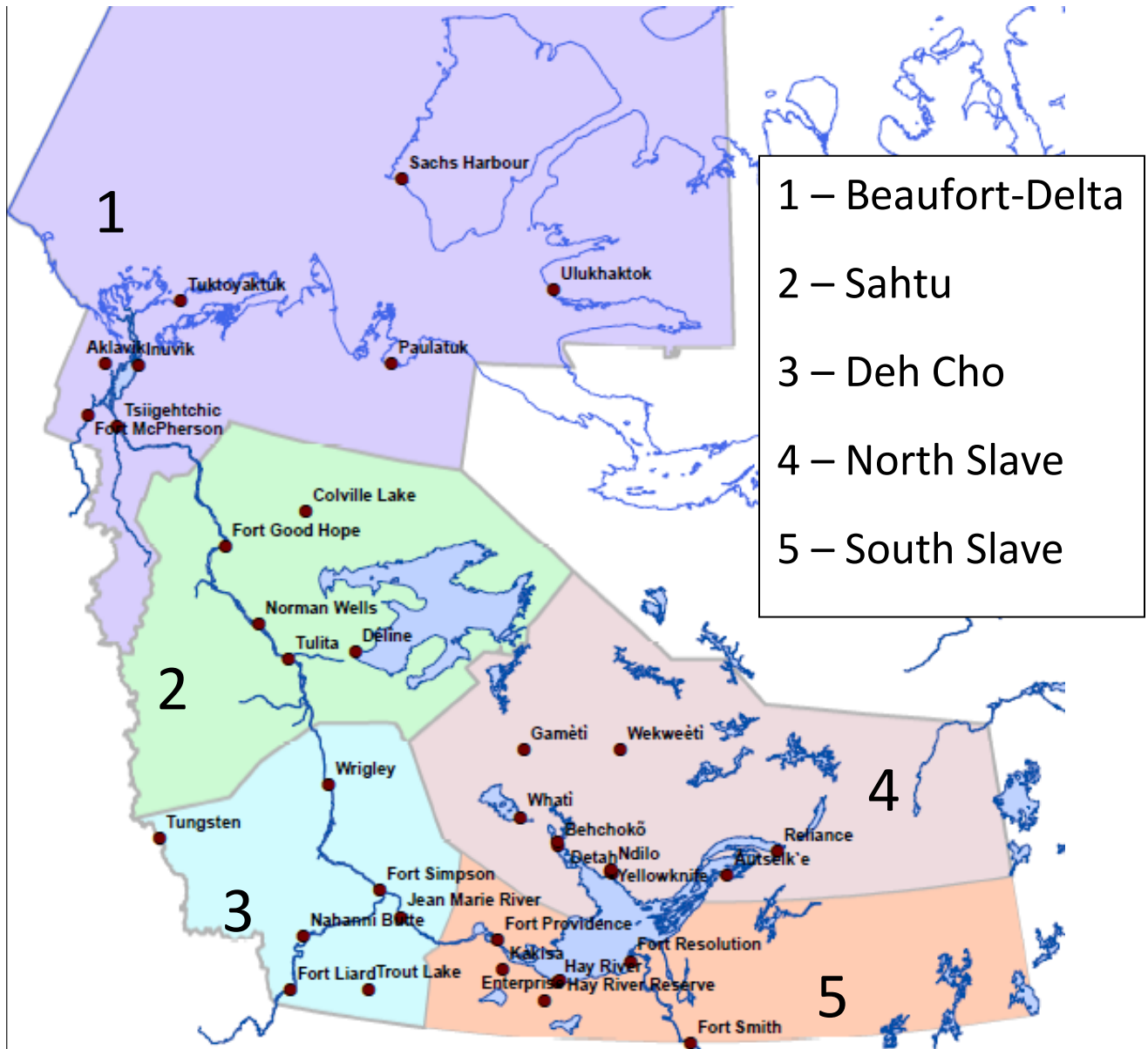
UNDETERMINED - A death that cannot be classified into one of the above categories is simply classified as "undetermined".

(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

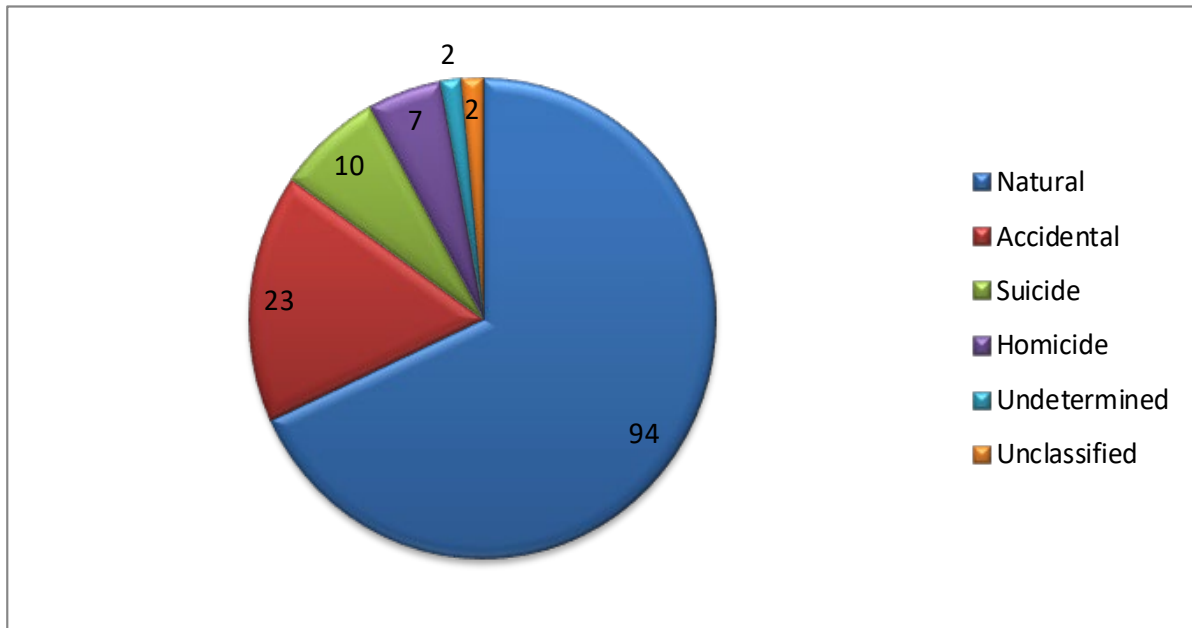


Obtained from http://www.enr.gov.nt.ca/_live/documents/content/Administrative_regions.pdf

2020 CASE STATISTICS

TOTAL CASES

Total Cases			
Manner of Death	Number *	Cases %	Population % **
Natural	94	68.12%	0.2081%
Accidental	23	16.67%	0.0509%
Suicide	10	7.25%	0.0221%
Homicide	7	5.07%	0.0155%
Undetermined	2	1.45%	0.0044%
Unclassified	2	1.45%	N/A
Total	138	100%	0.3056%



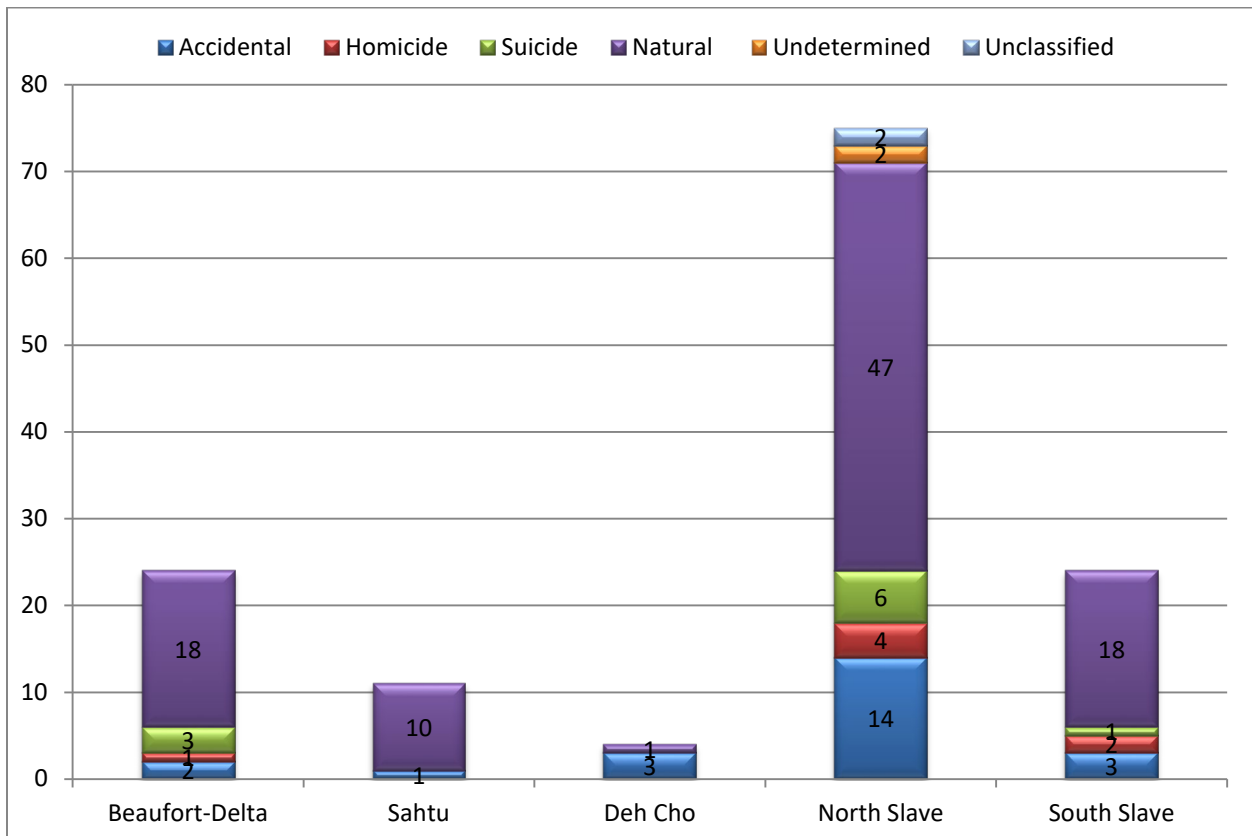
Unclassified cases are not represented in the population figures since they are non-human in origin. In 2020, two cases were determined to be unclassified.

*The NWT Coroner Service assisted with one Alberta death.

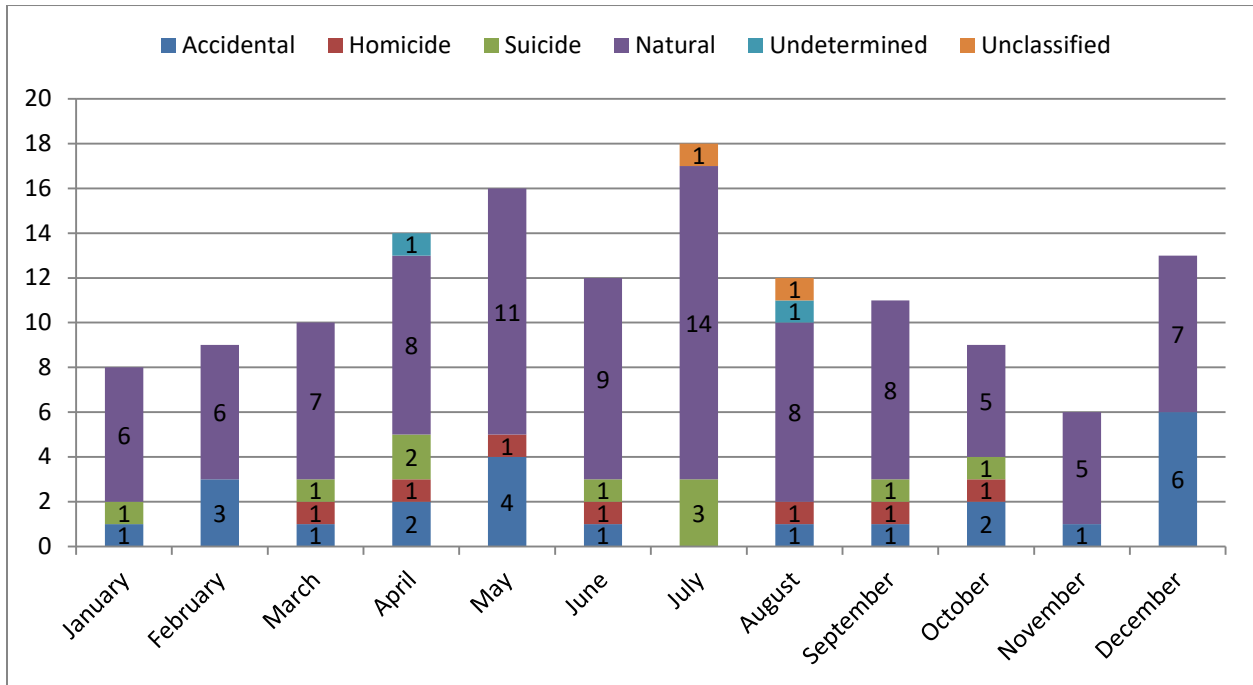
** Based on an NT population estimate of 45,161 retrieved October 1, 2021, at <http://www.statsnwt.ca/population/population-estimates/>

CASELOAD BY MANNER AND REGION

Region	Accidental	Homicide	Suicide	Natural	Undetermined	Unclassified	Total
Beaufort-Delta	2	1	3	18			24
Sahtu	1			10			11
Deh Cho	3			1			4
North Slave	14	4	6	47	2	2	75
South Slave	3	2	1	18			24
Total	23	7	10	94	2	2	138



CASELOAD BY MANNER AND MONTH



Month	Accidental	Homicide	Suicide	Natural	Undetermined	Unclassified	Total
January	1		1	6			8
February	3			6			9
March	1	1	1	7			10
April	2	1	2	8	1		14
May	4	1		11			16
June	1	1	1	9			12
July			3	14		1	18
August	1	1		8	1	1	12
September	1	1	1	8			11
October	2	1	1	5			9
November	1			5			6
December	6			7			13
Total	23	7	10	94	2	2	138

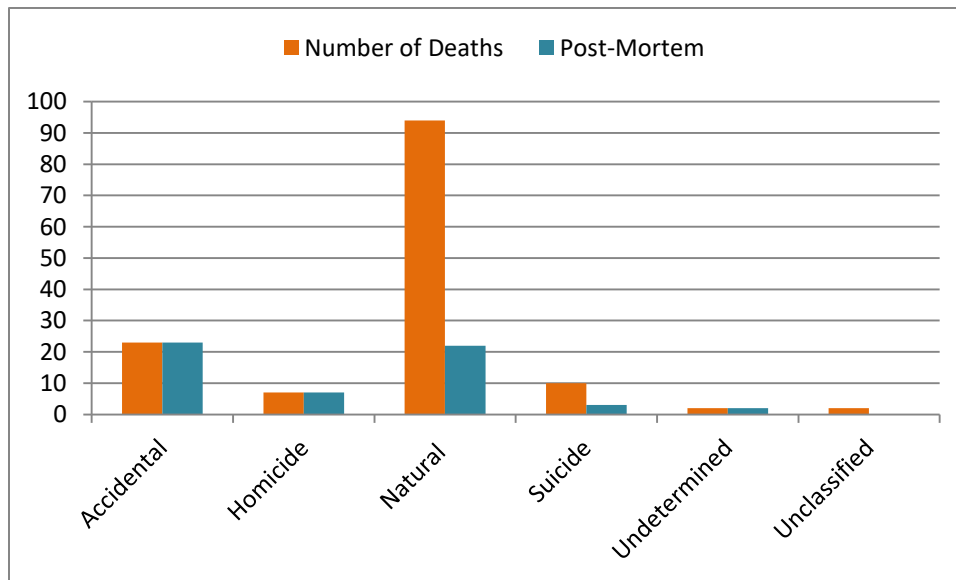
NATURAL AND NON-CORONER CASES

In 2020 there were a total of 94 natural deaths, 64 of which were coroner cases and 30 of which were non-coroner cases. Non-coroner cases are natural deaths that are reported to the Coroners Service but are not captured by the reporting criteria required under the *Coroners Act*.

Coroner	Non-Coroner	Natural
64	30	94

POST-MORTEMS BY MANNER

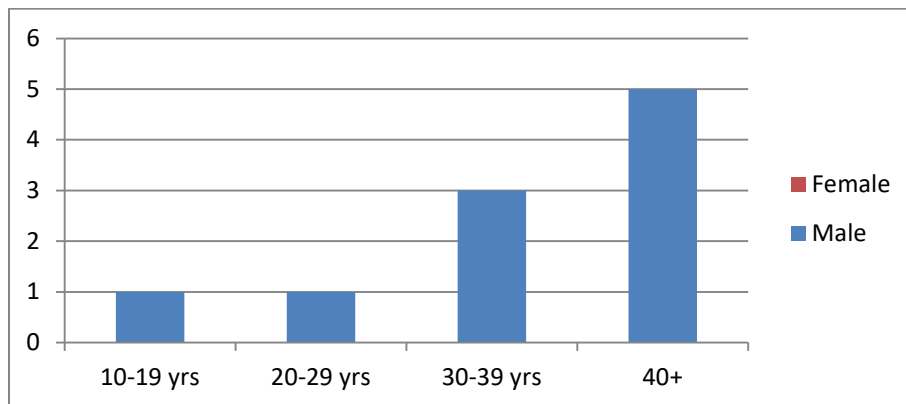
A post-mortem is conducted when the cause and/or manner of death cannot otherwise be determined or when it appears appropriate to conduct the procedure. An autopsy may also be a means of determining the identity of the deceased. A total of 57 autopsies were conducted in 2020.



SUICIDE

BY GENDER AND AGE

Age Group	Male	Female	Total
10-19 years	1		1
20-29 years	1		1
30-39 years	3		3
40 + years	5		5
Total	10		10



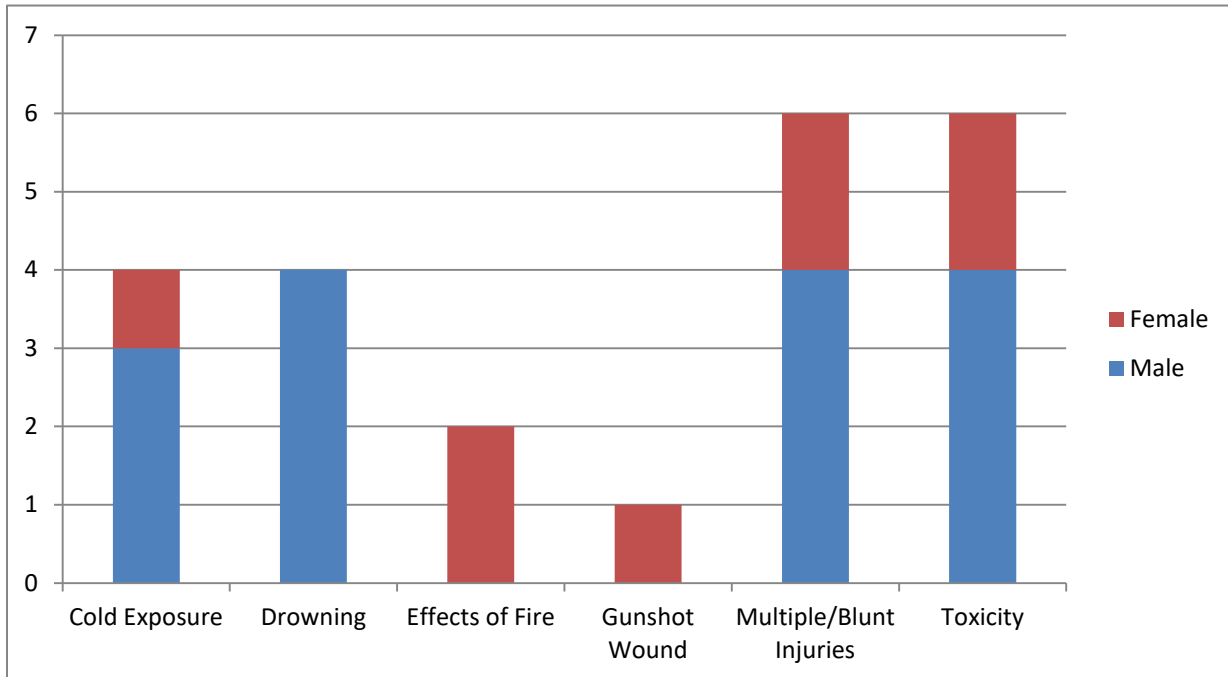
In 2020 there were ten suicides; all were male. Toxicology examination confirmed the presence of alcohol and/or drugs in seven of the ten suicides.

ACCIDENTAL

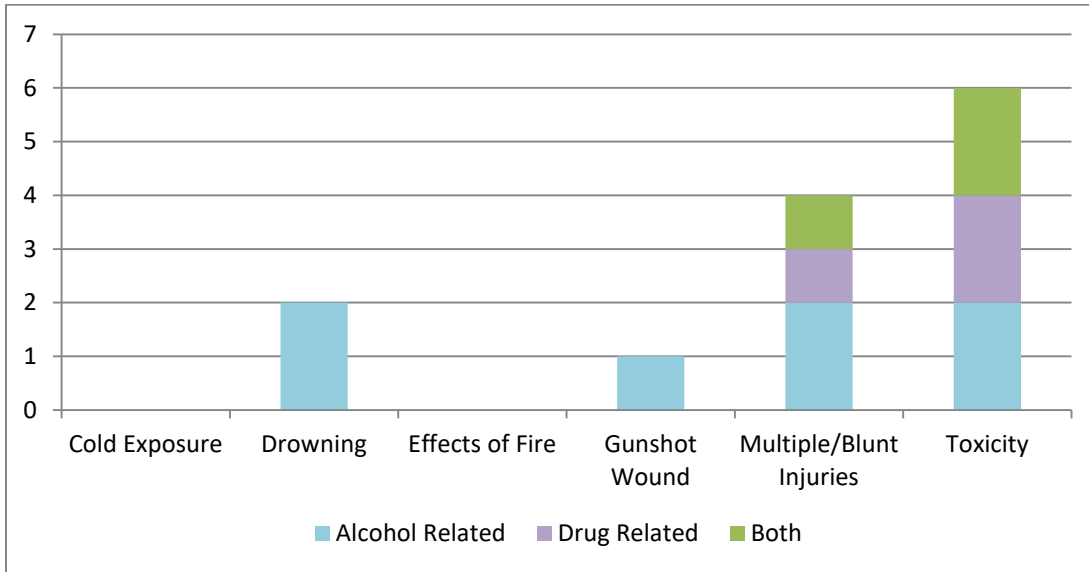
BY CAUSE AND GENDER

Cause of Death	Male	Female	Total
Cold Exposure	3	1	4
Drowning	4		4
Effects of Fire		2	2
Gunshot Wound		1	1
Multiple/Blunt Injuries	4	2	6
Toxicity	4	2	6
Totals	15	8	23

Accidental deaths accounted for 16.67% of reported deaths in 2020. The majority of accidental deaths were males (15 of 23 or 65%), and 13 were alcohol and/or drug related (13 of 23 or 56.5%).



ACCIDENTAL Cont'd



HOMICIDE

BY AGE AND GENDER

Age Group	Male	Female	Total	Alcohol and/or Drugs Present
0-19	0	1	1	0
20-29	1	2	3	2
30-39	3	0	3	3
Total	4	3	7	5

HOMICIDE Cont'd

BY REGION

Region	Total
Beaufort-Delta	1
Sahtu	
Deh Cho	
North Slave	4
South Slave	2
Total	7

In 2020, there were seven homicides. Homicides accounted for 5.07% 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 of December 31, 2020, there were 31 coroners across the Northwest Territories, with 14 men and 17 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 OF INVESTIGATING CORONER

The Report of Investigating Coroner is a document outlining the results of a coroner's investigation. It summarizes and clarifies the facts and circumstances surrounding the death. The Report establishes the identity of the deceased, classifies the manner of death, and may include recommendations for the prevention of similar deaths. The report is completed in all death investigations with the exception of cases where an inquest is being held. At an inquest the jury verdict takes the place of the Report of Investigating 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 of Investigating 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 2020)

THERE WERE NO CORONER REPORTS CONTAINING RECOMMENDATIONS FOR 2020.

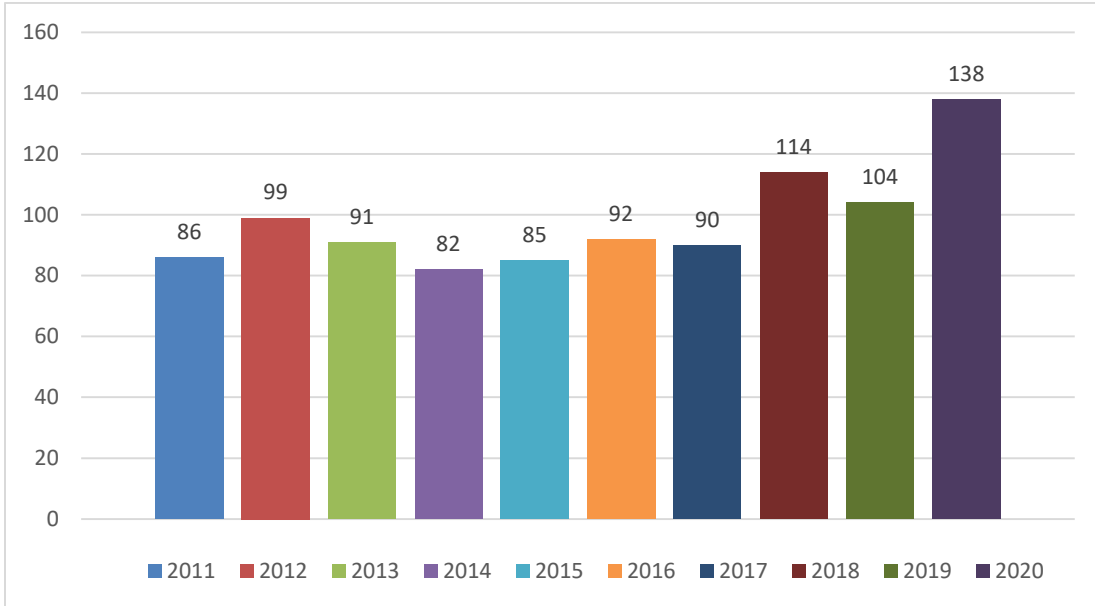
APPENDIX “B”
SUMMARY OF CORONER’S INQUESTS

THERE WERE NO CORONER’S INQUESTS IN 2020

NWT CORONER SERVICE 10-YEAR REVIEW 2011 - 2020

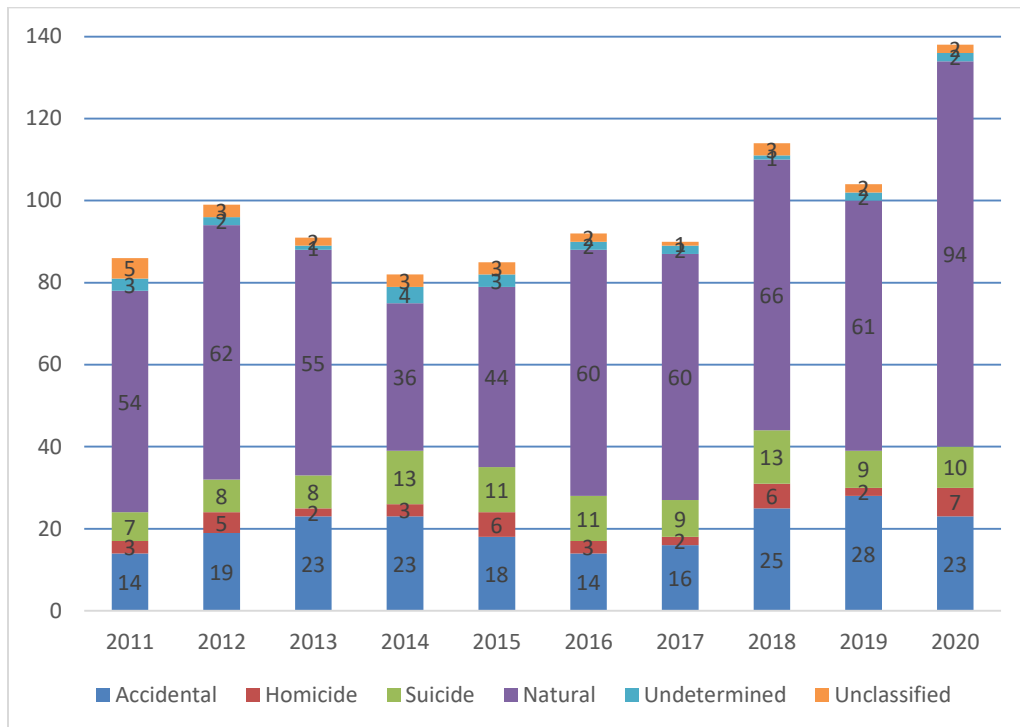
2011 – 2020 CASE STATISTICS

TOTAL DEATHS



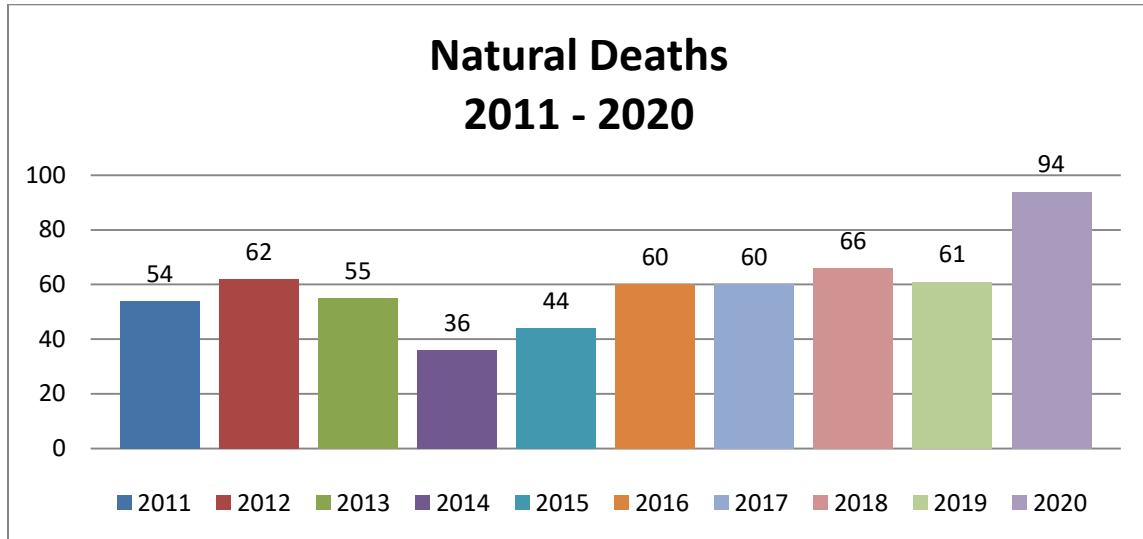
There has been an average of 98 cases reported to the Coroner’s Service each year.

CASELOAD COMPARISON



2011 – 2020 NATURAL DEATHS COMPARISON

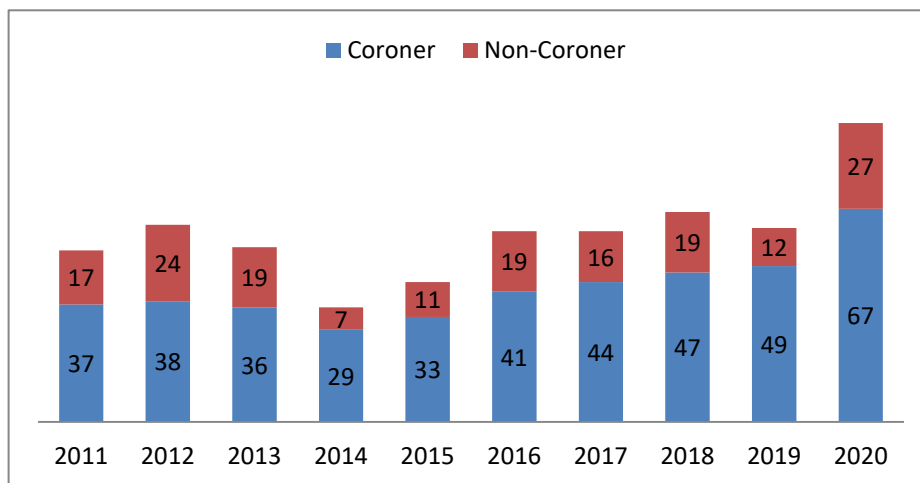
NATURAL covers all deaths primarily resulting from a disease of the body and not resulting from injuries or abnormal environmental factors. Natural deaths accounted for 60% of all deaths reported, with an average of 59 per year.



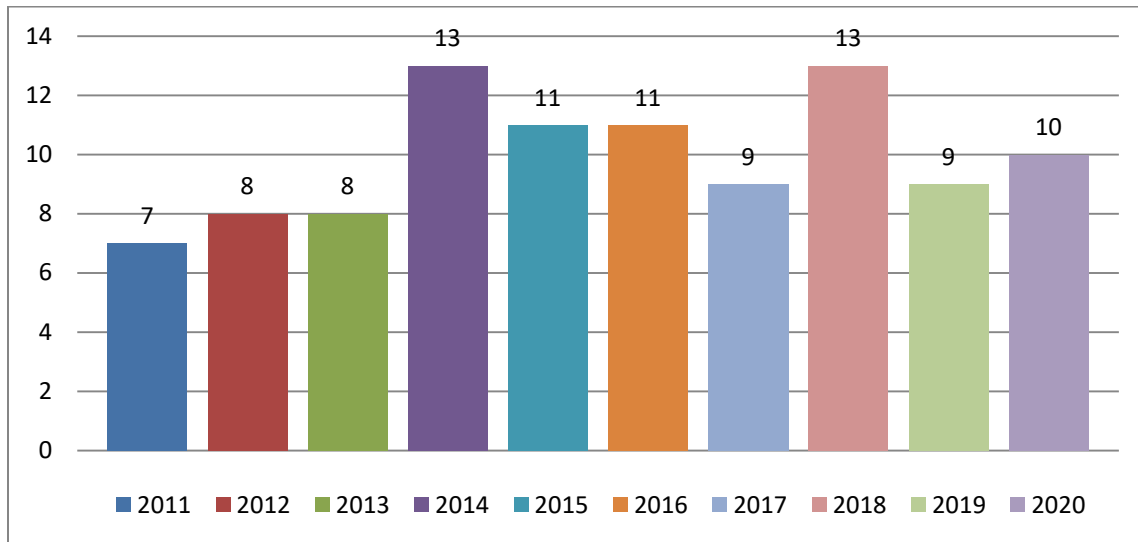
CORONER & NON-CORONER CASES

Non-Coroner cases are natural deaths that are reported to the Coroner’s Service but do not fall under the reporting criteria required under the *Coroners Act*. They must therefore be “Natural” in manner.

Coroner	Non-Coroner	Natural
421	171	592



2011 – 2020 SUICIDE DEATH COMPARISON



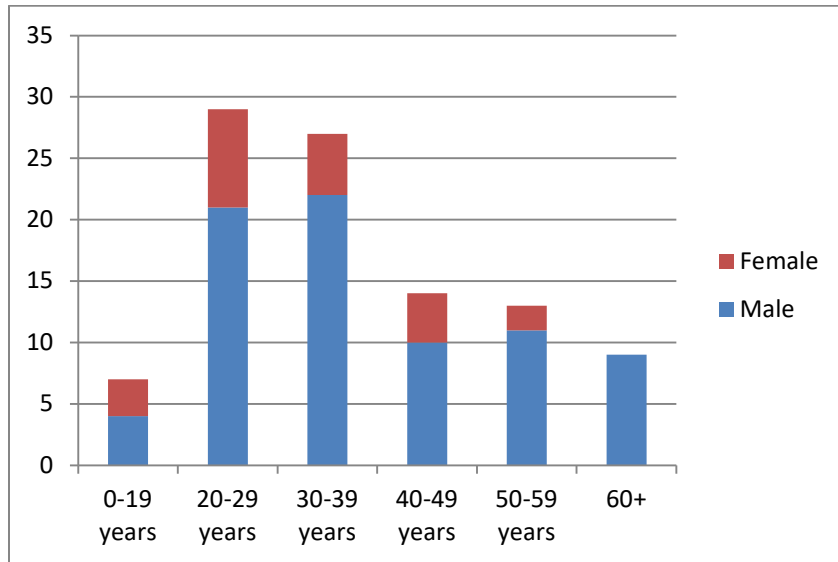
SUICIDE refers to any death from a self-inflicted injury where there is apparent intent to cause death. There were 99 suicide deaths in this review period accounting for 10% of all deaths reported. The 10-year review shows a trend between 8 and 11 deaths by suicide each year. However in 2014 and 2018 there were 13 deaths by suicide; and in 2011 there were 7 deaths.

SUICIDES BY METHOD

Method	Total
Hanging	41
Gunshot Wound	37
Drug Toxicity	11
Incised Wounds	4
Stab Wound	1
Asphyxia	1
Carbon Monoxide Toxicity	1
Other Toxicity	1
Blunt Force Trauma	1
Drowning	1
Total	99

The most common method is hanging (41%) followed by gunshot wounds (37%).

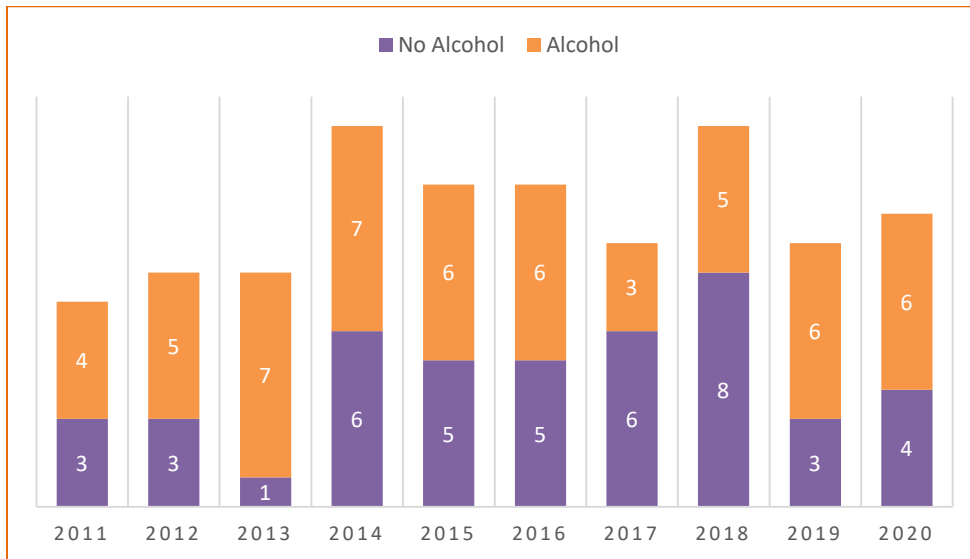
SUICIDES BY AGE AND GENDER



Age Group	Male	Female	Total
0-19 years	4	3	7
20-29 years	21	8	29
30-39 years	22	5	27
40-49 years	10	4	14
50-59 years	11	2	13
60+	9	0	9
Total	77	22	99

The majority of deaths by suicide were males (78%). The majority were between the ages of 20-39.

SUICIDE DEATHS INVOLVING ALCOHOL



The 10-year review found the highest number of suicide deaths with alcohol as a contributing factor occurred in 2013 when 7 out of 8 cases involved alcohol. Of the 99 suicides over the 10-year period, 55 involved alcohol (56%).

SUICIDES BY MONTH

Year	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
January				1	1			2	1	1	6
February	1	1		1	2		2		1		8
March			1		1	1	2	1		1	7
April					1	1	1	1	1	2	7
May	1		2	3	2	2	2	4	2		18
June		1		1	1		1			1	5
July	1			1	3	2	1			3	11
August		2	2	3		1		1	2		11
September						2		2	1	1	6
October		2	2	1						1	6
November	1	1		1		1		1	1		6
December	3	1	1	1		1		1			8
Total	7	8	8	13	11	11	9	13	9	10	99

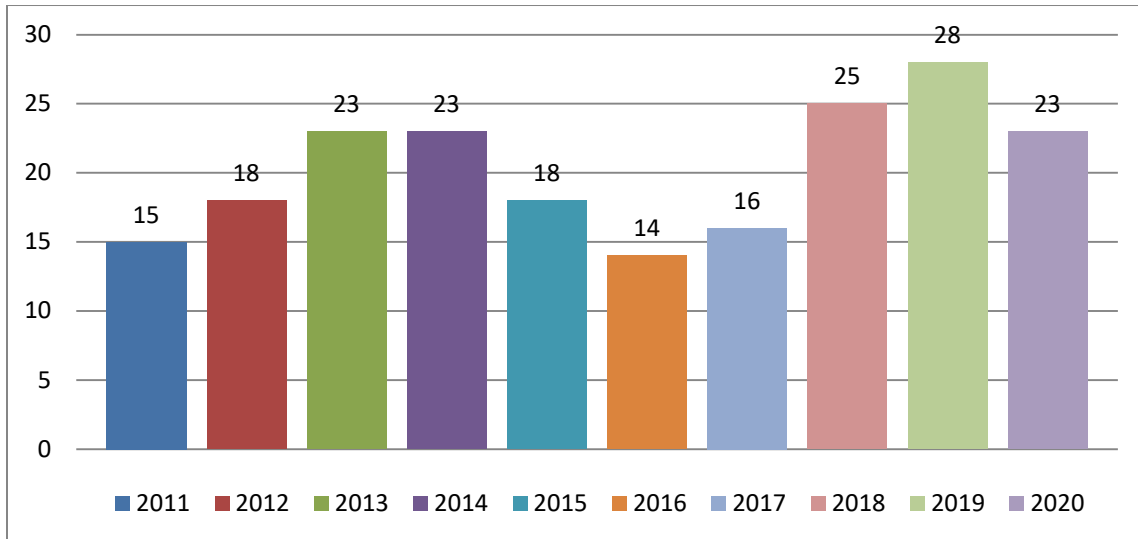
The 10-year review found the highest number of suicides occurred in May.

SUICIDES BY REGION

Region	Total
Beaufort-Delta	33
Sahtu	5
Dehcho	12
North Slave	34
South Slave	15
Total	99

The majority of deaths by suicide occurred in the North Slave region followed by the Beaufort-Delta region. The Sahtu region had the least number of suicides reported between 2011 and 2020.

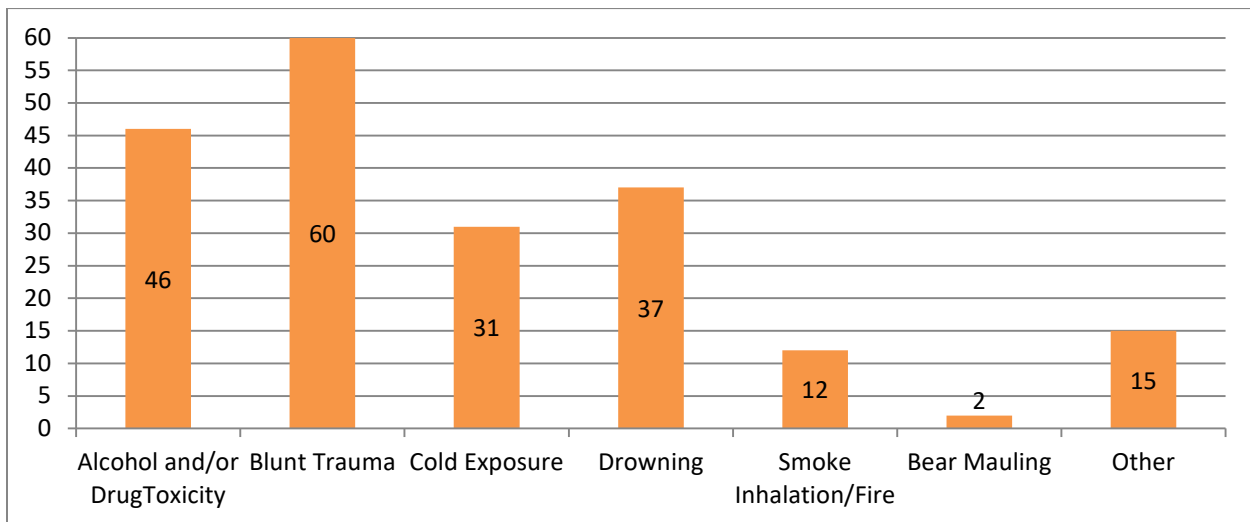
ACCIDENTAL DEATH COMPARISON 2011 – 2020



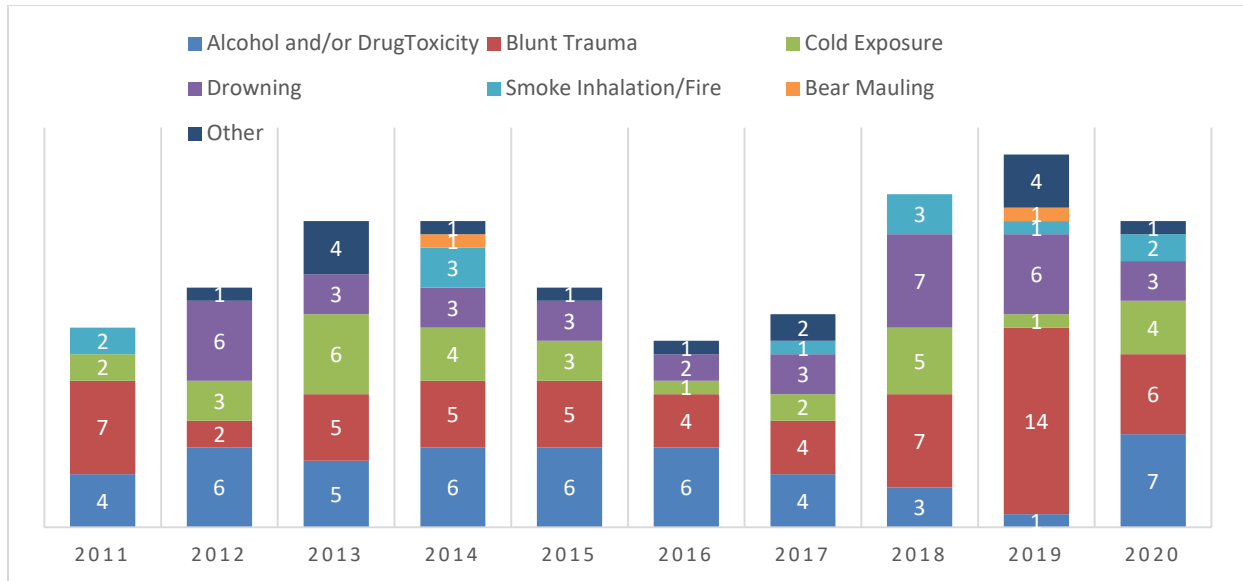
ACCIDENTAL covers all accidental deaths including motor vehicle incidents where there is no obvious intent to cause death. This classification includes any death resulting from an action or actions by a person which result in the unintentional death to him/herself or any death of any person that results from the intervention of a non-human agency.

Accidental deaths accounted for 21% of all deaths reported between 2011 and 2020, with an average of 20 cases per year. The majority were blunt trauma at 29.5%.

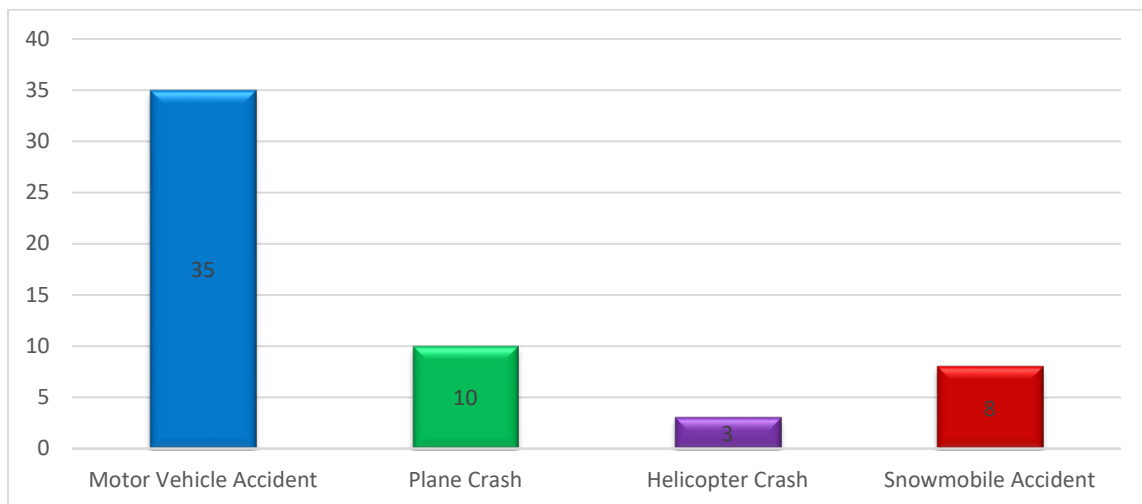
ACCIDENTAL DEATH BY METHOD



ACCIDENTAL DEATH COMPARISON BY METHOD AND YEAR



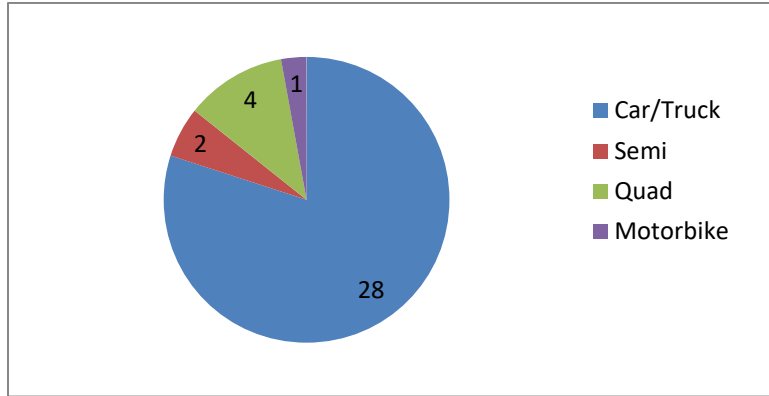
Other Accidental Deaths include: choking, complications of surgery, smothering, asphyxia, carbon monoxide poisoning, other toxicity, and electrocution.



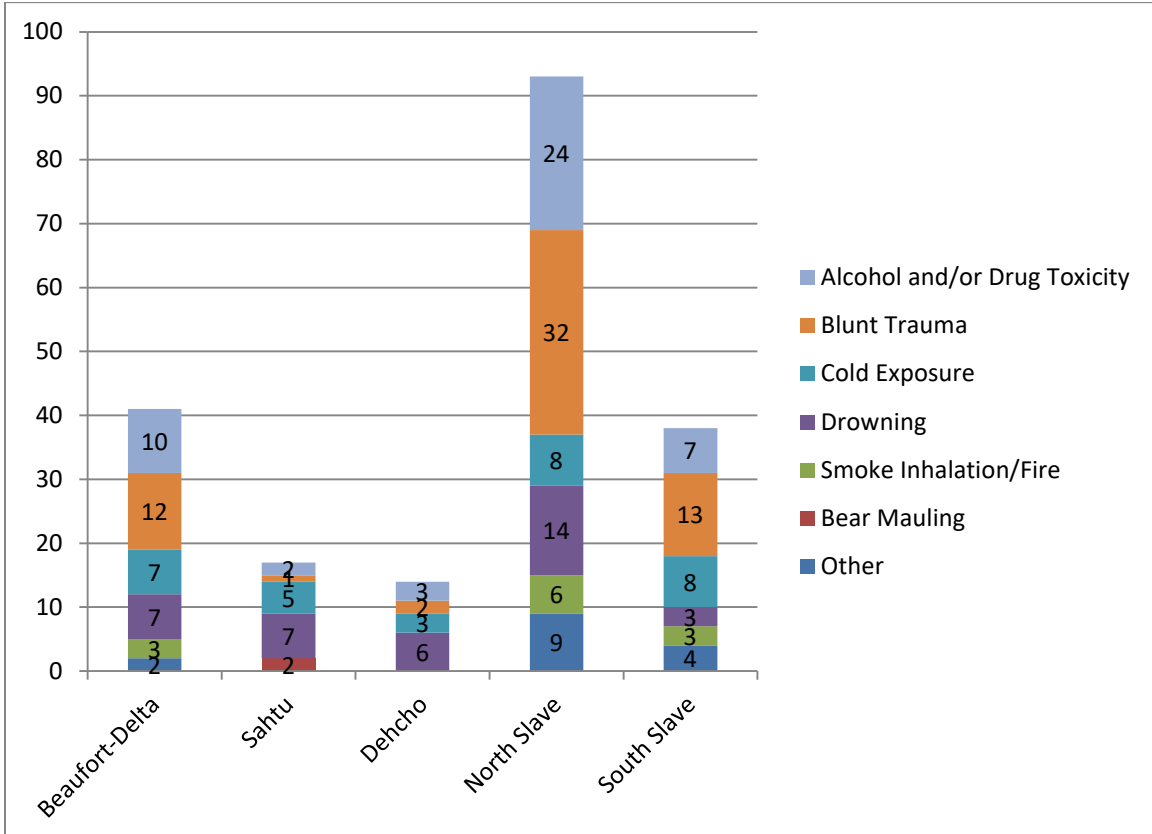
Seven of the blunt trauma cases and three of the drownings were the result of plane crashes and three of the cold exposure cases were the result of a helicopter crash.

There were a total of eight snowmobile deaths; two were drownings from the result of going through ice. Seven of the eight snowmobile deaths were alcohol related.

There were a total of thirty-four motor vehicle incidents (MVI). Four MVI involved pedestrian deaths and four involved quad ATVs. Of the thirty-four MVI deaths, thirty were blunt trauma deaths and four were drownings. Alcohol was present in 23 of the MVI deaths.

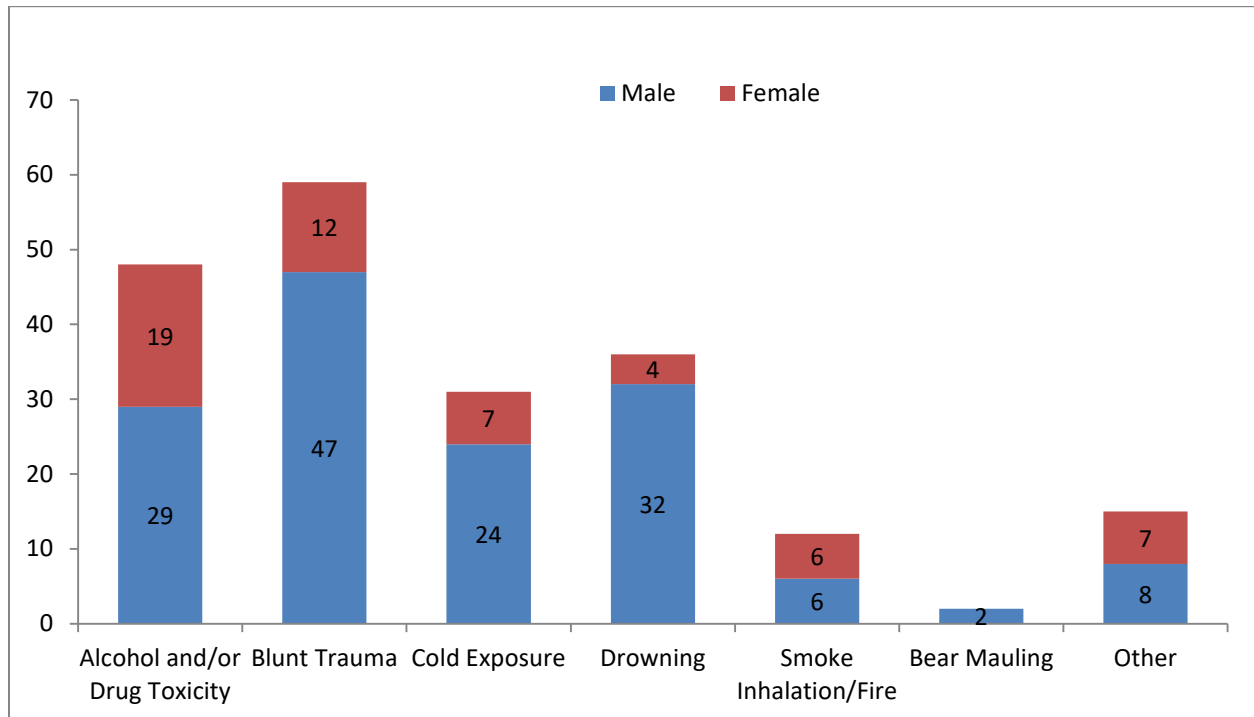


ACCIDENTAL DEATHS BY METHOD & REGION



The majority of accidental deaths occurred in the North Slave region with 93 deaths, followed by the Beaufort-Delta at 41 deaths. At 14, the Dehcho region had the lowest number of accidental deaths reported between 2011 and 2020, followed by the Sahtu region with 17 deaths.

ACCIDENTAL DEATHS BY METHOD & GENDER

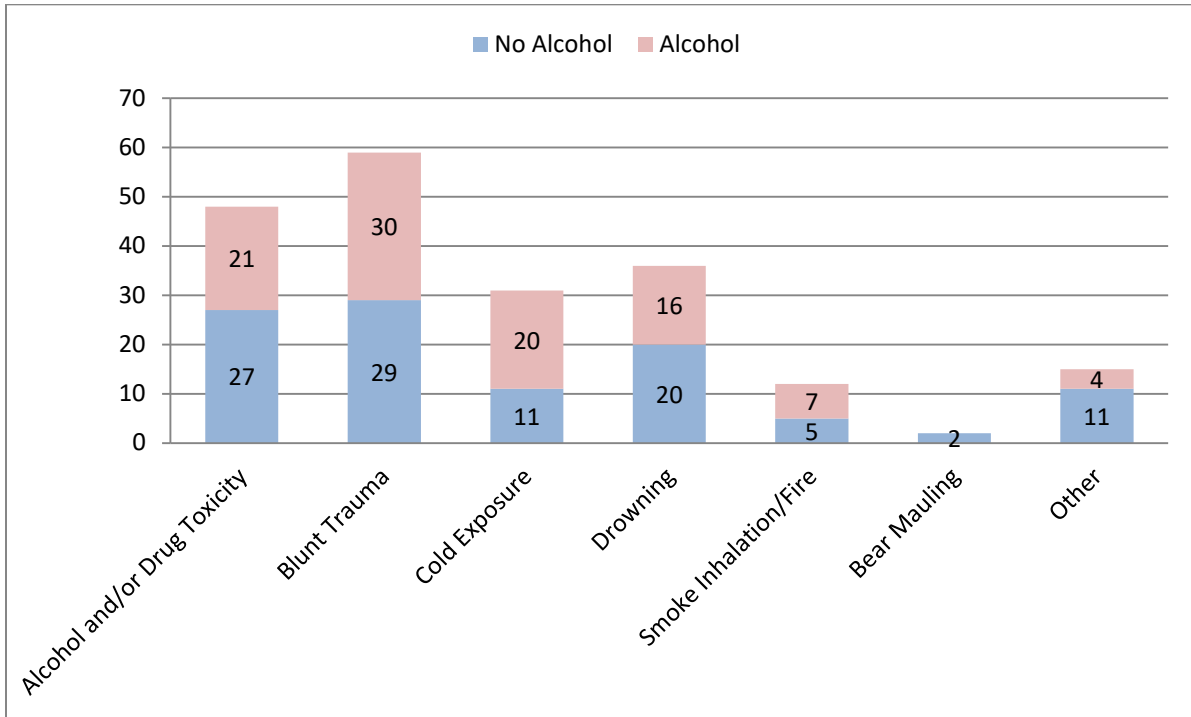


ACCIDENTAL DEATHS BY AGE & GENDER

Age Group	Male	Female	Total
0-19 years	10	6	16
20-29 years	28	12	40
30-39 years	28	5	33
40-49 years	21	8	29
50-59 years	32	12	44
60+	29	12	41
Total	148	55	203

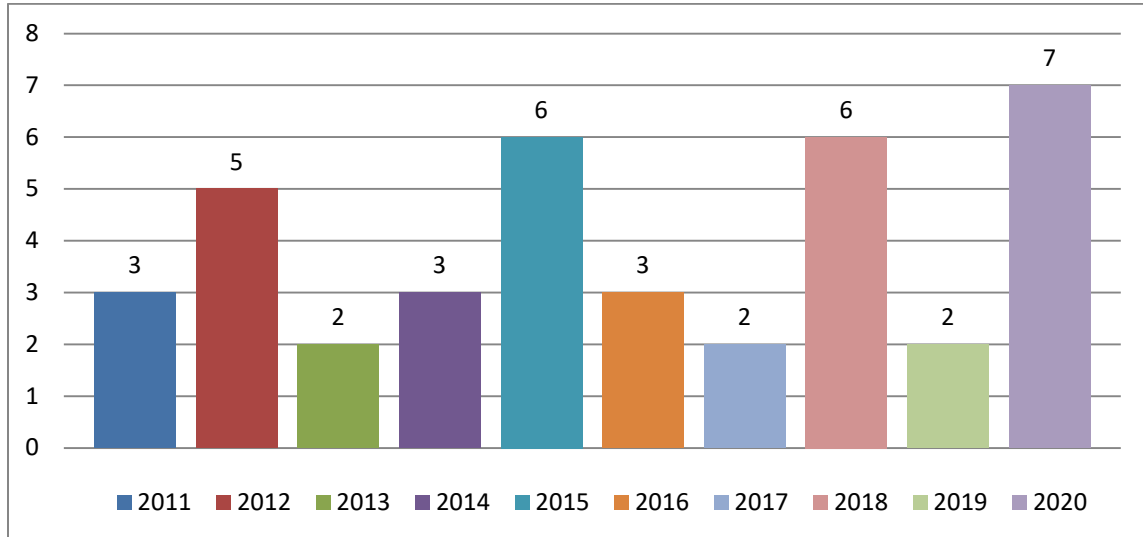
The majority of accidental deaths were males at 73%.

ACCIDENTAL DEATHS INVOLVING ALCOHOL



Of the 203 accidental deaths, alcohol was present in 98 cases (48%). Alcohol was most often seen in blunt trauma accident deaths followed by cold exposure deaths.

HOMICIDE DEATH COMPARISON 2011 – 2020



HOMICIDE includes any death resulting from injuries caused directly or indirectly by the actions of another person (with the exception of unintentional motor vehicle accidents). Homicide is a neutral term that does not imply fault or blame.

Homicide deaths accounted for 4% of all deaths reported with an average of four cases per year. The majority were stab wounds at 38% followed by blunt trauma at 36%.

Out of the 39 homicide cases, 17 were the result of domestic violence. Ten of these were intimate partner cases.

HOMICIDE DEATH BY METHOD

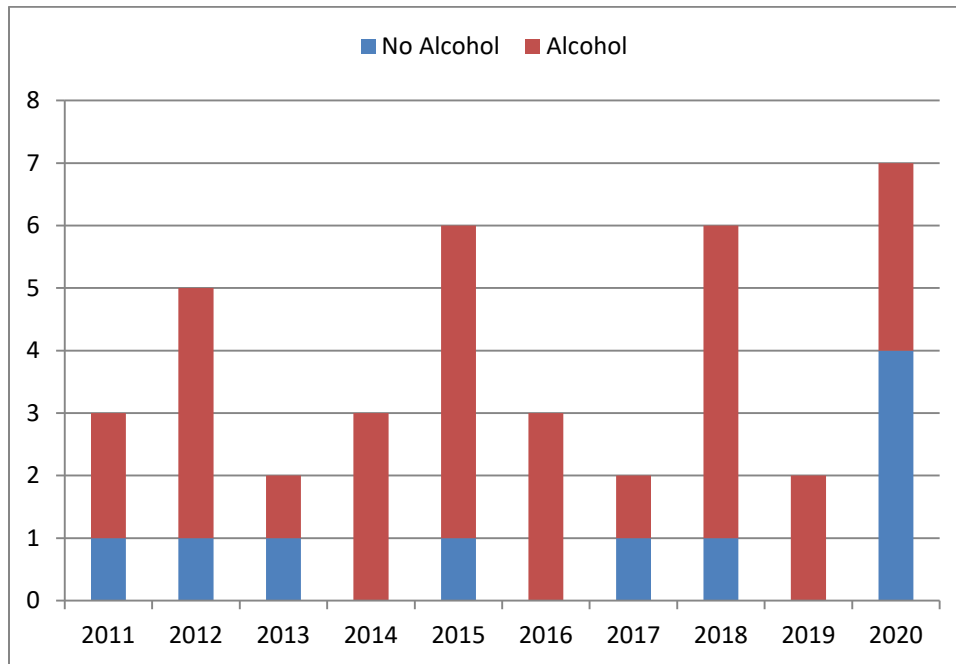
Cause	Total
Blunt Trauma	14
Stab Wounds	15
Gunshot Wound	3
Strangulation/Asphyxia	4
Other	3
Total	39

HOMICIDE DEATH BY AGE AND GENDER

Age Group	Male	Female	Total
0-19 years	0	2	2
20-29 years	7	3	10
30-39 years	9	1	10
40-49 years	5	4	9
50-59 years	1	1	2
60+	4	2	6
Total	26	13	39

The majority of homicide deaths were males at 67%. 51% were between the ages of 20-39 years old.

HOMICIDE DEATHS INVOLVING ALCOHOL



Of the 39 homicide deaths, toxicology examination of the deceased confirmed alcohol was present in 29 deaths (74%).

HOMICIDE DEATH BY MONTH

Year	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
January				1							1
February	1				1						2
March				1		1				1	3
April					1	1		1	1	1	5
May										1	1
June		3			1			1		1	6
July								1			1
August			1					1		1	3
September		1	1		1		1		1	1	6
October					1			1		1	3
November	1				1			1			3
December	1	1		1		1	1				5
Total	3	5	2	3	6	3	2	6	2	7	39

The 10-year review found the highest number of homicides occurred in June and September with six deaths each, followed by April and December with five deaths each. These four months account for 56% of homicides.

HOMICIDE DEATH BY REGION

Region	Total
Beaufort-Delta	6
Sahtu	3
Dehcho	3
North Slave	15
South Slave	12
Total	

38% of homicide deaths occurred in the North Slave region with 15 deaths.

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 Coroner 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 2020

dont

l'examen décennal

2011 – 2020

TABLE DES MATIÈRES

PRÉSENTATION.....	4
HISTOIRE DU SERVICE DU CORONER	5
FORMATION.....	6
MODE DE DÉCÈS	6
DÉCLARATION DES DÉCÈS CONFORMÉMENT À LA LOI SUR LES CORONERS.....	7
RÉGIONS DES TNO.....	9
STATISTIQUES POUR 2020	10
NOMBRE DE DÉCÈS PAR MODE ET PAR RÉGION	11
NOMBRE DE DÉCÈS PAR MODE ET PAR MOIS	12
CAUSES NATURELLES ET CAS NON SOUMIS AU CORONER.....	13
EXAMENS POST-MORTEM PAR MODE	13
SUICIDES.....	14
CAUSE ACCIDENTELLE	15
HOMICIDES.....	16
NOMINATIONS AU BUREAU DU CORONER.....	17
CONCLUSION DES ENQUÊTES DU CORONER	18
RAPPORT DU CORONER CHARGÉ DE L'ENQUÊTE	18
ENQUÊTES.....	18
ANNEXE A RÉSUMÉ DE RAPPORTS DE CORONER CONTENANT DES RECOMMANDATIONS	20
ANNEXE B RÉSUMÉ DES ENQUÊTES PUBLIQUES	21
EXAMEN DÉCENNAL DU SERVICE DU CORONER DES TNO 2011 - 2020	22
STATISTIQUES 2011-2020	23
COMPARAISON DES DÉCÈS NATURELS 2011 - 2020.....	24
CAS SOUMIS ET NON SOUMIS AU CORONER	24
COMPARAISON DES DÉCÈS PAR SUICIDE 2011 - 2020.....	25
SUICIDES PAR MODE	25
SUICIDES SELON L'ÂGE ET LE SEXE.....	26
DÉCÈS PAR SUICIDE AVEC PRÉSENCE D'ALCOOL	27
SUICIDES PAR MOIS	27

Rapport annuel 2020 du Service du coroner des TNO, dont l'examen décennal 2011 - 2020

SUICIDES PAR RÉGION.....	28
COMPARAISON DES DÉCÈS ACCIDENTELS 2011 – 2020	29
DÉCÈS ACCIDENTEL PAR MODE	29
COMPARAISON DES DÉCÈS ACCIDENTELS PAR MODE ET PAR ANNÉE	30
DÉCÈS ACCIDENTELS PAR MODE ET PAR RÉGION.....	31
DÉCÈS ACCIDENTELS PAR MODE ET PAR SEXE.....	32
DÉCÈS ACCIDENTELS PAR ÂGE ET PAR SEXE	32
DÉCÈS ACCIDENTELS AVEC PRÉSENCE D'ALCOOL.....	33
COMPARAISON DES HOMICIDES 2011 – 2020.....	34
HOMICIDES PAR MODE.....	34
HOMICIDES PAR ÂGE ET SEXE	35
HOMICIDES AVEC PRÉSENCE D'ALCOOL	35
HOMICIDES PAR MOIS	36
HOMICIDES PAR RÉGION	36
REMERCIEMENTS	37

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.

PRÉSENTATION

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. Le coroner en chef, le coroner en chef adjoint et un coroner administratif supervisent et soutiennent les coroners dans les collectivités.

La coroner en chef Cathy L. Menard a pris sa retraite en septembre 2020 après 24 ans au service des coroners. Albert Garth Eggenberger a assuré l'intérim pendant le restant de l'année.

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 Commissariat 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.

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 McKenna, 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.

Le rapport annuel de 2020 est suivi par un examen décennal des décès aux TNO. Un examen décennal a eu lieu en 2010; vous pouvez télécharger ce rapport sur le site Web du Service du coroner : <https://www.justice.gov.nt.ca/fr/organismes-et-agences/service-du-coroner/>.

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.

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.)

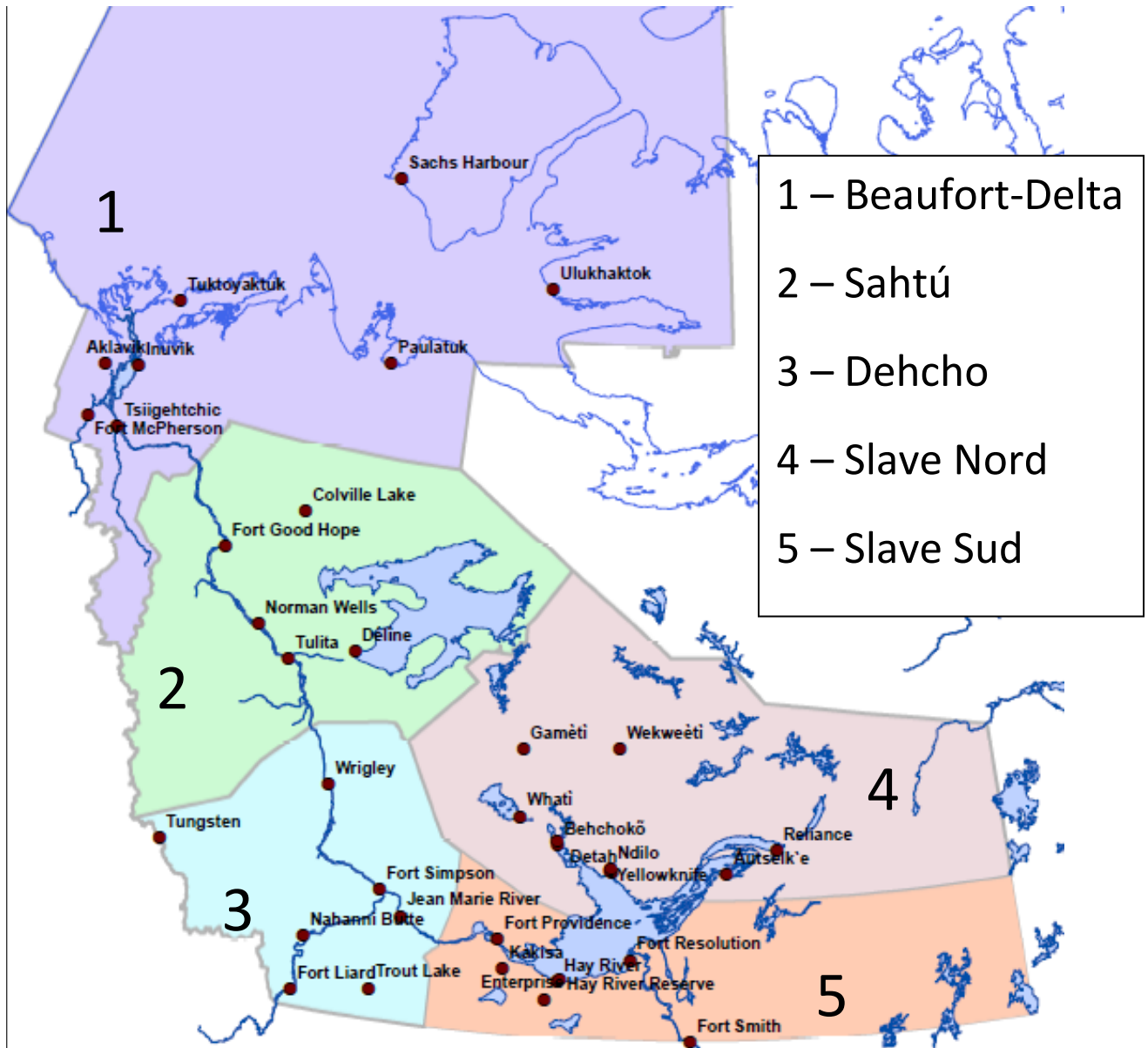
DÉCLARATION DES DÉCÈS CONFORMÉMENT À LA LOI SUR LES CORONERS

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) du fait ou dans le cadre de son emploi ou de son occupation;
- (g) pendant que le défunt est détenu ou involontairement sous garde légale dans une prison, un lieu de détention provisoire, un établissement correctionnel, un établissement médical ou toute autre institution;
- (h) pendant que le défunt est détenu par un policier ou est sous sa garde;
- (i) pendant que le directeur des services à l'enfance et à la famille a les droits et les responsabilités d'un père ou d'une mère à l'égard de la personne du défunt en vertu de la Loi sur les services à l'enfance et à la famille.

- Exception (2) Par dérogation au paragraphe (1), la personne qui sait qu'un coroner ou un policier a déjà connaissance d'un décès à déclaration obligatoire n'est pas tenue de l'en aviser.
- Devoir du policier (3) Le policier qui a connaissance d'un décès à déclaration obligatoire en avise immédiatement le coroner.
- Arrangements spéciaux (4) Le coroner en chef peut faire des arrangements spéciaux avec les établissements médicaux, les établissements correctionnels et la Gendarmerie royale du Canada pour faciliter la notification des décès à déclaration obligatoire par les personnes qui sont dans ces établissements ou cette organisation. L.T.N.-O. 2010, ch. 16, ann. A, art. 9(3); L.T.N.-O. 2015, ch. 22, art. 5; L.T.N.-O. 2017, ch. 16, art. 3.

RÉGIONS DES TNO

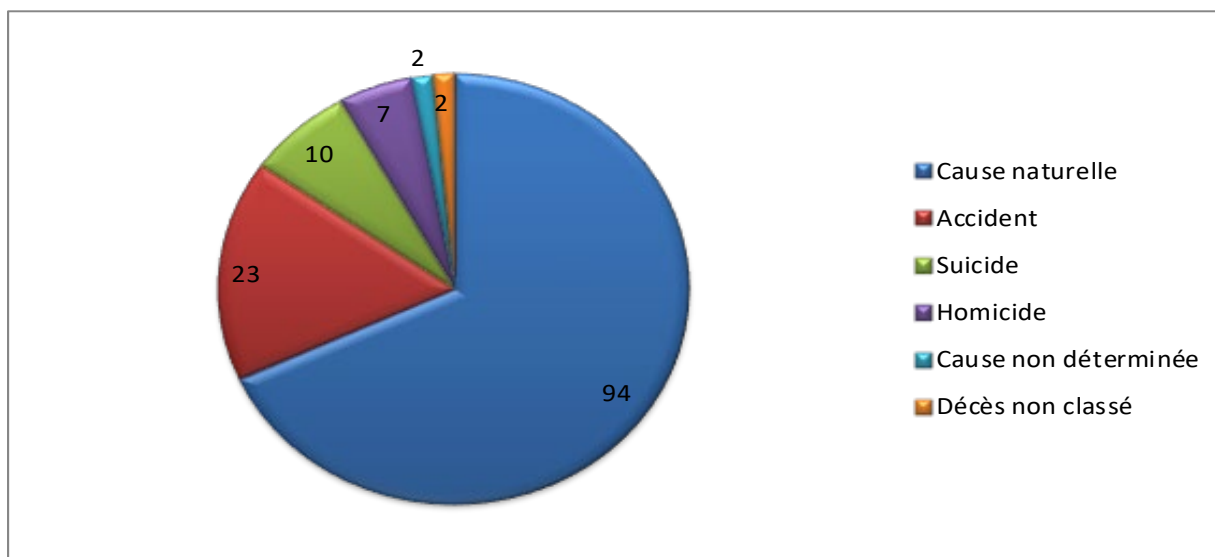


Source : http://www.enr.gov.nt.ca/_live/documents/content/Administrative_regions.pdf .

STATISTIQUES POUR 2020

Total de cas

Total des cas			
Mode de décès	Nombre *	Cas %	Population % **
Cause naturelle	94	68.12%	0.2081%
Accident	23	16.67%	0.0509%
Suicide	10	7.25%	0.0221%
Homicide	7	5.07%	0.0155%
Cause non déterminée	2	1.45%	0.0044%
Décès non classé	2	1.45%	S. O.
Total	138	100%	0.3056%



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 2020, deux cas ont été placés dans la catégorie des décès non classés.

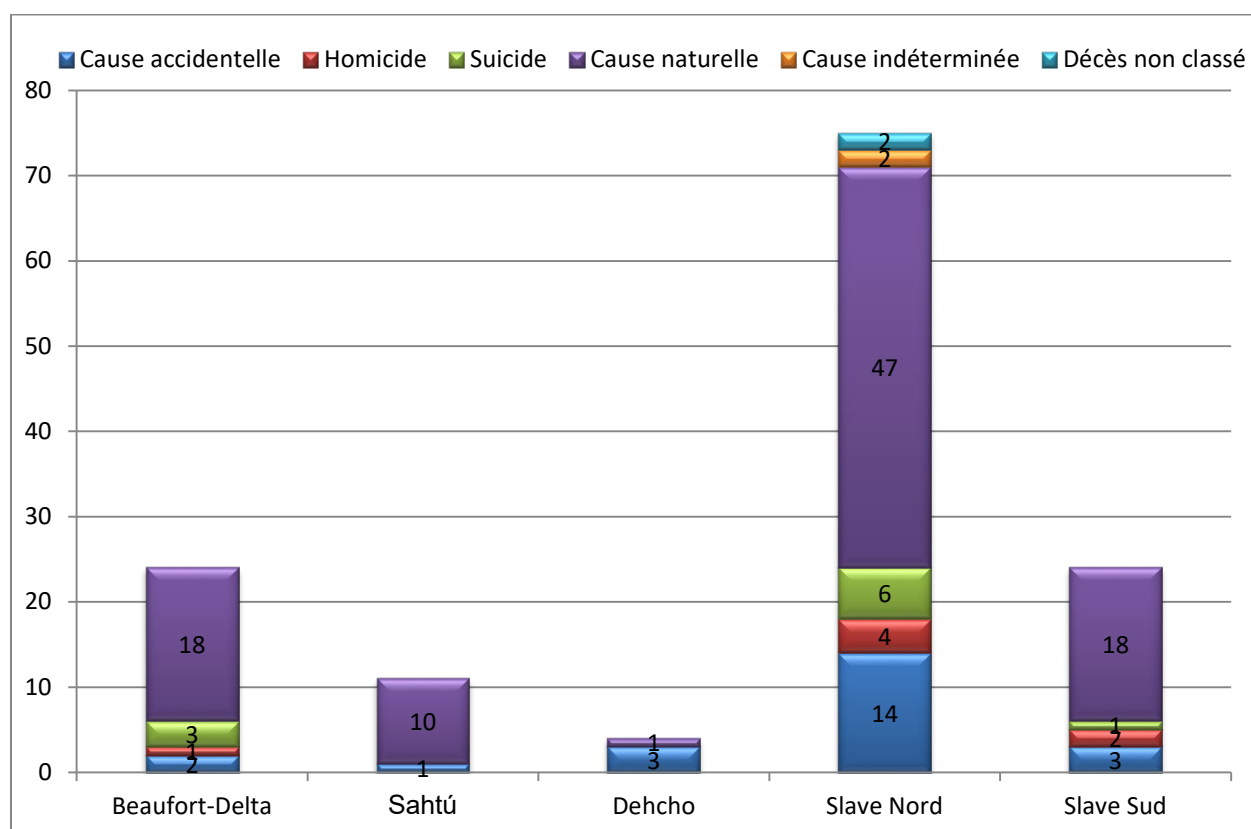
* Le Bureau du coroner des TNO a apporté son aide pour un décès en Alberta.

** Selon une population ténosée estimée à 45 161 habitants au 1^{er} octobre 2021; source :

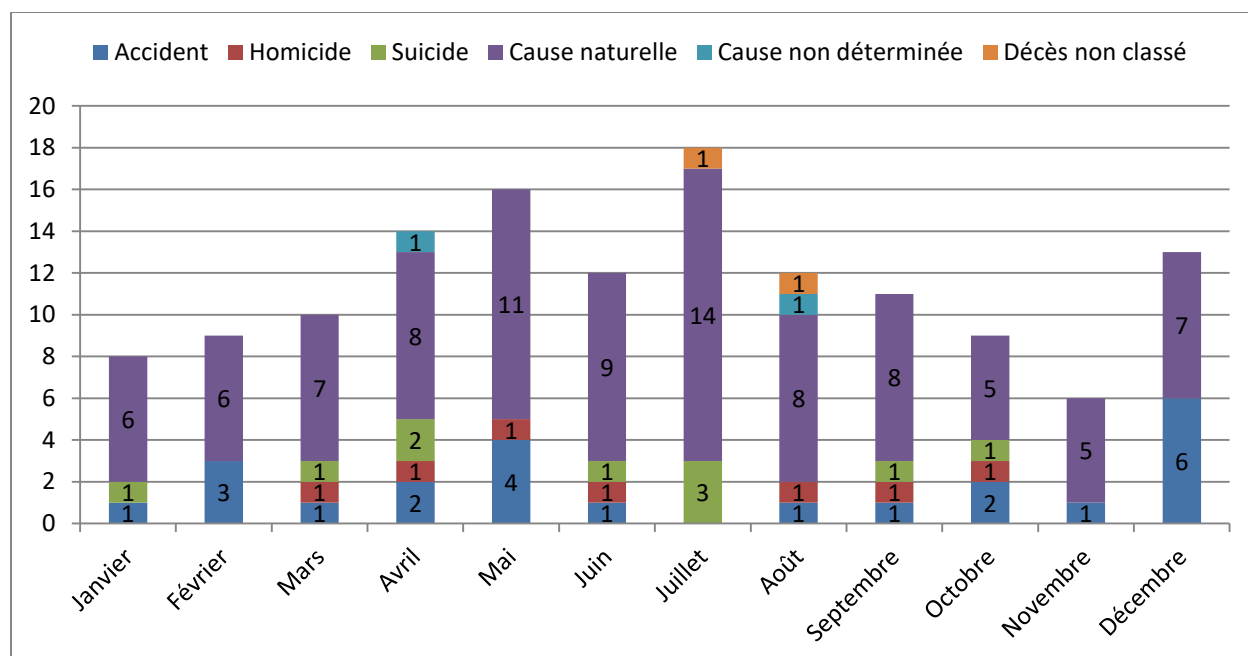
<http://www.statsnwt.ca/population/population-estimates/>

NOMBRE DE DÉCÈS PAR MODE ET PAR RÉGION

Région	Cause accidentelle	Homicide	Suicide	Cause naturelle	Cause indéterminée	Décès non classé	Total
Beaufort-Delta	2	1	3	18			24
Sahtú	1			10			11
Dehcho	3			1			4
Slave Nord	14	4	6	47	2	2	75
Slave Sud	3	2	1	18			24
Total	23	7	10	94	2	2	138



NOMBRE DE DÉCÈS PAR MODE ET PAR MOIS



Année	Cause accidentelle	Homicide	Suicide	Cause naturelle	Cause indéterminée	Décès non classé	Total
Janvier	1		1	6			8
Février	3			6			9
Mars	1	1	1	7			10
Avril	2	1	2	8	1		14
Mai	4	1		11			16
Juin	1	1	1	9			12
Juillet			3	14		1	18
Août	1	1		8	1	1	12
Septembre	1	1	1	8			11
Octobre	2	1	1	5			9
Novembre	1			5			6
Décembre	6			7			13
Total	23	7	10	94	2	2	138

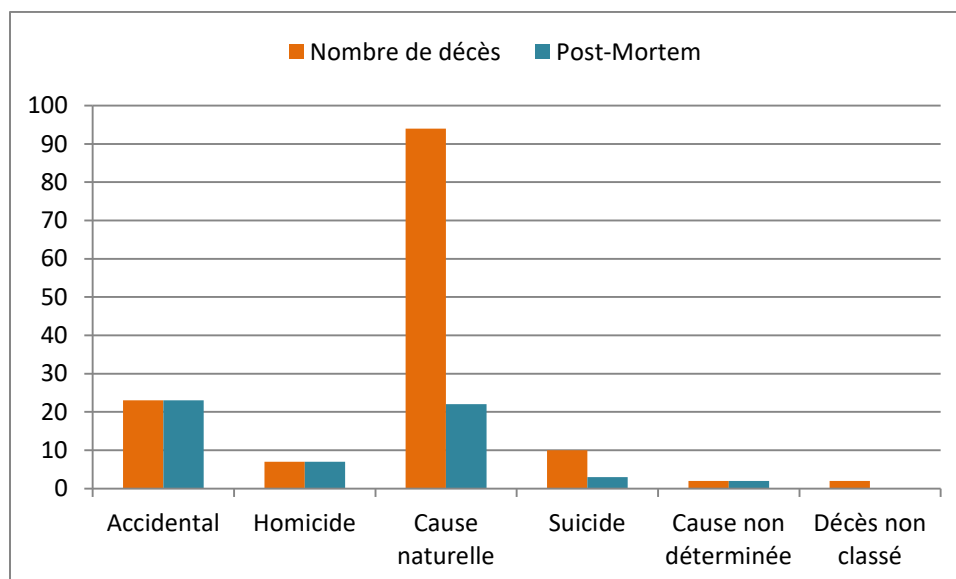
CAUSES NATURELLES ET CAS NON SOUMIS AU CORONER

En 2020, il y a eu au total 94 décès naturels, dont 64 cas soumis au coroner et 30 cas non soumis au coroner. Les cas non 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*.

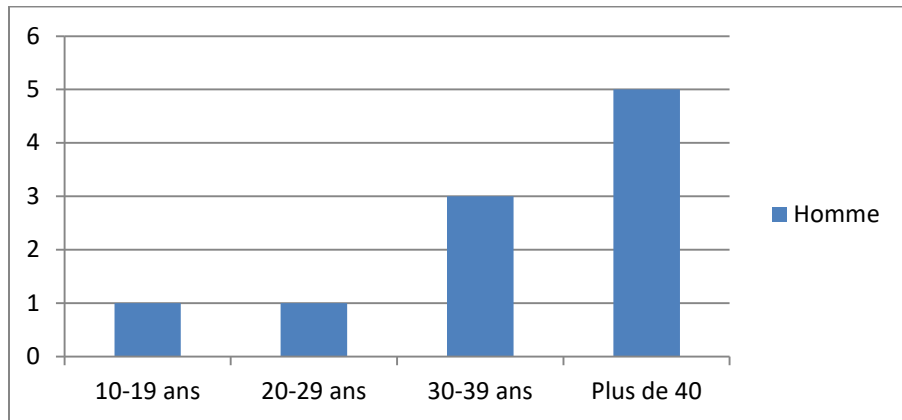
Soumis au coroner	Non soumis au coroner	Morts naturelles
64	30	94

EXAMENS POST-MORTEM PAR MODE

Un examen post-mortem 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, 57 autopsies ont été effectuées en 2020.



SUICIDES



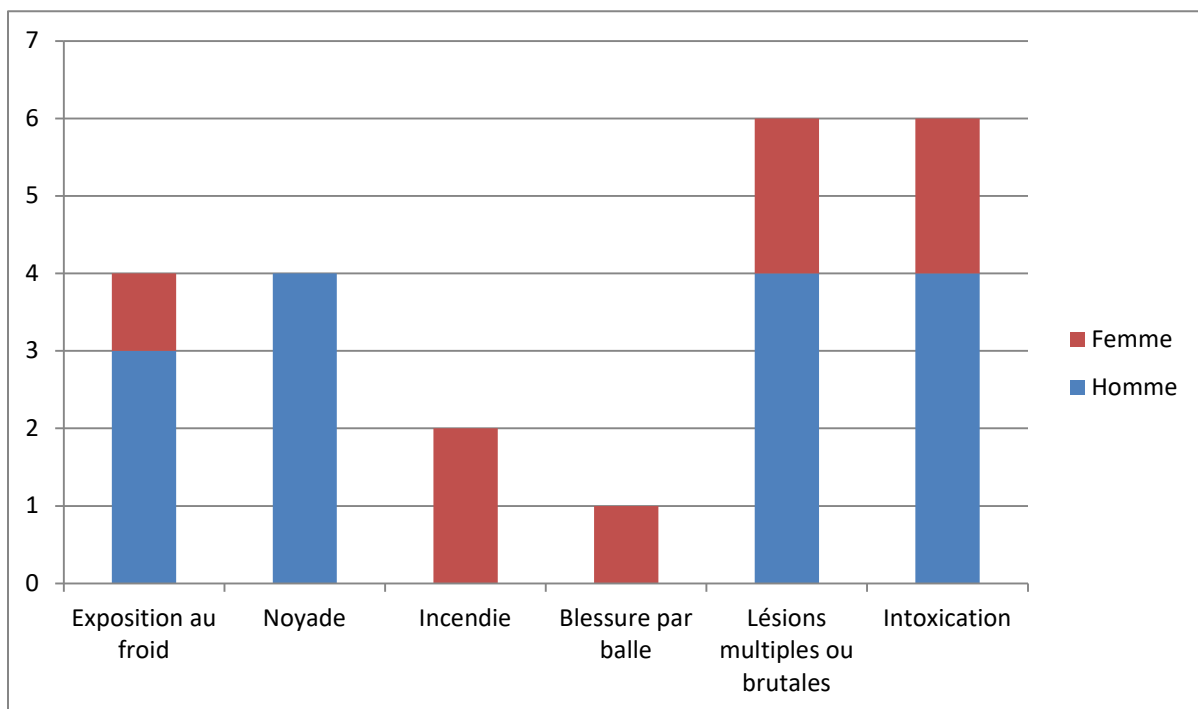
En 2020, dix suicides ont été enregistrés (tous des hommes). Les examens toxicologiques ont confirmé la présence d'alcool ou de drogues pour sept de ces dix suicides.

CAUSE ACCIDENTELLE

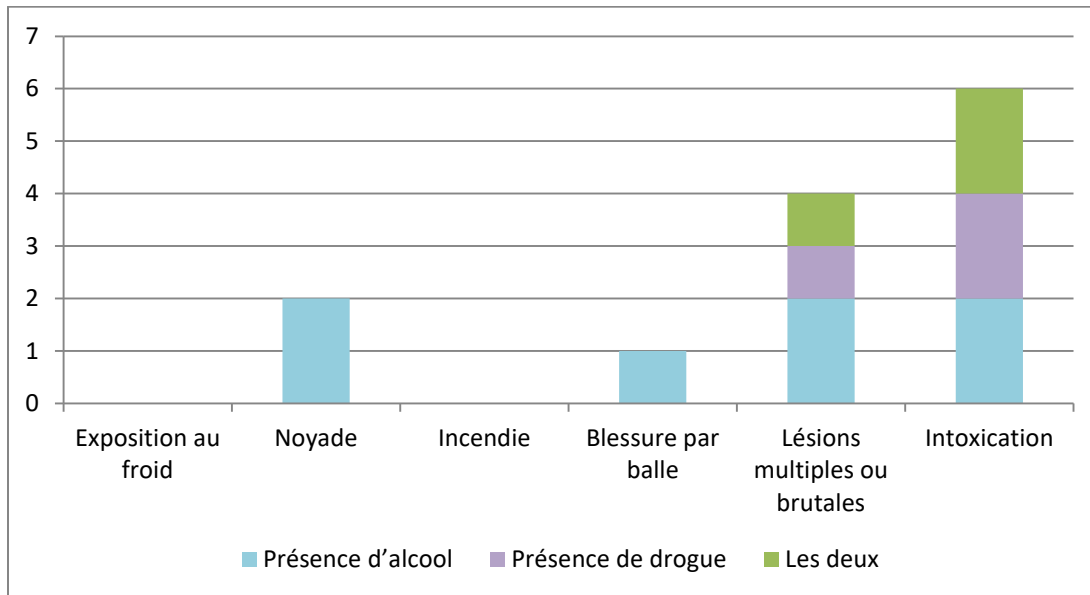
PAR CAUSE ET PAR SEXE

Cause du décès	Homme	Femme	Total
Exposition au froid	3	1	4
Noyade	4		4
Incendie		2	2
Blessure par balle		1	1
Lésions multiples ou brutales	4	2	6
Intoxication	4	2	6
TOTAUX	15	8	23

En 2020, les décès accidentels représentaient 16,67 % des décès signalés. La majorité des personnes décédées accidentellement étaient des hommes (15 hommes sur 23 décès, donc 65 %). De l'alcool ou de la drogue a été consommé dans 13 décès (13 hommes sur 23, ou 56,5 %).



DÉCÈS ACCIDENTELS (suite)



HOMICIDES

PAR ÂGE ET PAR SEXE

Groupe d'âge	Homme	Femme	Total	Alcool ou drogue en cause
0-19	0	1	1	0
20-29	1	2	3	2
30-39	3	0	3	3
Total	4	3	7	5

HOMICIDES (suite)

PAR RÉGION

Région	Total
Beaufort-Delta	1
Sahtú	
Dehcho	
Slave Nord	4
Slave Sud	2
Total	7

En 2020, sept décès ont été déclarés des homicides. Les homicides représentaient donc 5,07 % 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 2020, 31 coroners travaillaient aux Territoires du Nord-Ouest, dont 14 hommes et 17 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 DU CORONER CHARGÉ DE L'ENQUÊTE

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 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 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 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 DÉPOSÉS EN 2020)

AUCUN RAPPORT DE CORONER CONTENANT DES RECOMMANDATIONS N'A ÉTÉ DÉPOSÉ EN
2020.

ANNEXE B

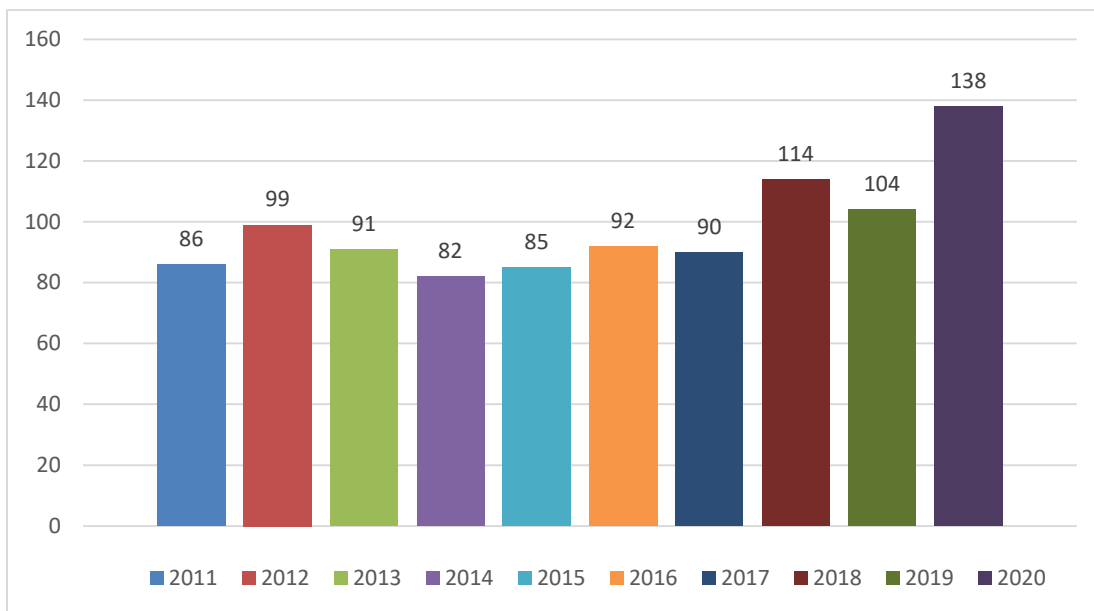
RÉSUMÉ DES ENQUÊTES PUBLIQUES

AUCUNE ENQUÊTE PUBLIQUE N'A EU LIEU EN 2020

EXAMEN DÉCENNAL DU SERVICE DU CORONER DES TNO 2011 - 2020

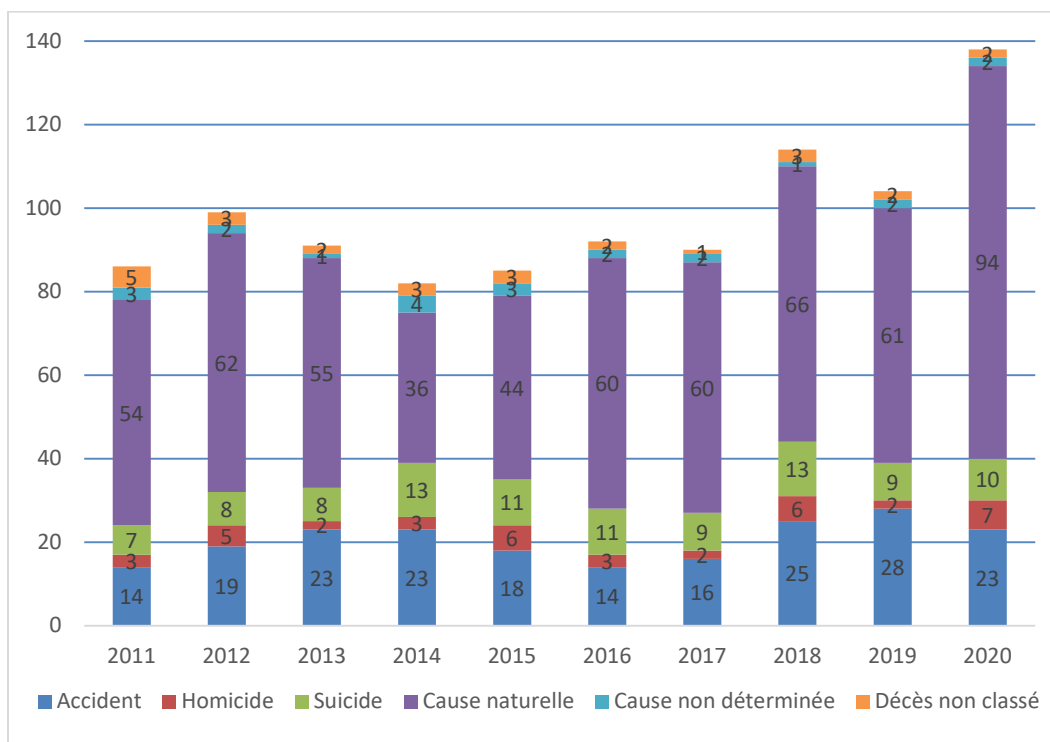
STATISTIQUES 2011-2020

TOTAL DES DÉCÈS



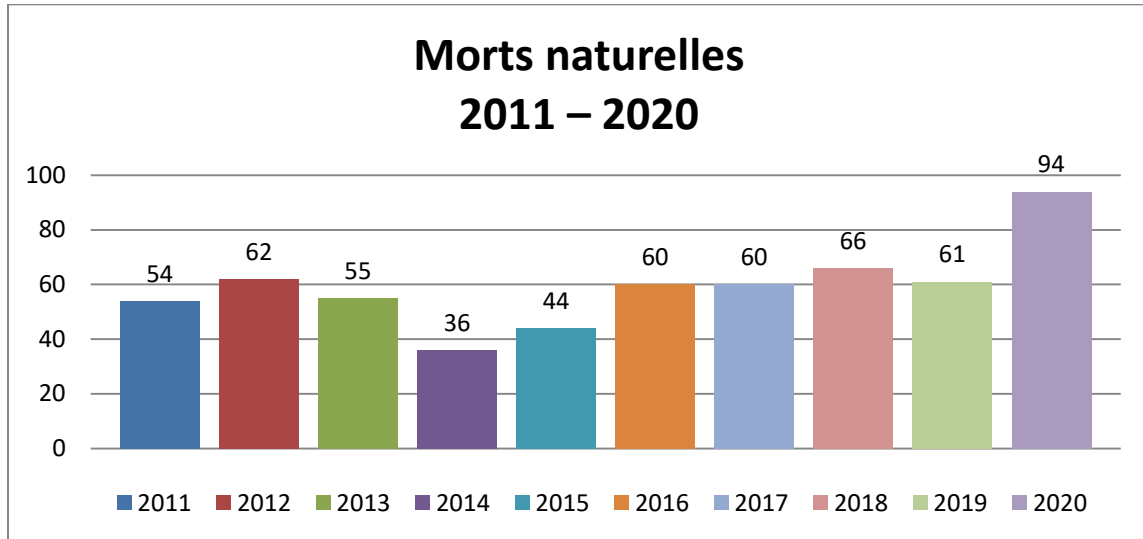
En moyenne, 98 cas ont été signalés au Service du coroner chaque année.

COMPARAISON DU NOMBRE DE CAS



COMPARAISON DES DÉCÈS NATURELS 2011 - 2020

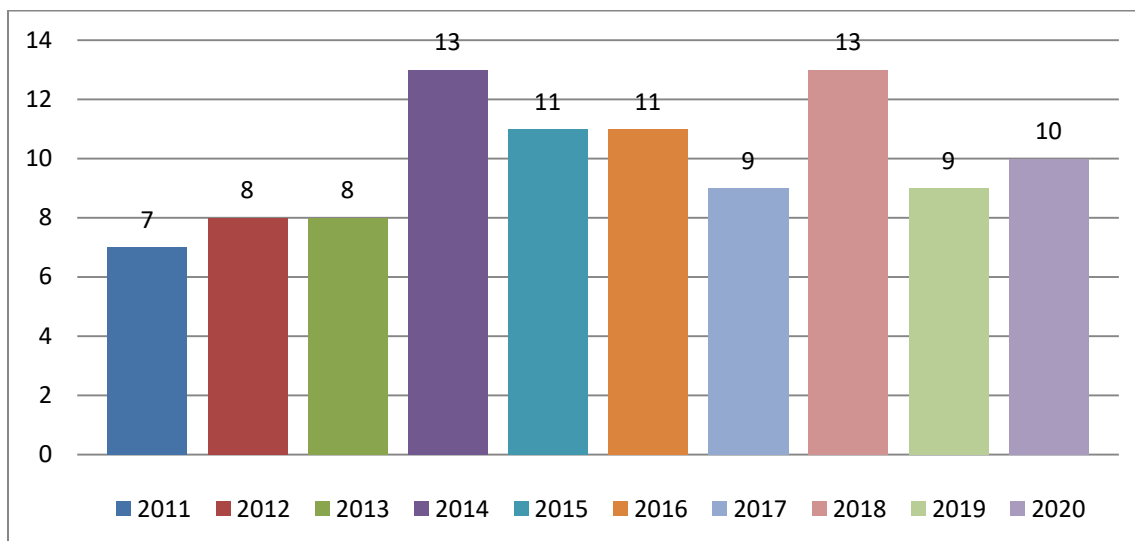
La catégorie des **CAUSES NATURELLES** couvre tous les décès résultant principalement d'une maladie du corps et non de blessures ou de facteurs environnementaux anormaux. Les morts naturelles représentaient 60 % de tous les décès signalés, avec une moyenne de 59 par année.



CAS SOUMIS ET NON SOUMIS AU CORONER

Les cas 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*. Ils doivent donc être « naturels ».

COMPARAISON DES DÉCÈS PAR SUICIDE 2011 - 2020



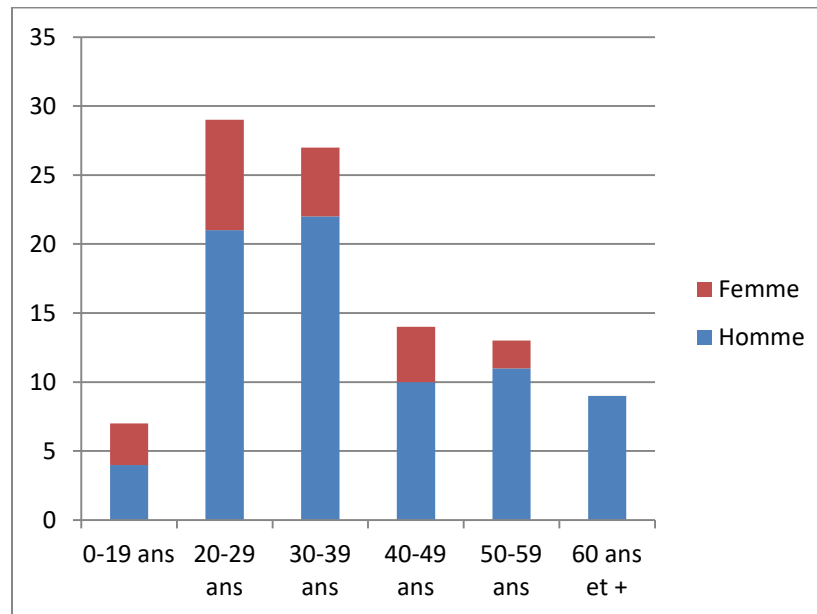
Le **SUICIDE** fait référence à tout décès causé par un traumatisme qu'une personne s'inflige à elle-même avec l'intention apparente de se donner la mort. Au cours de cette période d'examen, 99 décès par suicide ont été signalés, représentant 10 % de tous les décès. L'examen sur 10 ans révèle une tendance entre 8 et 11 décès par suicide chaque année. Toutefois, en 2014 et 2018, on accusait 13 suicides, contre 7 en 2011.

SUICIDES PAR MODE

Méthode	Total
Pendaison	41
Blessure par balle	37
Intoxication	11
Blessure par incision	4
Blessure au couteau	1
Asphyxie	1
Intoxication au monoxyde de carbone	1
Intoxication (autre)	1
Traumatisme par objet contondant	1
Noyade	1
Total	99

La méthode la plus courante est la pendaison (41 %) suivie des blessures par balle (37 %).

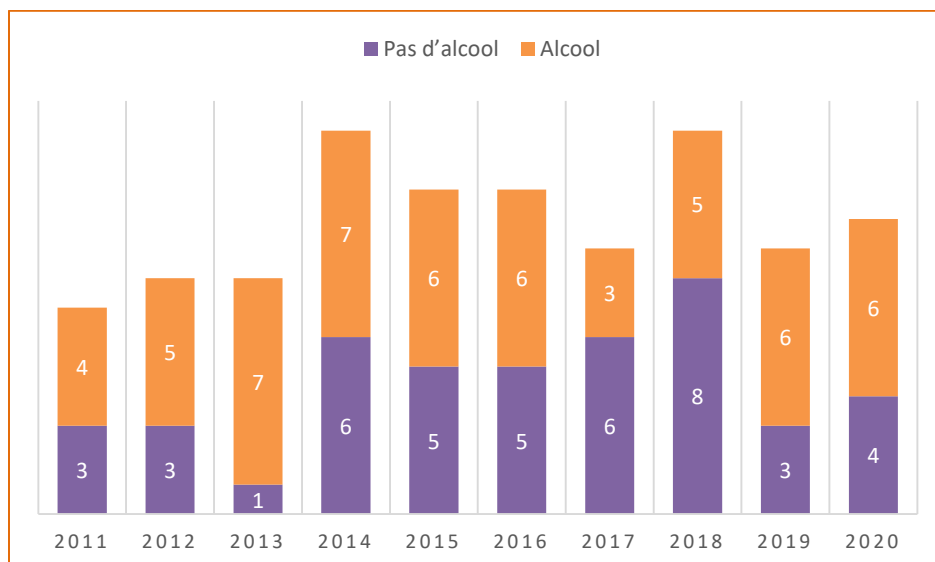
SUICIDES SELON L'ÂGE ET LE SEXE



Groupe d'âge	Homme	Femme	Total
0 à 19 ans	4	3	7
20 à 29 ans	21	8	29
30 à 39 ans	22	5	27
40 à 49 ans	10	4	14
50 à 59 ans	11	2	13
Plus de 60	9	0	9
Total	77	22	99

La majorité des cas de suicide étaient des hommes (78 %). La plupart des cas étaient âgés de 20 à 39 ans.

DÉCÈS PAR SUICIDE AVEC PRÉSENCE D'ALCOOL



Selon l'examen décennal, le plus grand nombre suicides avec présence d'alcool comme facteur contributif a eu lieu en 2013, année où 7 cas sur 8 impliquaient de l'alcool. Sur les 99 suicides survenus sur la période de 10 ans, l'alcool était présent dans 55 cas (56 %).

SUICIDES PAR MOIS

Mois	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Janvier				1	1			2	1	1	6
Février	1	1		1	2		2		1		8
Mars			1		1	1	2	1		1	7
Avril					1	1	1	1	1	2	7
Mai	1		2	3	2	2	2	4	2		18
Juin		1		1	1		1			1	5
Juillet	1			1	3	2	1			3	11
Août		2	2	3		1		1	2		11
Septembre						2		2	1	1	6
Octobre		2	2	1						1	6
Novembre	1	1		1		1		1	1		6
Décembre	3	1	1	1		1		1			8
Total	7	8	8	13	11	11	9	13	9	10	99

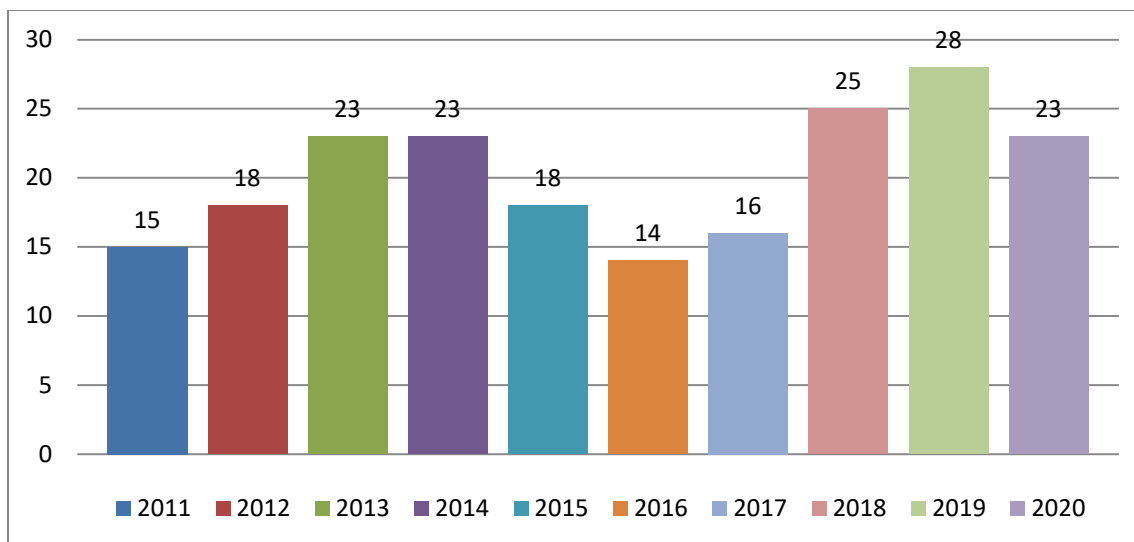
L'examen décennal a révélé que le plus grand nombre de suicides s'est produit en mai.

SUICIDES PAR RÉGION

Région	Total
Beaufort-Delta	33
Sahtú	5
Région du Dehcho	12
Slave Nord	34
Slave Sud	15
Total	99

La plupart des suicides se sont produits dans la région du Slave Nord, suivie de la région du Beaufort-Delta. C'est le Sahtú qui a enregistré le moins de suicides entre 2011 et 2020.

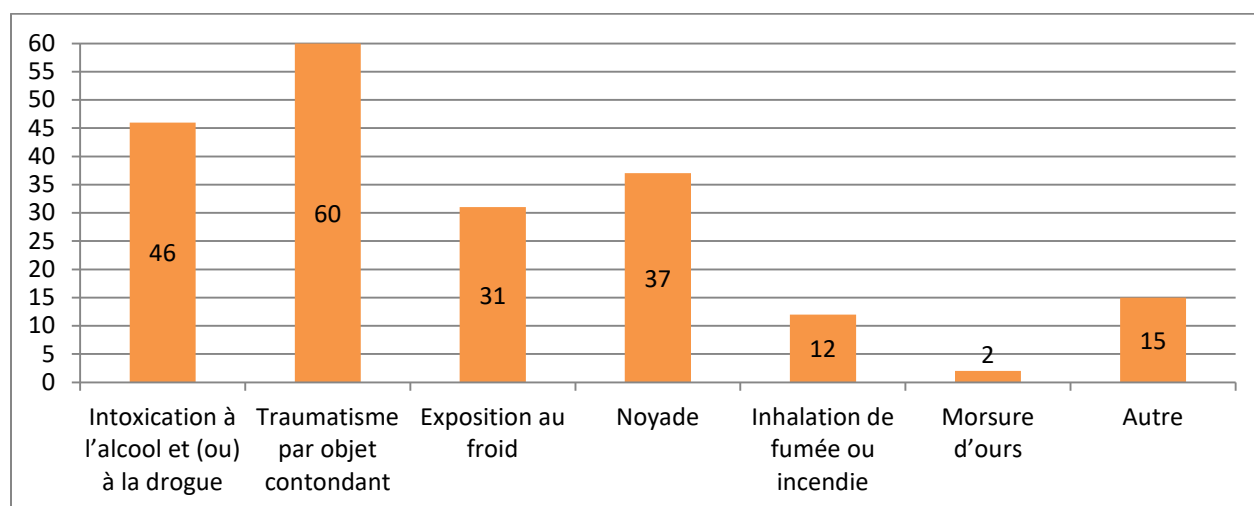
COMPARAISON DES DÉCÈS ACCIDENTELS 2011 – 2020



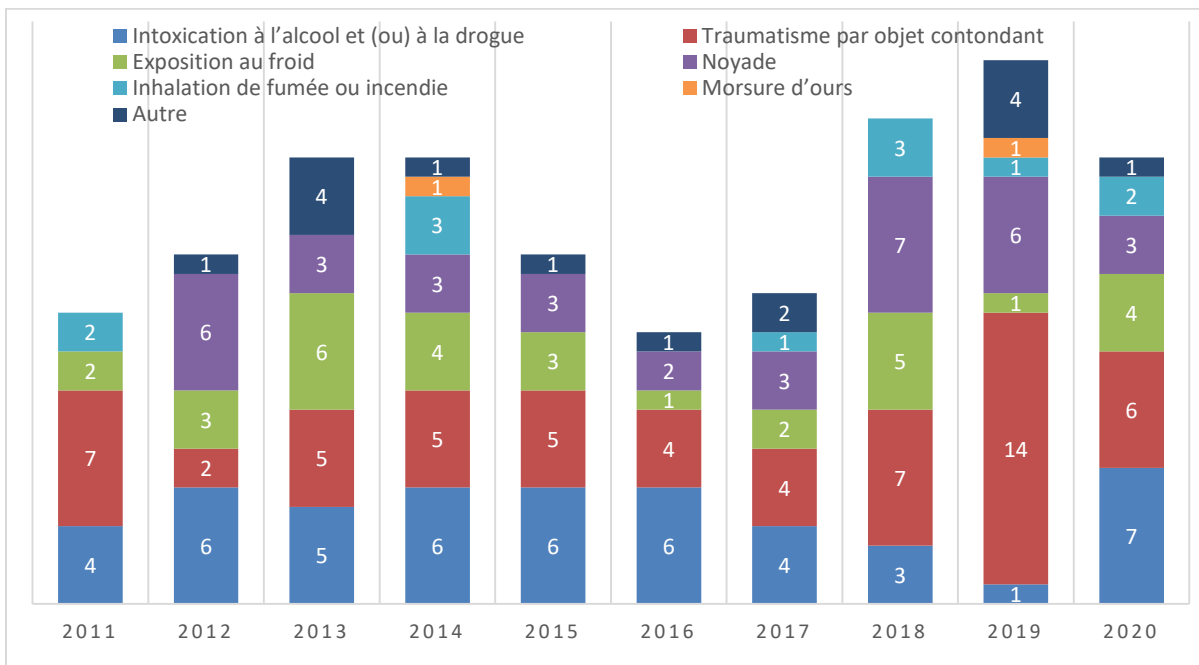
La catégorie des **DÉCÈS ACCIDENTELS** couvre tous les décès accidentels, y compris les incidents de véhicules automobiles où il n'y a pas d'intention évidente de causer la mort. Elle comprend tout décès découlant d'une ou de plusieurs actions d'une personne qui l'ont conduite à sa mort non intentionnelle, ou la mort de toute personne causée par un facteur non humain.

Les décès accidentels représentaient 21 % de tous les décès signalés entre 2011 et 2020, avec une moyenne de 20 cas par année. La majorité d'entre eux étaient des traumatismes par objet contondant (29,5 %).

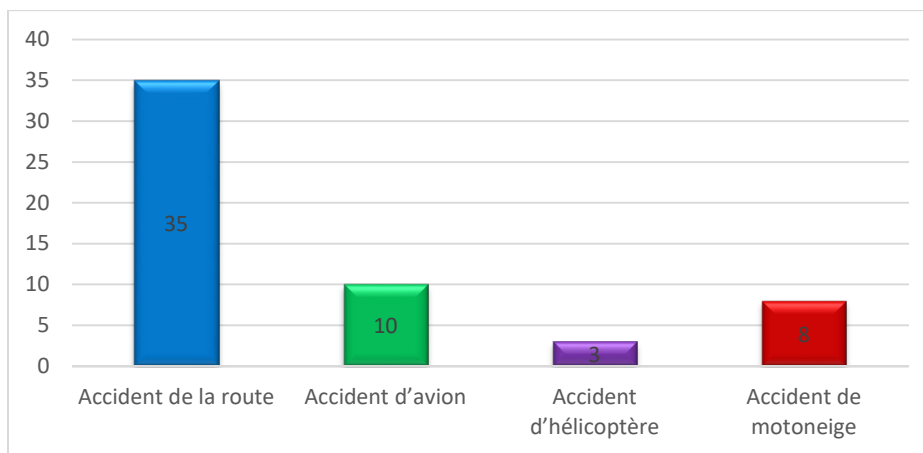
DÉCÈS ACCIDENTEL PAR MODE



COMPARAISON DES DÉCÈS ACCIDENTELS PAR MODE ET PAR ANNÉE



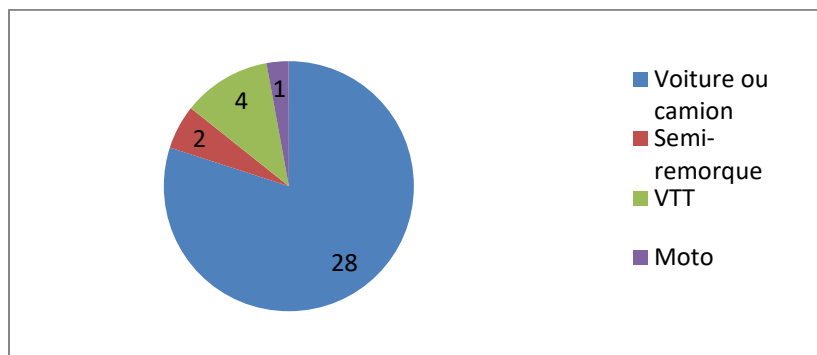
Autres décès accidentels : étouffement, complications à la suite d'une opération, suffocation, asphyxie, empoisonnement au monoxyde de carbone, autre type d'intoxication, électrocution.



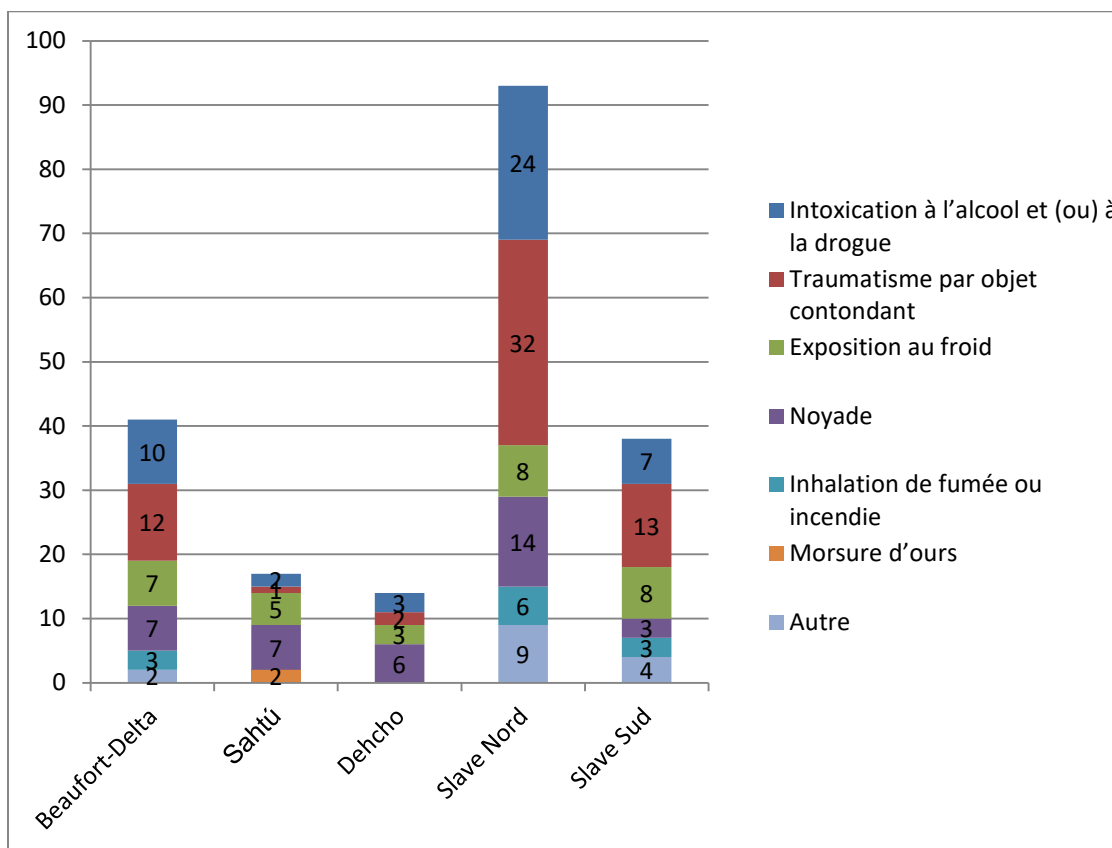
Sept décès par objet contondant et trois noyades ont été causés par des accidents d'avion et trois décès par exposition au froid ont été causés par un accident d'hélicoptère.

Au total, huit personnes ont péri en motoneige; deux se sont noyées en passant à travers la glace. Sept des huit décès en motoneige étaient liés à l'alcool.

On dénombre au total trente-quatre incidents liés à des véhicules automobiles. Quatre ont causé la mort de piétons et quatre impliquaient des VTT. Sur les trente-quatre décès dus à ces incidents, trente ont été des morts brutales et quatre ont été des noyades. L'alcool était présent dans 23 de ces décès.



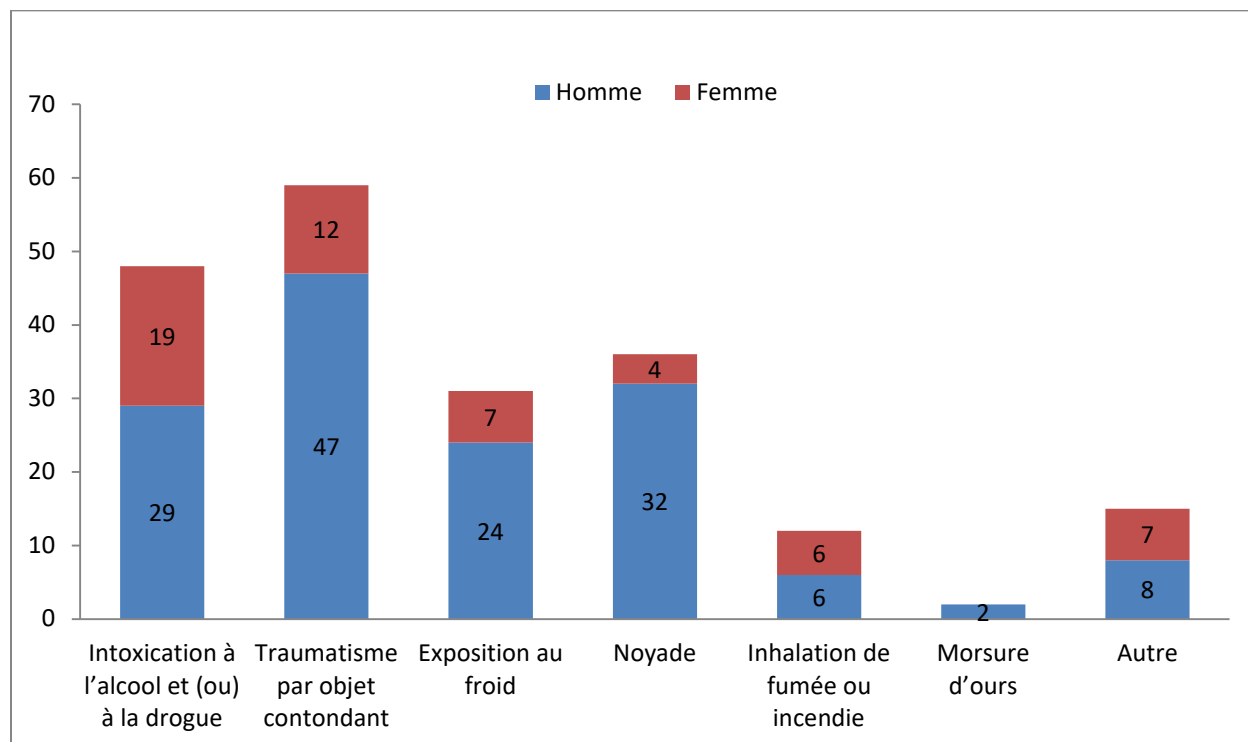
DÉCÈS ACCIDENTELS PAR MODE ET PAR RÉGION



La plupart des décès accidentels se sont produits dans la région du Slave Nord, qui accuse 93 décès; vient ensuite le Beaufort-Delta, avec 41 décès. Avec 14 cas, la région du Dehcho

affichait le plus faible nombre de décès accidentels signalés entre 2011 et 2020, suivie de la région du Sahtú avec 17 décès.

DÉCÈS ACCIDENTELS PAR MODE ET PAR SEXE

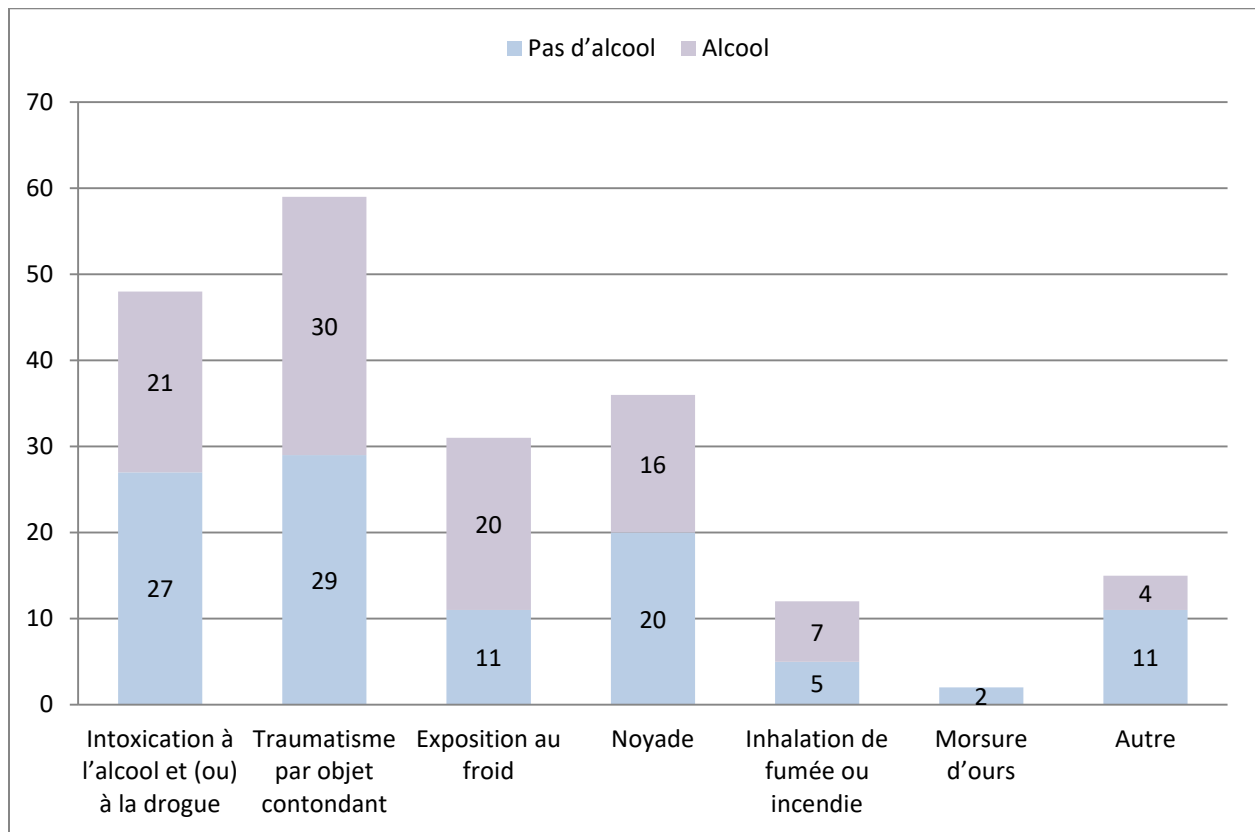


DÉCÈS ACCIDENTELS PAR ÂGE ET PAR SEXE

Groupe d'âge	Homme	Femme	Total
0 à 19 ans	10	6	16
20 à 29 ans	28	12	40
30 à 39 ans	28	5	33
40 à 49 ans	21	8	29
50 à 59 ans	32	12	44
Plus de 60	29	12	41
Total	148	55	203

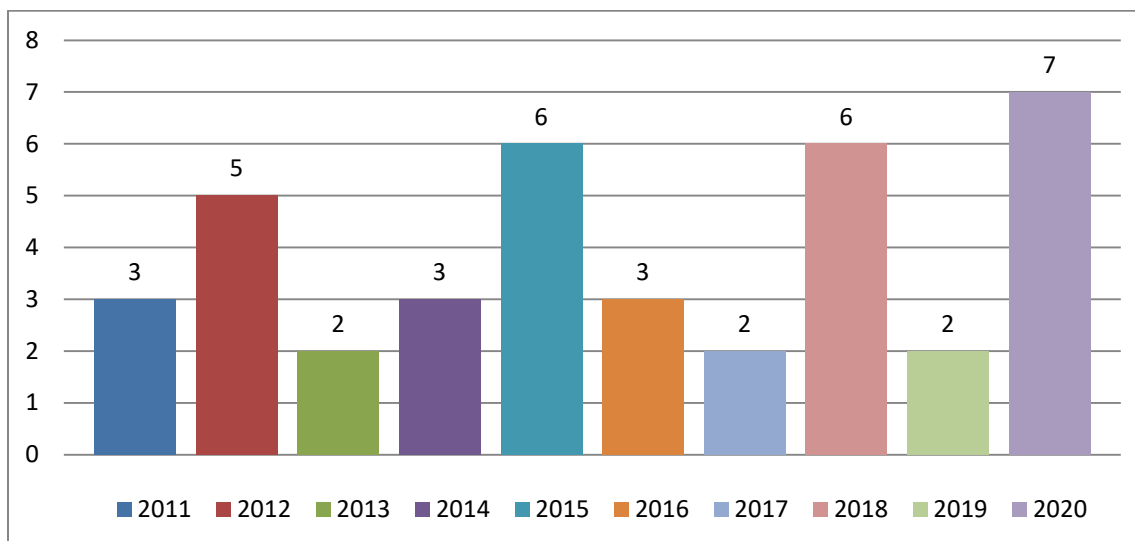
La majorité des cas de décès accidentels étaient des hommes (73 %).

DÉCÈS ACCIDENTELS AVEC PRÉSENCE D'ALCOOL



L'alcool était présent dans 98 cas (48 %) des 203 décès accidentels. L'alcool a été le plus souvent observé dans les cas de décès par objet contondant, puis dans les cas de décès par exposition au froid.

COMPARAISON DES HOMICIDES 2011 – 2020



La catégorie des **HOMICIDES** comprend tout décès résultant de blessures entraînées directement ou indirectement par les actions d'une autre personne (à l'exception des accidents non intentionnels de véhicules automobiles). Il s'agit d'un terme neutre qui ne signifie pas qu'il y ait blâme ou faute.

Les homicides représentaient 4 % de tous les décès signalés, avec une moyenne de 4 cas par année. La plupart étaient causés par des blessures au couteau (38 %) et des traumatismes contondants (36 %).

Sur les 39 cas d'homicide, 17 étaient des cas de violence familiale. Dix d'entre eux étaient des cas de violence conjugale.

HOMICIDES PAR MODE

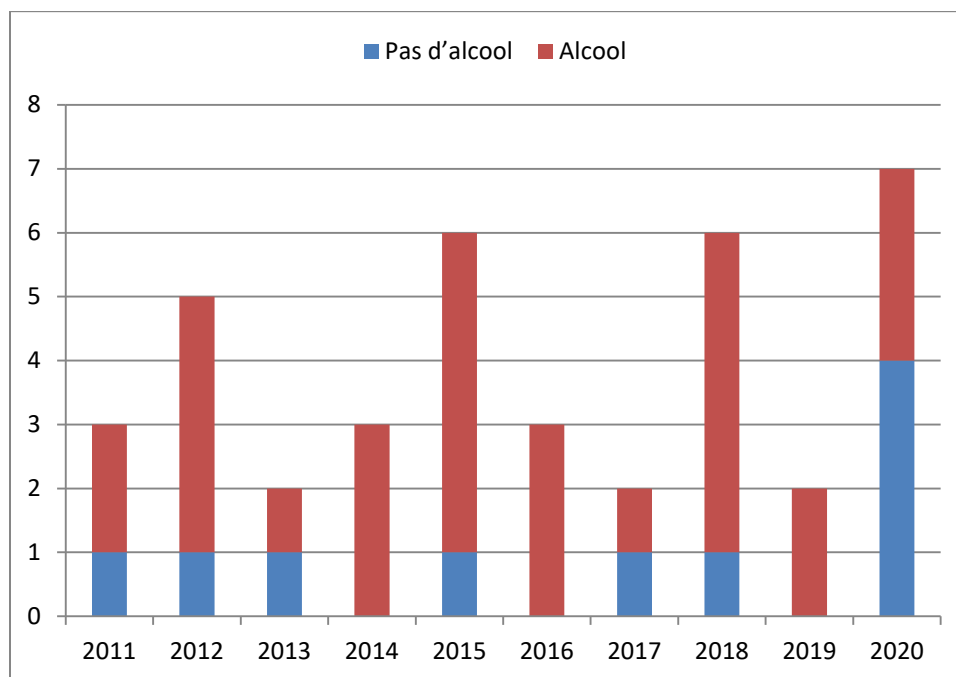
Cause	Total
Traumatisme contondant	14
Blessure au couteau	15
Blessure par balle	3
Étranglement/Asphyxie	4
Autre	3
Total	39

HOMICIDES PAR ÂGE ET SEXE

Groupe d'âge	Homme	Femme	Total
0 à 19 ans	0	2	2
20 à 29 ans	7	3	10
30 à 39 ans	9	1	10
40 à 49 ans	5	4	9
50 à 59 ans	1	1	2
Plus de 60 ans	4	2	6
Total	26	13	39

La majorité des victimes d'homicides étaient des hommes (67 %), et 51 % d'entre eux avaient entre 20 et 39 ans.

HOMICIDES AVEC PRÉSENCE D'ALCOOL



L'examen toxicologique a démontré que l'alcool était présent dans 29 des 39 homicides (soit dans 74 % des cas).

HOMICIDES PAR MOIS

Jour	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Janvier				1							1
Février	1				1						2
Mars				1		1				1	3
Avril					1	1		1	1	1	5
Mai										1	1
Juin		3			1			1		1	6
Juillet								1			1
Août			1					1		1	3
Septembre		1	1		1		1		1	1	6
Octobre					1			1		1	3
Novembre	1				1			1			3
Décembre	1	1		1		1	1				5
Total	3	5	2	3	6	3	2	6	2	7	39

L'examen décennal révèle que le plus grand nombre d'homicides s'est produit en juin et en septembre (six décès au cours de chacun des deux mois), puis en avril et en décembre (cinq décès au cours de chacun des deux mois). Ces quatre mois regroupent 56 % des homicides.

HOMICIDES PAR RÉGION

Région	Total
Beaufort-Delta	6
Sahtú	3
Dehcho	3
Slave Nord	15
Slave Sud	12
Total	

38 % des décès par homicide se sont produits dans la région du Slave Nord, où l'on dénombre 15 décès.

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 également sa gratitude aux coroners qui font preuve d'un dévouement et d'un professionnalisme sans faille, souvent dans des conditions très difficiles.