



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

NORTHWEST TERRITORIES CORONER SERVICE

2019 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
2019 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.....	15
Report and Certificate of Coroner	15
Inquests.....	15
Appendix “A”: Summary of Selected Coroner Reports Containing Recommendations	17
Appendix “B”: Summary of Coroner’s Inquest	18
Case # 1	19
Expressions of Appreciation	21

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, 2019 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 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.)

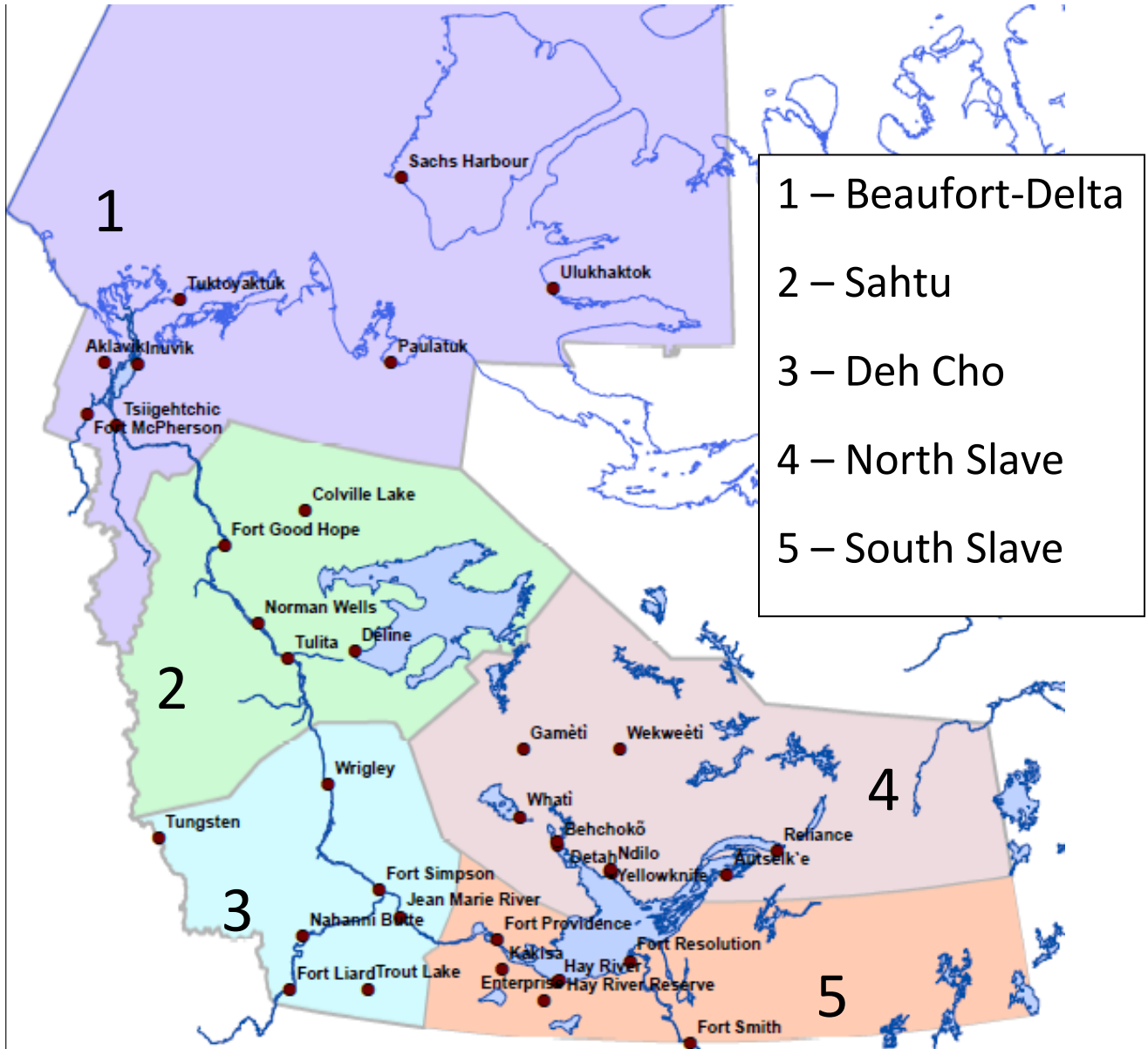
UNDETERMINED - A death that cannot be classified into one of the above categories is simply classified as "undetermined".

(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

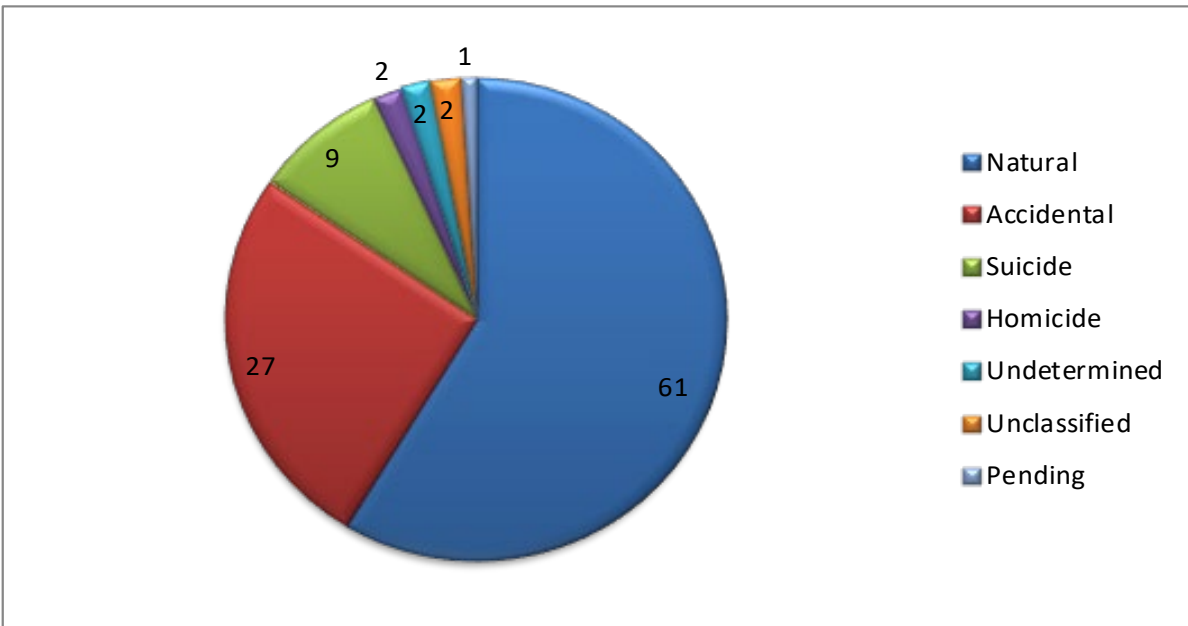


Obtained from http://www.enr.gov.nt.ca/_live/documents/content/Administrative_regions.pdf

2019 CASE STATISTICS

TOTAL CASES

Total Cases			
Manner of Death	Number *	Cases %	Population % **
Natural	61	58.65%	0.1359%
Accidental	27	25.96%	0.0601%
Suicide	9	8.65%	0.0200%
Homicide	2	1.92%	0.0045%
Undetermined	2	1.92%	0.0045%
Unclassified	2	1.92%	N/A
Pending	1	0.96%	0.0045%
Total	104	100%	0.2317%



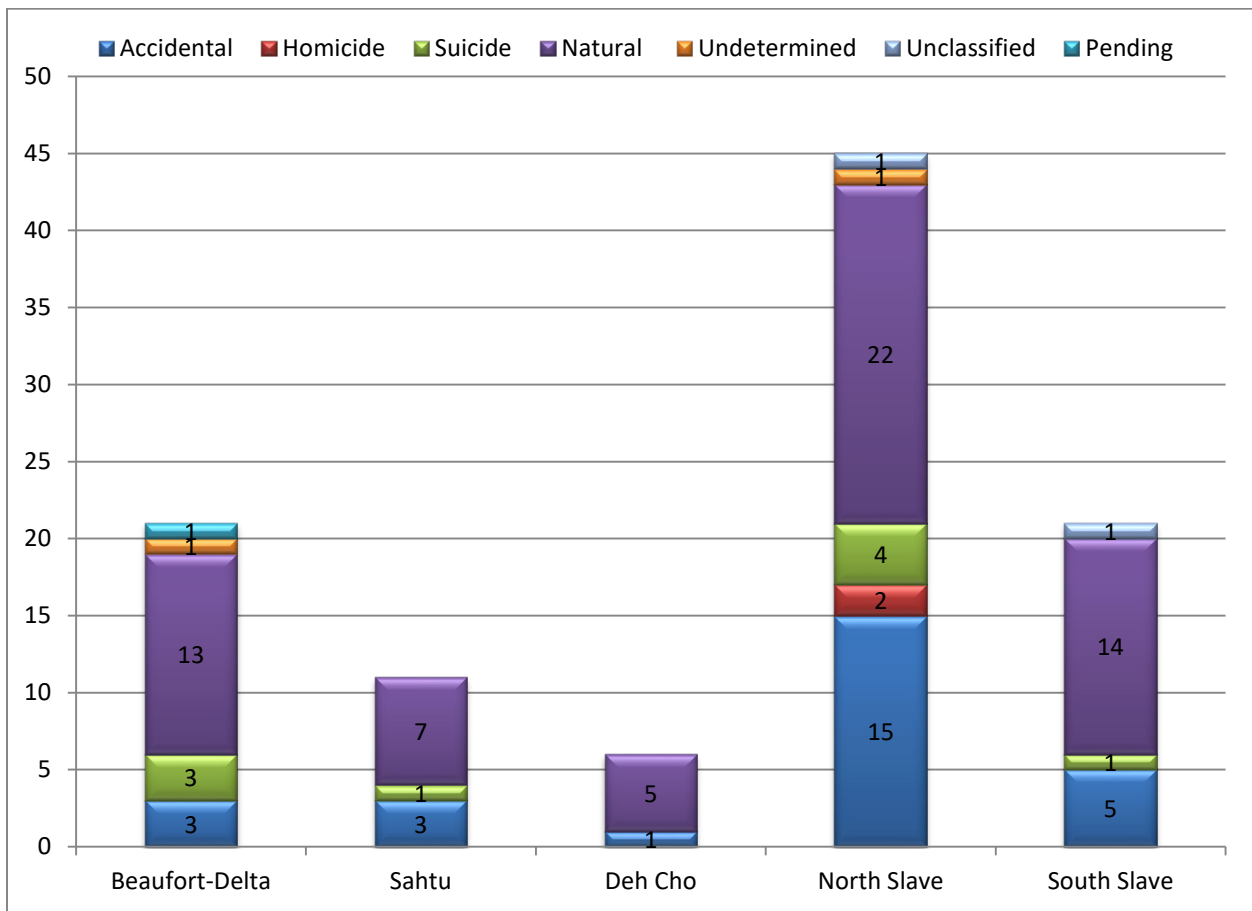
Unclassified cases are not represented in the population figures since they are non-human in origin. In 2019, two cases were determined to be unclassified.

*The NWT Coroner Service assisted with four Alberta deaths.

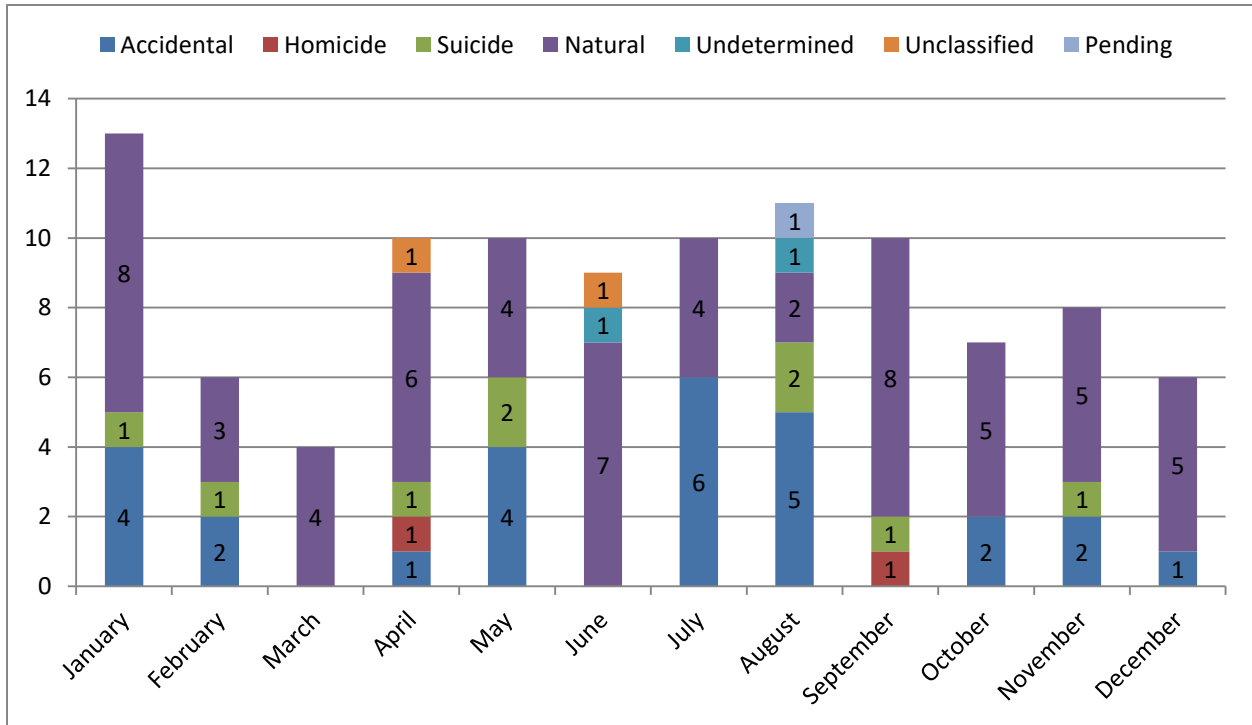
** Based on an NT population estimate of 44,895 retrieved July 24, 2020 at <http://www.statsnwt.ca/population/population-estimates/>

CASELOAD BY MANNER AND REGION

Region	Accidental	Homicide	Suicide	Natural	Undetermined	Unclassified	Pending	Total
Beaufort-Delta	3		3	13	1		1	21
Sahtu	3		1	7				11
Deh Cho	1			5				6
North Slave	15	2	4	22	1	1		45
South Slave	5		1	14		1		21
Total	27	2	9	61	2	2	2	104



CASELOAD BY MANNER AND MONTH

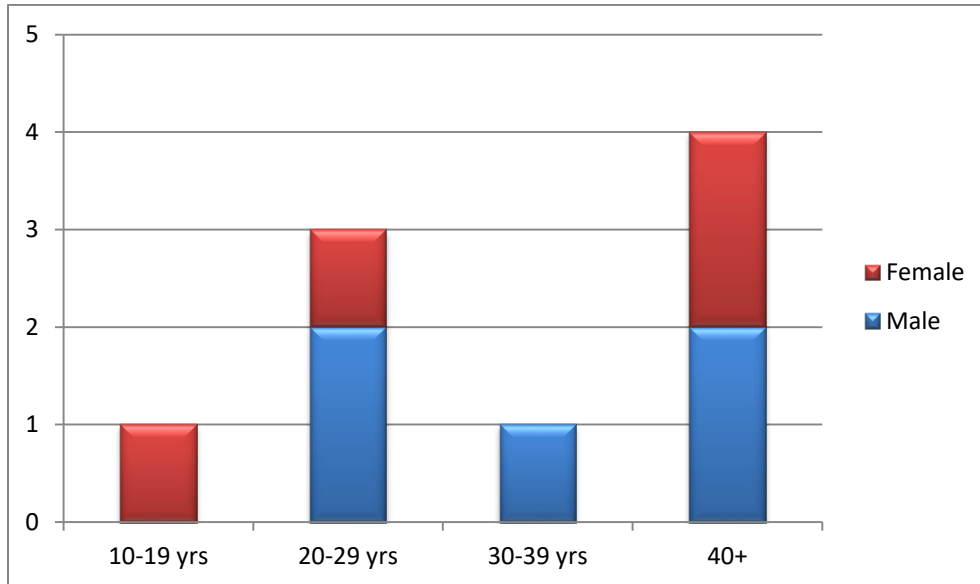


Month	Accidental	Homicide	Suicide	Natural	Undetermined	Unclassified	Pending	Total
January	4		1	8				13
February	2		1	3				6
March				4				4
April	1	1	1	6		1		10
May	4		2	4				10
June				7	1	1		9
July	6			4				10
August	5		2	2	1		1	11
September		1	1	8				10
October	2			5				7
November	2		1	5				8
December	1			5				6
Total	27	2	9	61	2	2	1	104

SUICIDE

BY GENDER AND AGE

Age Group	Male	Female	Total
10-19 years		1	1
20-29 years	2	1	3
30-39 years	1		1
40 + years	2	2	4
Total	5	4	9

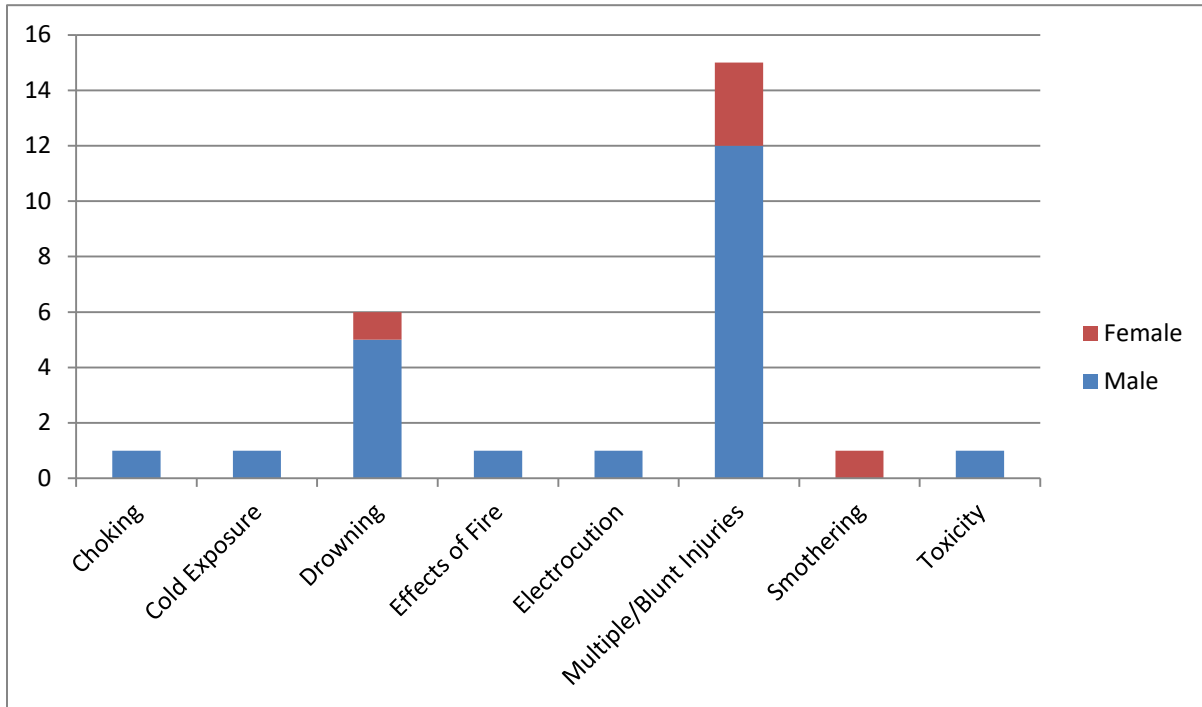


In 2019 there were nine suicides; five males and four females. Toxicology examination confirmed the presence of alcohol and/or drugs in eight of the nine suicides.

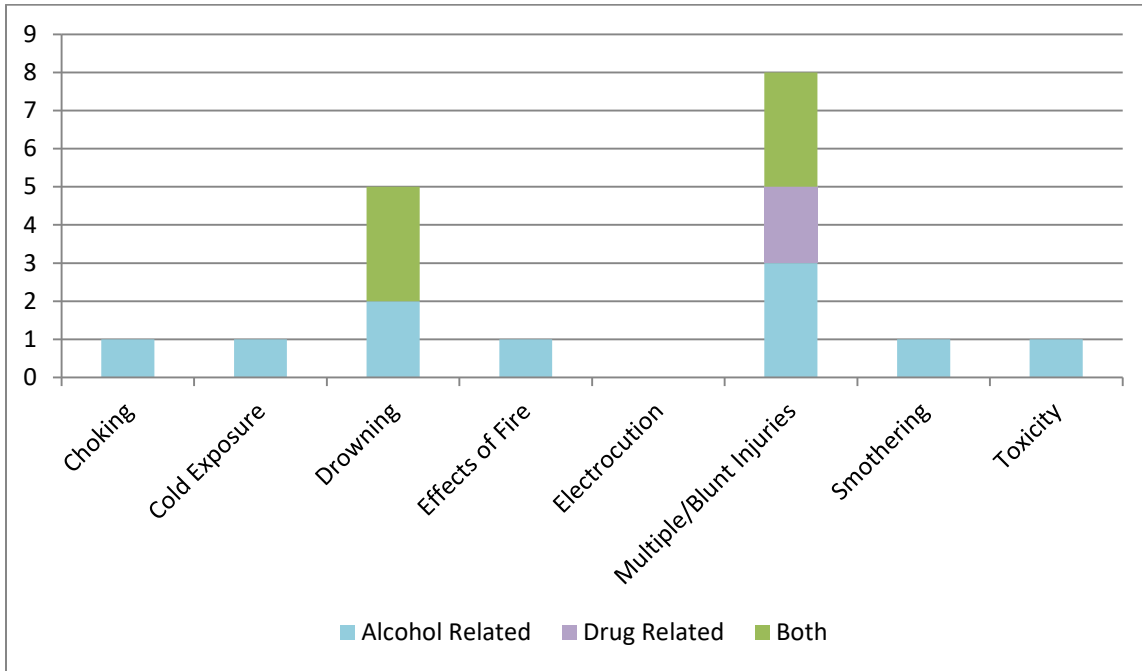
ACCIDENTAL BY CAUSE AND GENDER

Cause of Death	Male	Female	Total
Choking	1		1
Cold Exposure	1		1
Drowning	5	1	6
Effects of Fire	1		1
Electrocution	1		1
Multiple/Blunt Injuries	12	3	15
Smothering		1	1
Toxicity	1		1
Totals	22	5	27

Accidental deaths accounted for 25.96% of reported deaths in 2019. The majority of accidental deaths were males (22 of 27 or 81%), and 18 were alcohol and/or drug related (18 of 27 or 67%).



ACCIDENTAL Cont'd



HOMICIDE

BY AGE AND GENDER

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

HOMICIDE Cont'd

BY REGION

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

In 2019, there were two homicides. Homicides accounted for 1.92% 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, 2019, 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. On October 1, 2019, an amendment was made to the coroner legislation, changing the name of the Report and Certificate of Coroner to 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 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 2019)

THERE WERE NO CORONER REPORTS CONTAINING RECOMMENDATIONS FOR 2019.

APPENDIX “B”
SUMMARY OF CORONER’S INQUESTS

CASE # 1

Verdict of Coroner's Jury

Deceased:	Richard Binder Jr.
Date and time of Death:	October 25 to November 3, 2018
Place of Death:	68 Degrees 21'11.8"N 133 Degrees 44'54.0"W
Cause of Death:	Hypothermia
Manner of Death:	Accidental

Circumstances under which death occurred:

On the evening of October 25, 2018, members of the Royal Canadian Mounted Police responded to a residence in Inuvik, Northwest Territories for reports of a disturbance. At some point after their arrival, Royal Canadian Mounted Police members told Mr. Richard Binder Jr. that he was under arrest, at which point he fled on foot down Navy Road towards Franklin Road. An officer briefly pursued Mr. Richard Binder Jr. on foot, but abandoned the chase shortly after and returned to attend Mr. Richard Binder Jr.'s girlfriend who was injured. Police members transported the injured woman to the Inuvik Regional Hospital. Police then went to speak to Mr. Richard Binder Jr.'s family and determined that he had not returned home. Members of the Royal Canadian Mounted Police searched the community over the next two days and continued to respond to tips from community members. Numerous tips were received but there were no confirmed sightings. On October 28, 2018, Richard Binder Jr.'s family reported him missing. On November 3, 2018 two snowmobilers found a body lying on a trail between Mackenzie River and Big Lake and reported it to police. Members of the Royal Canadian Mounted Police responded to the scene and found a deceased individual wearing a light hooded sweatshirt, jeans, shirt, socks and shoes.

RECOMMENDATIONS:

Royal Canadian Mounted Police:

1. The Royal Canadian Mounted Police "G" Division will ensure that a public education campaign to communicate that reporting of a missing person can happen immediately as there is no waiting period for reporting a missing person.

2. The Royal Canadian Mounted Police will make best efforts to make available and promote search and rescue training to community members wishing to volunteer to assist with search efforts.
3. The Royal Canadian Mounted Police will make best efforts to review procedures when dealing with a flight risk individual.
4. The Royal Canadian Mounted Police “G” Division will, within the next year, make best efforts to ensure that members are aware of the missing persons policies contained in the “G” Division Operational Manual Chapter 37.3.
5. The Royal Canadian Mounted Police “G” Division will make best efforts to ensure officers at all detachments in the territory are aware of the availability of the police dog services located in Yellowknife for telephone consultation and are familiar with the use of this asset for investigative purposes.
6. The Royal Canadian Mounted Police “G” Division should consider making the online missing persons investigations course a mandatory course for all members in the territory.
7. The Royal Canadian Mounted Police “G” Division will make best efforts to continue to make available and promote access to educational resources for members, including training opportunities, on missing persons investigations as well as search and rescue.
8. The Royal Canadian Mounted Police “G” Division will review “G” Division Operational Manual Chapter 37.1 Search and Rescue Section 2.4.8 and clarify the use and necessity of the search urgency form.
9. The Royal Canadian Mounted Police “G” Division will, depending on the specific circumstances of the investigation, make best efforts to ensure that one or two officers are assigned to update family members during a missing persons investigation.
10. The Royal Canadian Mounted Police “G” Division will make best efforts to increase search and rescue resources available to the Inuvik detachment.
11. The Royal Canadian Mounted Police “G” Division should establish guidelines for how to weigh the value of unconfirmed sightings of an individual who is evading police and the past history and behaviour of that individual as shared by persons close to that individual.
12. The Royal Canadian Mounted Police “G” Division will review media release guidelines related to individuals who are missing and also wanted on arrest warrant to ensure that all information about the missing person is made available to the public.

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 2019

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	3
Histoire du Service du coroner	4
Éducation	5
Mode de décès.....	5
Déclaration des décès conformément à la <i>Loi sur les coroners</i> –	6
Régions des TNO	8
Statistiques 2019	9
Nombre de décès par mode et par région	10
Nombre de décès par mode et par mois	11
Suicides	12
Décès accidentels.....	13
Homicides	14
Nominations au Service du coroner	15
Conclusions des enquêtes du coroner.....	16
Rapport et certificat du coroner	16
Enquêtes	16
Annexe A : Résumé des rapports de coroner contenant des recommandations	18
Annexe B : Résumé des enquêtes publiques	19
Cas n ^o 1	20
Remerciements	22

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 2019, 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 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'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.

ÉDUCATION

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

MODE DE DÉCÈS

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

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

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

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

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

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

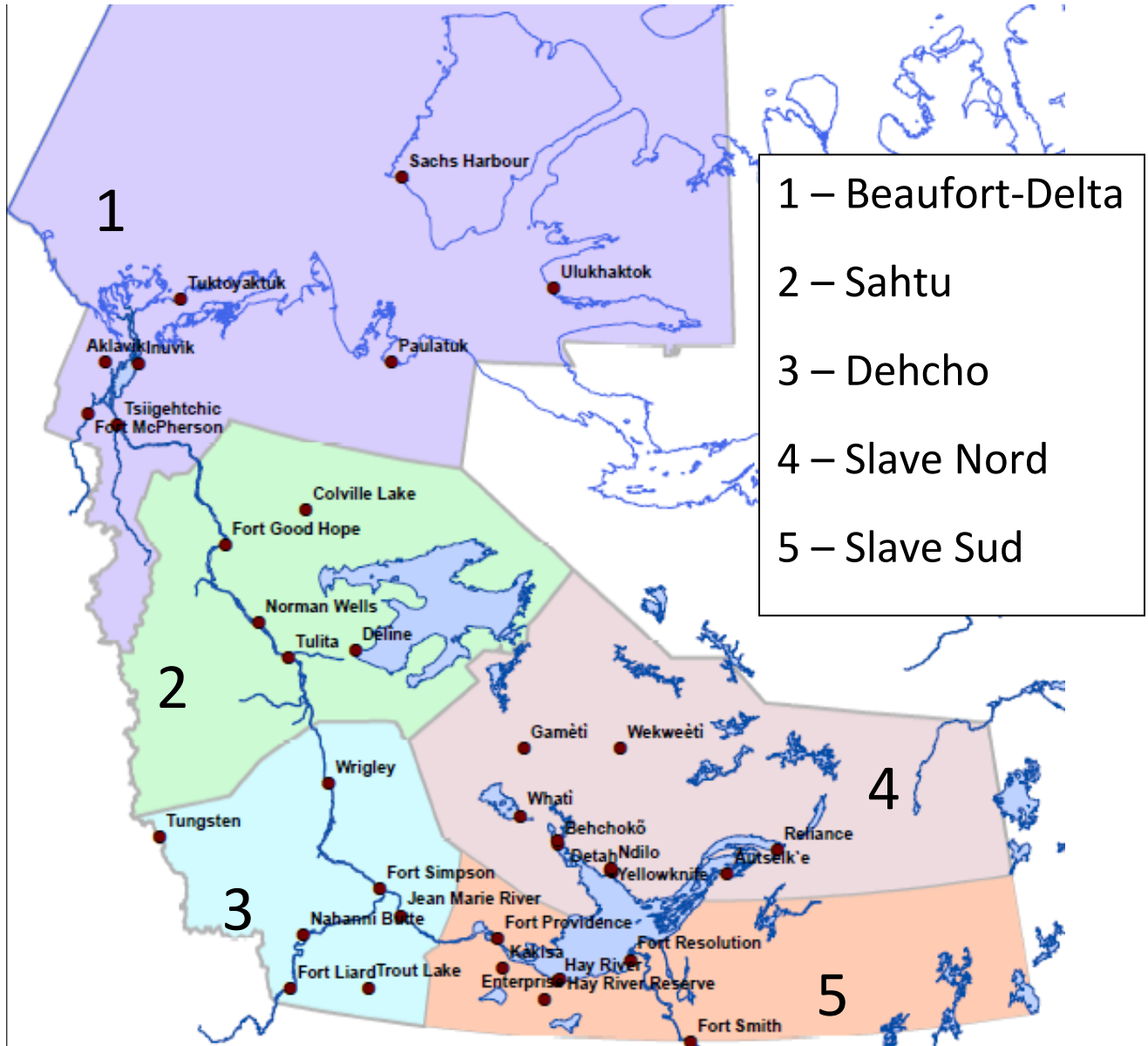
(La catégorie « NON CLASSÉ » est réservée aux cas qui, en fin de compte, ne peuvent être classés d'aucune autre façon. On l'utilise principalement pour les fragments de corps qui ont été trouvés, analysés, et jugés d'origine non humaine.)

DÉCLARATION DES DÉCÈS CONFORMÉMENT À LA LOI SUR LES CORONERS

- Obligation de signaler 8.(1) Toute personne signale immédiatement à un coroner ou à un policier un décès dont elle a connaissance et qui se produit aux Territoires du Nord-Ouest ou par suite d'événements qui se produisent aux Territoires du Nord-Ouest lorsque le décès survient :
- (a) par suite de l'apparence d'un acte de violence, d'un accident, d'un suicide ou d'une autre cause qui n'est ni la maladie, ni la vieillesse, ni l'aide médicale à mourir fournie conformément à l'article 241.2 du Code criminel;
 - (b) par suite de négligence, de mauvaise conduite ou de négligence professionnelle apparente;
 - (c) soudainement et inopinément au moment où le défunt paraissait en bonne santé;
 - (d) dans les 10 jours d'un acte médical ou au moment où le défunt est sous anesthésie ou pendant la période du réveil;
 - (e) suite à, ou dans le cadre de, son emploi ou de son occupation, et par suite, selon le cas :
 - (i) d'une maladie contractée par le défunt,
 - (ii) d'une blessure subie par le défunt,
 - (iii) de l'exposition du défunt à une substance toxique; du fait ou dans le cadre de son emploi ou de son occupation;
 - (f) par mort à la naissance hors la présence d'un médecin;
 - (g) pendant que le défunt est détenu ou involontairement sous garde légale dans une prison, un lieu de détention provisoire, un établissement correctionnel, un établissement médical ou toute autre institution;
 - (h) pendant que le défunt est détenu par un policier ou est sous sa garde;
 - (i) pendant que le directeur des services à l'enfance et à la famille a les droits et les responsabilités d'un père ou d'une mère à l'égard de la personne du défunt en vertu de la Loi sur les services à l'enfance et à la famille.

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

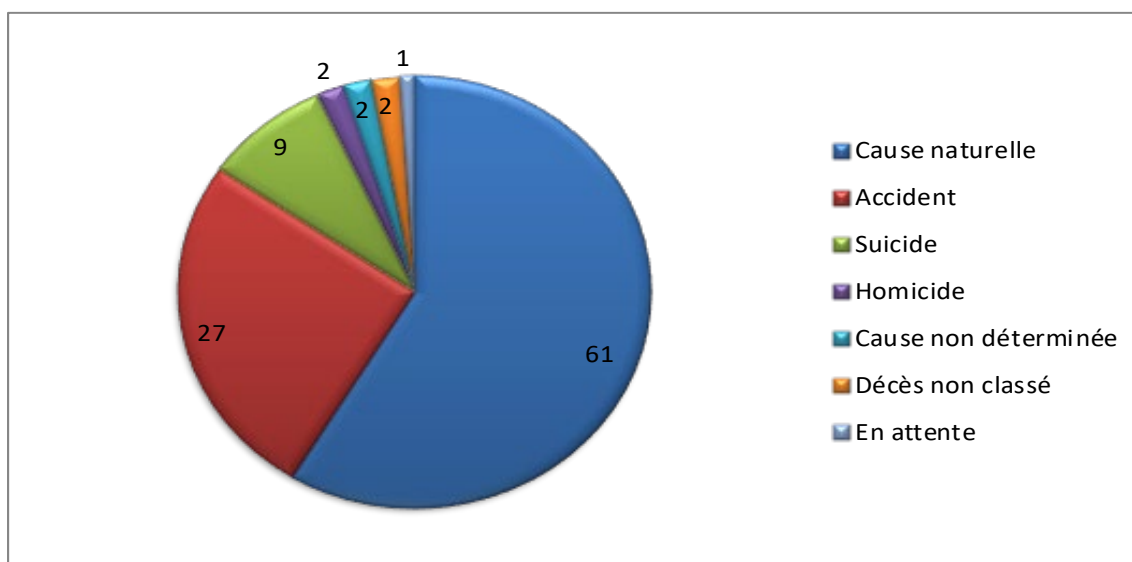


Source : http://www.enr.gov.nt.ca/_live/documents/content/Administrative_regions.pdf .

STATISTIQUES 2019

TOTAL DES CAS

Total des cas			
Mode de décès	Nombre *	Cas %	Population % **
Cause naturelle	61	58.65%	0.1359%
Accident	27	25.96%	0.0601%
Suicide	9	8.65%	0.0200%
Homicide	2	1.92%	0.0045%
Cause non déterminée	2	1.92%	0.0045%
Décès non classé	2	1.92%	S. O.
En attente	1	0.96%	0.0045%
Total	104	100%	0.2317%



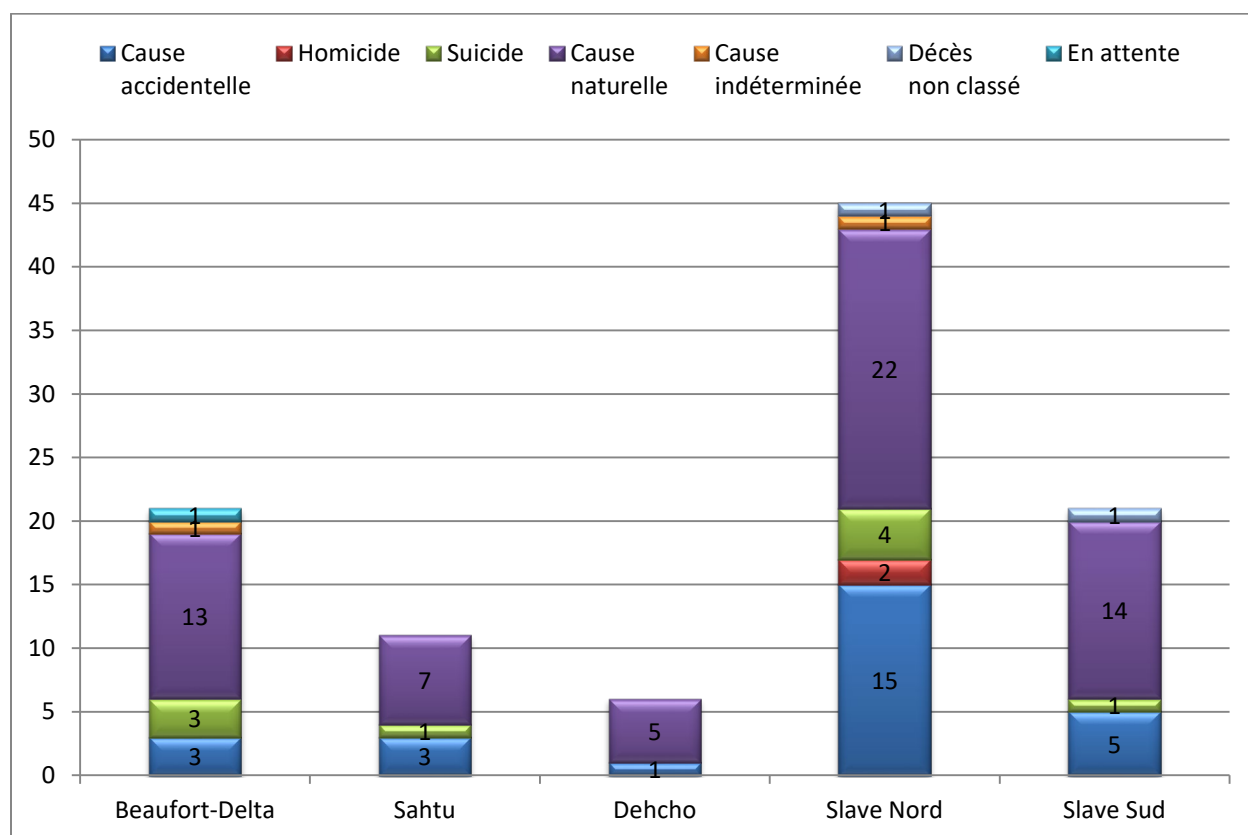
Les cas non classés ne sont pas pris en compte dans la colonne « % de la population », car il a été déterminé qu'ils n'étaient pas d'origine humaine. En 2019 deux cas ont été placés dans la catégorie des décès non classés.

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

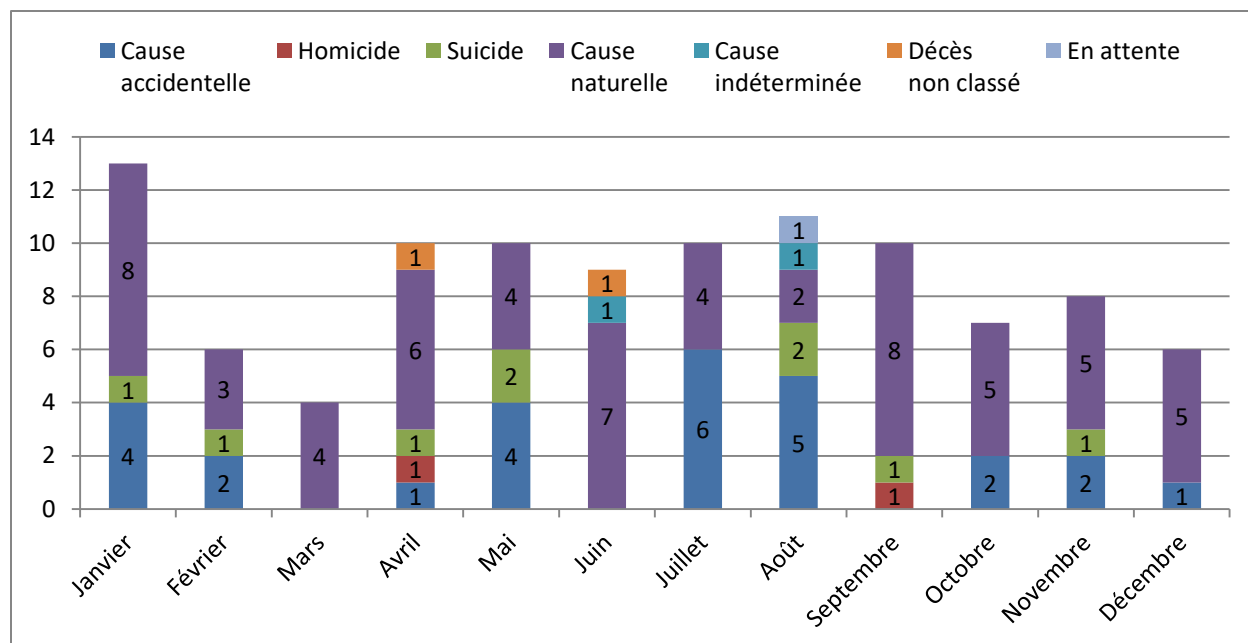
** Selon une population ténosé estimée à 44 895 habitants. Source (consultée le 24 juillet 2020) : <http://www.statsnwt.ca/population/population-estimates/>.

NOMBRE DE DÉCÈS PAR MODE ET PAR RÉGION

Région	Accidentel	Homicide	Suicide	Cause naturelle	Cause indéterminée	Décès non classé	En attente	Total
Beaufort-Delta	3		3	13	1		1	21
Sahtu	3		1	7				11
Dehcho	1			5				6
Slave Nord	15	2	4	22	1	1		45
Slave Sud	5		1	14		1		21
Total	27	2	9	61	2	2	2	104



NOMBRE DE DÉCÈS PAR MODE ET PAR MOIS

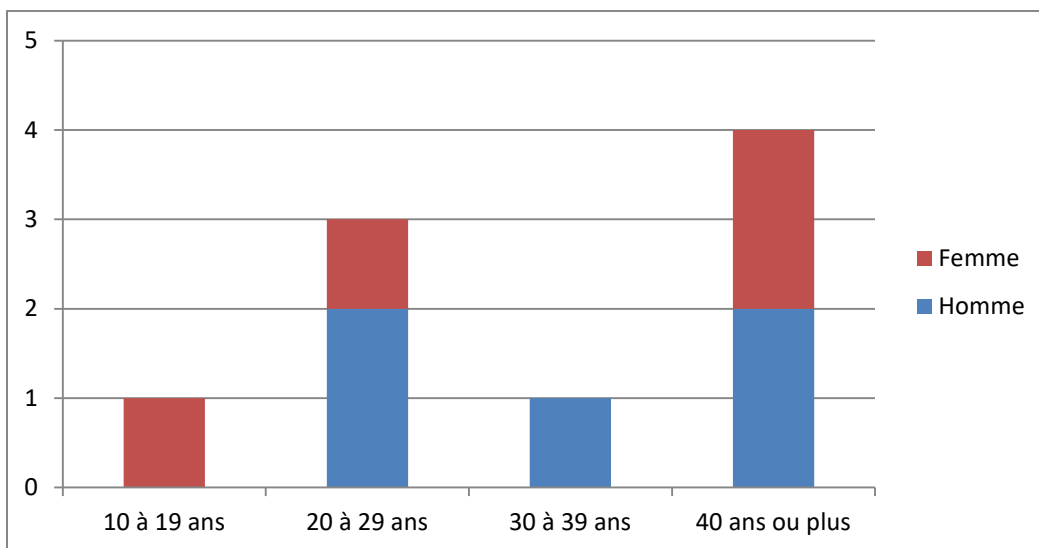


Mois	Accident	Homicide	Suicide	Cause naturelle	Cause indéterminée	Décès non classé	En attente	Total
Janvier	4		1	8				13
Février	2		1	3				6
Mars				4				4
Avril	1	1	1	6		1		10
Mai	4		2	4				10
Juin				7	1	1		9
Juillet	6			4				10
Août	5		2	2	1		1	11
Septembre		1	1	8				10
Octobre	2			5				7
Novembre	2		1	5				8
Décembre	1			5				6
Total	27	2	9	61	2	2	1	104

SUICIDES

PAR SEXE ET PAR ÂGE

Groupe d'âge	Hommes	Femmes	Total
10 à 19 ans		1	1
20 à 29 ans	2	1	3
30 à 39 ans	1		1
40 ans et plus	2	2	4
Total	5	4	9

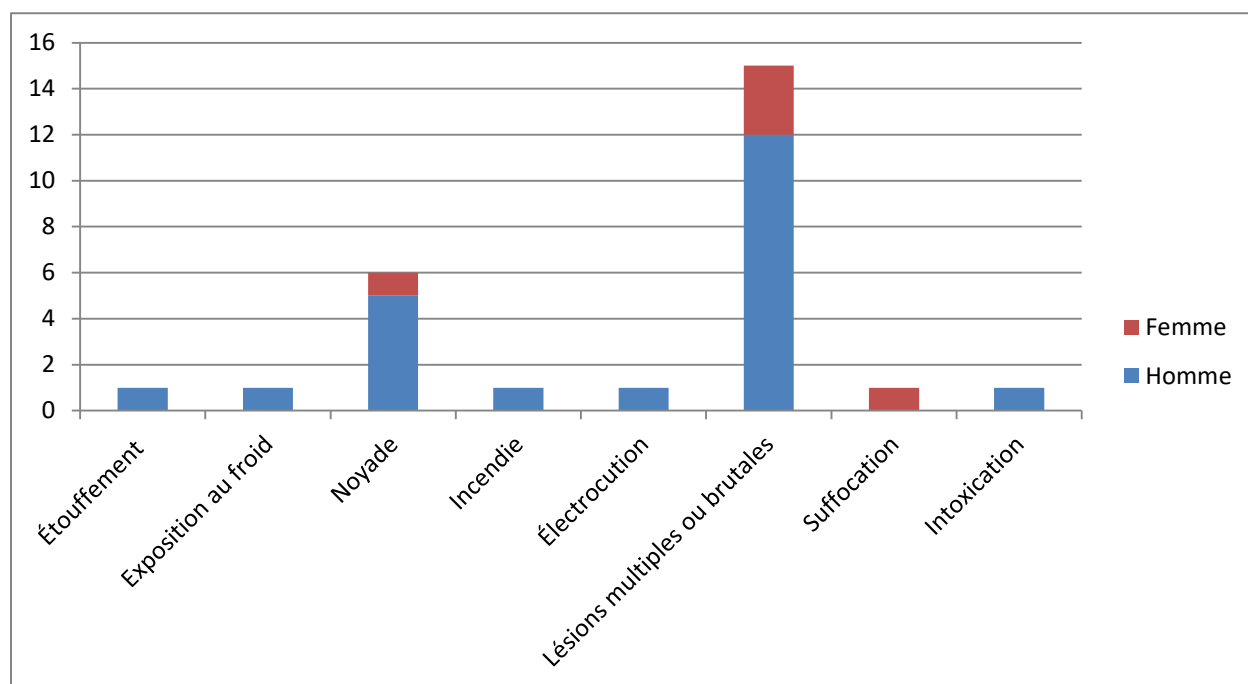


En 2019, neuf suicides ont été enregistrés (cinq hommes et quatre femmes). Les examens toxicologiques ont confirmé la présence d'alcool ou de drogues pour huit de ces neuf suicides.

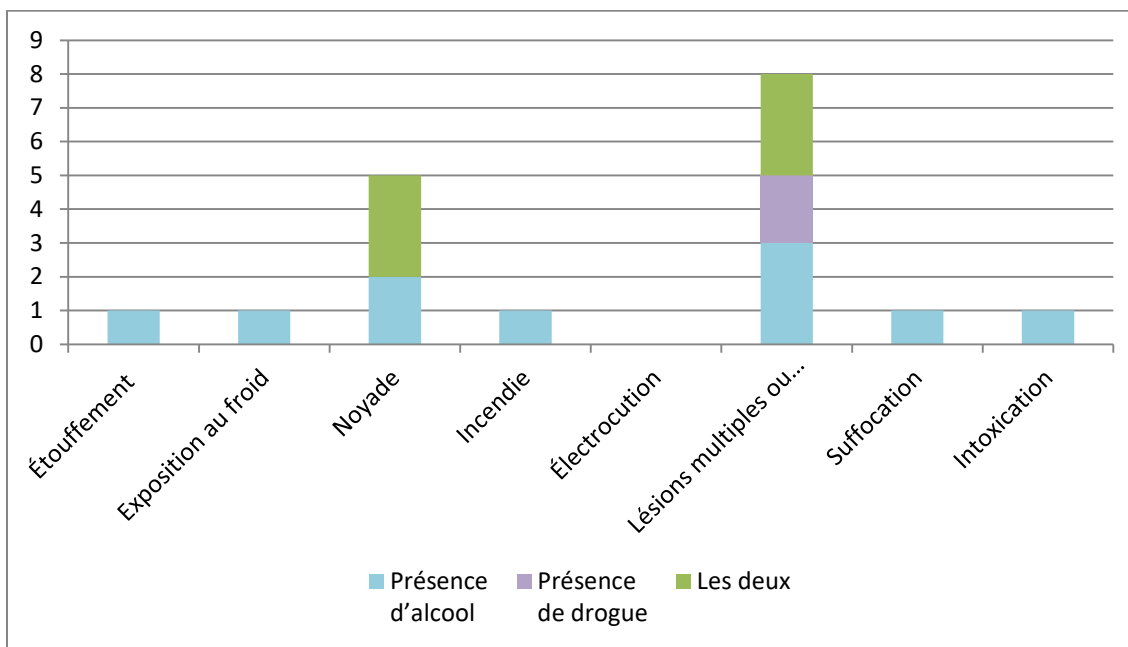
DÉCÈS ACCIDENTELS PAR CAUSE ET PAR SEXE

Cause du décès	Hommes	Femmes	Total
Étouffement	1		1
Exposition au froid	1		1
Noyade	5	1	6
Incendie	1		1
Électrocution	1		1
Lésions multiples ou brutales	12	3	15
Suffocation		1	1
Intoxication	1		1
Total	22	5	27

En 2019, les décès accidentels ont représenté 25,96 % de tous les décès rapportés au Service du coroner. La majorité des personnes décédées accidentellement étaient des hommes (22 hommes sur 27 décès, donc 81 %), et de l'alcool ou de la drogue était en cause dans 18 cas (18 sur 27, ou 67 %).



DÉCÈS ACCIDENTELS (suite)



HOMICIDES

PAR ÂGE ET PAR SEXE

Groupe d'âge	Hommes	Femmes	Total	Alcool ou drogue en cause
Moins de 19 ans				
20 à 29 ans				
30 à 39 ans	1		1	1
40 à 49 ans				
50 à 59 ans	1		1	1
Plus de 60 ans				
Total	2		2	2

HOMICIDES (suite)

PAR RÉGION

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

En 2019, deux décès ont été classés comme des homicides. Les homicides représentaient donc 1,92 % des décès signalés.

NOMINATIONS AU SERVICE 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 2019, 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 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 et certificat du coroner. Le 1^{er} octobre 2019, un amendement a été apporté à la législation sur le service du coroner, changeant le nom de « Rapport et certificat du coroner » à « Rapport du coroner chargé de l'investigation ».

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 DÉPOSÉS EN 2019)

AUCUN RAPPORT DE CORONER CONTENANT DES RECOMMANDATIONS N' A ÉTÉ DÉPOSÉ EN
2019.

ANNEXE B

RÉSUMÉ DES ENQUÊTES PUBLIQUES

CAS N^o 1

Verdict du jury du coroner

Personne décédée :	Richard Binder Jr.
Date et heure du décès :	Entre le 25 octobre et le 3 novembre 2018
Lieu du décès :	68 degrés 21'11.8 "N 133 degrés 44'54.0 "O
Cause du décès :	Hypothermie
Mode de décès :	Accident

Circonstances dans lesquelles le décès a eu lieu :

Dans la soirée du 25 octobre 2018, des policiers de la Gendarmerie royale du Canada se sont rendus à une résidence d'Inuvik, aux Territoires du Nord-Ouest, où des troubles avaient été signalés. Peu après leur arrivée, les policiers ont dit à M. Richard Binder Jr. qu'il était en état d'arrestation; ce dernier s'est alors enfui à pied sur le chemin Navy en direction du chemin Franklin. Un agent a brièvement poursuivi M. Richard Binder Jr. à pied, mais a abandonné la poursuite peu après pour retourner voir la petite amie de M. Richard Binder Jr., qui était blessée. Les policiers ont transporté la femme blessée à l'hôpital régional d'Inuvik. Ils sont ensuite allés parler avec la famille de M. Richard Binder Jr. et ont déterminé qu'il n'était pas rentré chez lui. La Gendarmerie royale du Canada a fouillé la ville pendant les deux jours suivants, en continuant à se baser sur les signalements. De nombreuses informations ont été reçues, mais aucune observation n'a été confirmée. Le 28 octobre 2018, la famille de Richard Binder Jr. a signalé sa disparition. Le 3 novembre 2018, deux motoneigistes ont trouvé un corps gisant sur un sentier entre le fleuve Mackenzie et le lac Big et l'ont signalé à la police. Des agents de la GRC se sont rendus sur les lieux et ont trouvé un individu décédé portant un chandail léger à capuchon, un pantalon jean, une chemise, des chaussettes et des chaussures.

Recommandations

Gendarmerie royale du Canada :

1. La division « G » de la Gendarmerie royale du Canada veillera à ce qu'une campagne d'éducation publique soit menée afin que le public sache que la disparition d'une personne peut être signalée immédiatement, le signalement d'une disparition n'étant pas soumis à une période d'attente.

2. La Gendarmerie royale du Canada fera tout son possible pour promouvoir la formation en recherche et sauvetage et la mettre à disposition des membres de la collectivité qui souhaitent se porter volontaires pour participer aux efforts de recherche.
3. La Gendarmerie royale du Canada fera tout son possible pour revoir les procédures à suivre dans le cas d'une personne risquant de s'enfuir.
4. Au cours de la prochaine année, la Division « G » de la Gendarmerie royale du Canada redoublera d'efforts pour s'assurer que ses membres connaissent les politiques relatives aux personnes disparues figurant au chapitre 37.3 du Manuel opérationnel de la Division « G ».
5. La Division « G » de la Gendarmerie royale du Canada fera tout son possible pour s'assurer que les agents de tous les détachements du territoire sont au courant qu'un service d'escouade canine est disponible à Yellowknife et qu'il peut être consulté par téléphone, et qu'ils savent que cet atout est disponible à des fins d'enquête.
6. La Division « G » de la Gendarmerie royale du Canada devrait envisager de rendre le cours en ligne sur les enquêtes sur les personnes disparues obligatoire pour tous les membres du territoire.
7. La Division « G » de la Gendarmerie royale du Canada fera tout son possible pour continuer à mettre des ressources éducatives à la disposition des membres, y compris des possibilités de formation sur les enquêtes sur les personnes disparues ainsi que sur la recherche et le sauvetage; elle fera en outre tout son possible pour faciliter l'accès à ces ressources.
8. La Division « G » de la Gendarmerie royale du Canada examinera le chapitre 37.1, section 2.4.8, du Manuel opérationnel de la Division « G » et apportera des précisions quant à l'utilisation et à la nécessité du formulaire de recherche urgente.
9. La Division « G » de la Gendarmerie royale du Canada fera tout son possible, en fonction des circonstances particulières de l'enquête, pour qu'un ou deux agents soient chargés d'informer les membres de la famille pendant une enquête sur une personne disparue.
10. La Division « G » de la Gendarmerie royale du Canada fera tout son possible pour augmenter les ressources de recherche et de sauvetage mises à la disposition du détachement d'Inuvik.
11. La Division « G » de la Gendarmerie royale du Canada devrait établir des lignes directrices consacrées au poids à accorder aux observations non confirmées d'un individu qui se soustrait à la police fournies par des personnes proches de cet individu, ainsi qu'au poids des antécédents et du comportement de cet individu.
12. La Division « G » de la Gendarmerie royale du Canada examinera les lignes directrices relatives aux communiqués de presse concernant les personnes disparues et recherchées en vertu d'un mandat d'arrêt afin de s'assurer que toutes les informations concernant la personne disparue sont mises à la disposition du public.

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.