



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

NORTHWEST TERRITORIES CORONER SERVICE

2022 ANNUAL REPORT

If you would like this information in another official language, call us.

English

Si vous voulez ces informations dans une autre langue officielle, contactez-nous.

French

Kīspin ki nitawihitīn ē nīhīyawihk ōma ācimōwin, tipwāsīnān.

Cree

Tłıchq̓ yatı k'èè. Dı wegodi newq̓ dè, gots'o gonede.

Tłıchq̓

?erıht'ıs Dēne Sųfıné yatı t'a huts'elkēr xa beyáyatı theꜱꜱ ꜱat'e, nuwe ts'ēn yóftı.

Chipewyan

Edı gondı dehgháh got'je zhatıé k'èé edat'éh enahddhę nıde naxets'é edahfı.

South Slavey

K'áhshó got'jne xədə k'é hederı ꜱedjht'é yerınwę nıde dúle.

North Slavey

Jii gwandak izhii ginjik vat'atr'ijahch'uu zhit yınohthan jı', diits'at ginohkhii.

Gwich'in

Uvanittuaq ilitchurisukupku Inuvialuktun, ququaqłuta.

Inuvialuktun

C'bdł nŋ^{sb}Δ^c ʌrLJΔ^r Δ^đbⁿĐ^c-^{sb}rL^ın^b, Đ^cŋ^a-^đĐ^c Đ^ıb^cł^aΔ^{sb}ĐⁿΔ^c.

Inuktitut

Hapkuatıtitqqat pijumagupkit Inuinnaqtun, uvaptinnut hivajarłutit.

Inuinnaqtun

Indigenous Languages:

French:

867-767-9348

866-561-1664 Toll Free

TABLE OF CONTENTS

| | |
|--|----|
| Introduction | 4 |
| History of the Coroner Service | 5 |
| Education | 6 |
| Manner of Death | 6 |
| Coroners Act – Reporting Deaths | 7 |
| NWT Regions | 8 |
| 2022 Case Statistics | 8 |
| Caseload by Manner and Region | 10 |
| Caseload by Manner and Month | 11 |
| Suicide | 12 |
| Accidental | 13 |
| Coroner Appointments | 14 |
| Concluding Coroner Investigations..... | 15 |
| Report of Investigating 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 |

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, 2022, there were 23 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 (RCMP), 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 Garth Eggenberger. Mr. Eggenberger has been with the Coroner Service since 1987.

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 and 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 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 RCMP, various professionals and other experts when required.

EDUCATION

The NWT Coroner Symposium is held annually 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.)

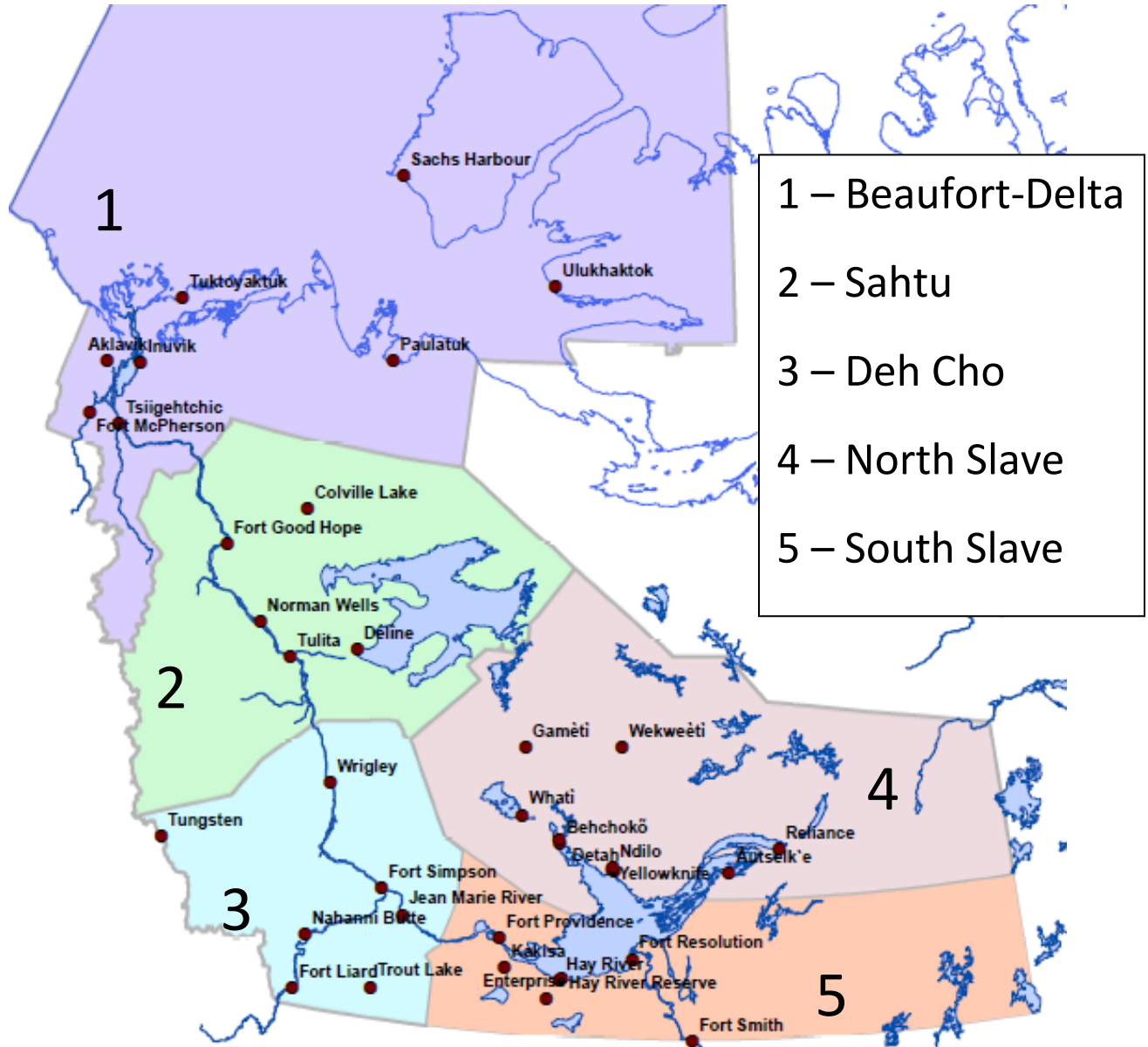
UNDETERMINED - A death that cannot be classified into one of the above categories is simply classified as "undetermined".

(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).

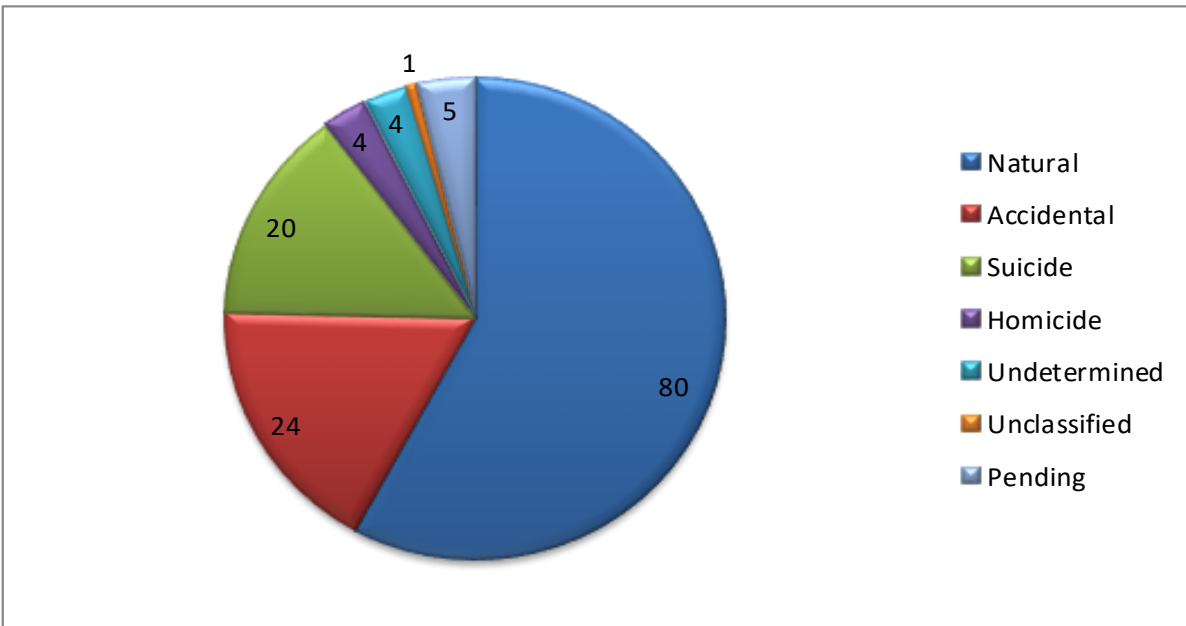
NWT REGIONS



2022 CASE STATISTICS

TOTAL CASES

| Total Cases | | | |
|-----------------|------------|-------------|-----------------|
| Manner of Death | Number * | Cases % | Population % ** |
| Natural | 80 | 57.97% | 0.1790% |
| Accidental | 24 | 17.39% | 0.0537% |
| Suicide | 20 | 14.49% | 0.0448% |
| Homicide | 4 | 2.90% | 0.0090% |
| Undetermined | 4 | 2.90% | 0.0090% |
| Unclassified | 1 | 0.72% | N/A |
| Pending | 5 | 3.62% | 0.0112% |
| Total | 138 | 100% | 0.3088% |



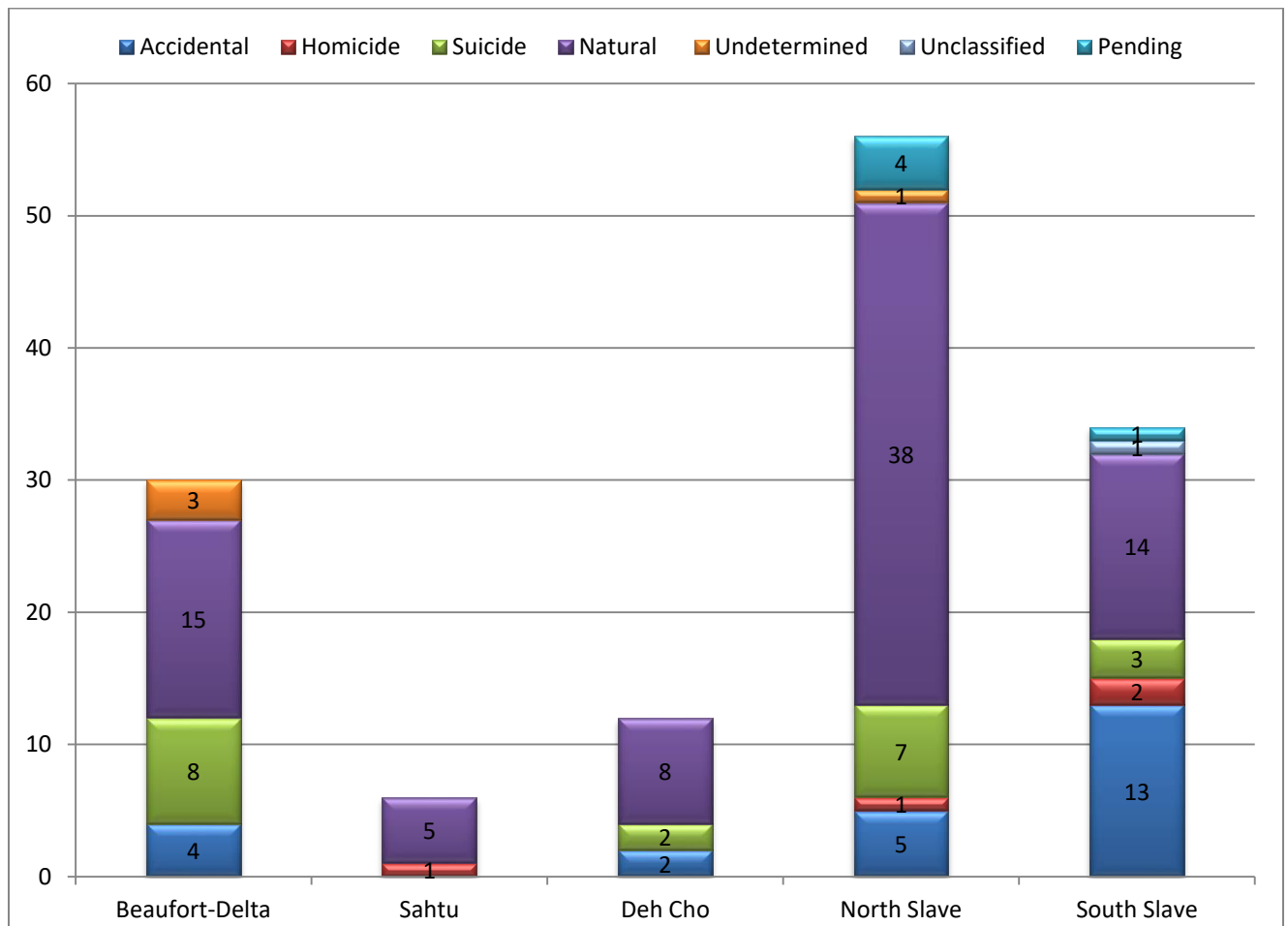
Unclassified cases are not represented in the population figures since they are non-human in origin. In 2022, one case was determined to be unclassified.

* NWT Coroner Service assisted with nine Alberta deaths, which are included in the 138 total deaths in the chart above. Of those nine Alberta deaths, one was Natural, four were Accidental, and four are Pending.

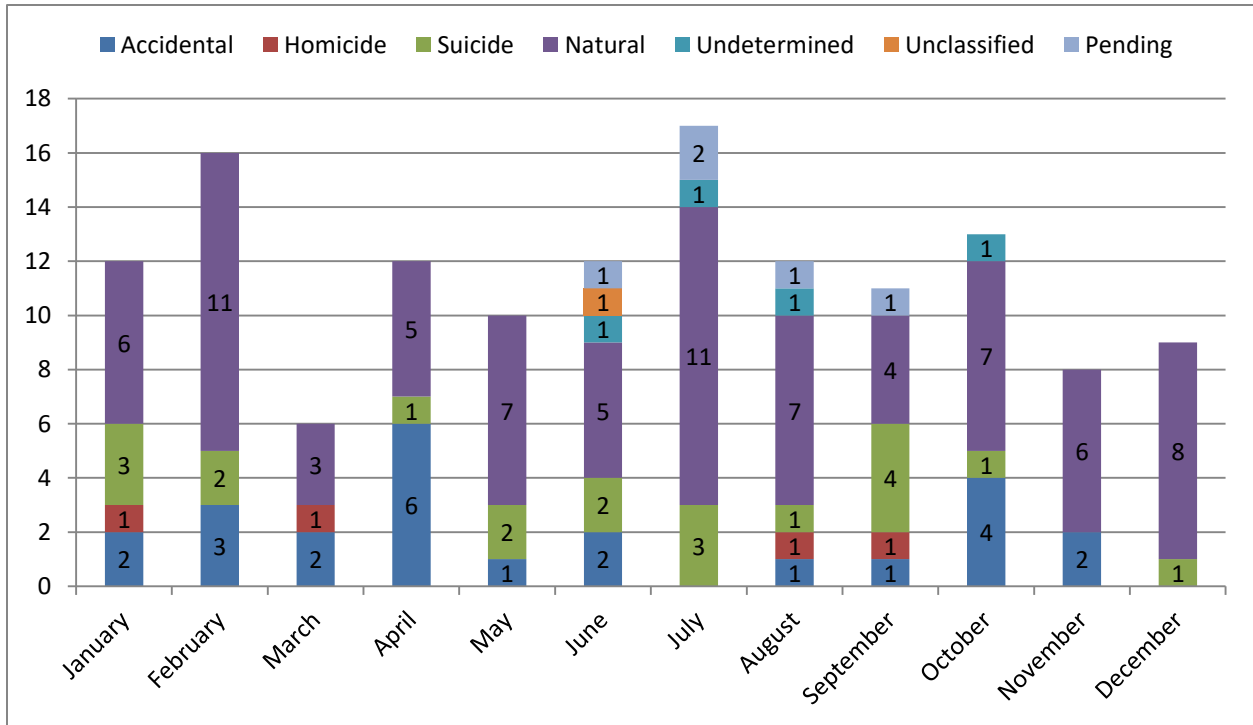
** Based on an NT population estimate of 44,685 retrieved November 6, 2023, at <http://www.statsnwt.ca/population/population-estimates/>

| Region | Accidental | Homicide | Suicide | Natural | Undetermined | Unclassified | Pending | Total |
|----------------|------------|----------|-----------|-----------|--------------|--------------|----------|------------|
| Beaufort-Delta | 4 | | 8 | 15 | 3 | | | 30 |
| Sahtu | | 1 | | 5 | | | | 6 |
| Dehcho | 2 | | 2 | 8 | | | | 12 |
| North Slave | 5 | 1 | 7 | 38 | 1 | | 4 | 56 |
| South Slave | 13 | 2 | 3 | 14 | | 1 | 1 | 34 |
| Total | 24 | 4 | 20 | 80 | 4 | 1 | 5 | 138 |

CASELOAD BY MANNER AND REGION



CASELOAD BY MANNER AND MONTH

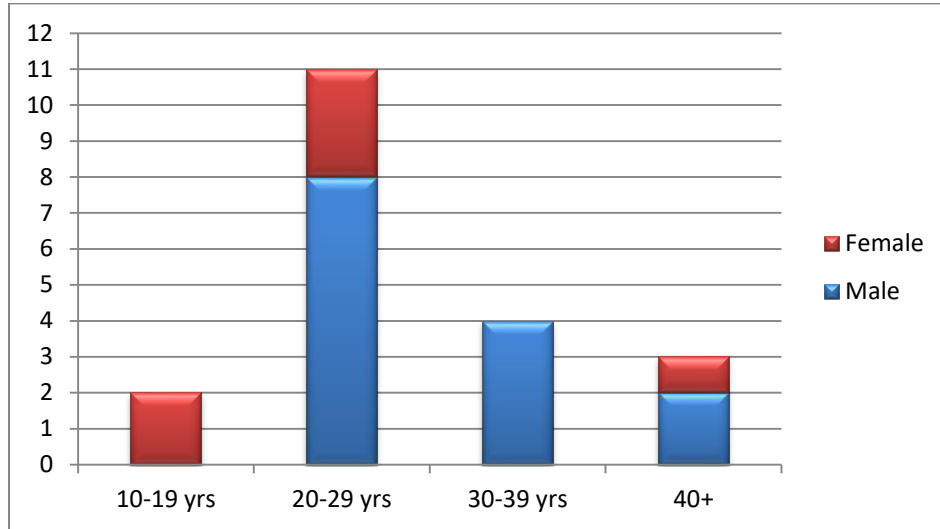


| Month | Accidental | Homicide | Suicide | Natural | Undetermined | Unclassified | Pending | Total |
|--------------|------------|----------|-----------|-----------|--------------|--------------|----------|------------|
| January | 2 | 1 | 3 | 6 | | | | 12 |
| February | 3 | | 2 | 11 | | | | 16 |
| March | 2 | 1 | | 3 | | | | 6 |
| April | 6 | | 1 | 5 | | | | 12 |
| May | 1 | | 2 | 7 | | | | 10 |
| June | 2 | | 2 | 5 | 1 | 1 | 1 | 12 |
| July | | | 3 | 11 | 1 | | 2 | 17 |
| August | 1 | 1 | 1 | 7 | 1 | | 1 | 12 |
| September | 1 | 1 | 4 | 4 | | | 1 | 11 |
| October | 4 | | 1 | 7 | 1 | | | 13 |
| November | 2 | | | 6 | | | | 8 |
| December | | | 1 | 8 | | | | 9 |
| Total | 24 | 4 | 20 | 80 | 4 | 1 | 5 | 138 |

SUICIDE

BY GENDER AND AGE

| Age Group | Male | Female | Total |
|-------------|------|--------|-------|
| 10-19 years | | 2 | 2 |
| 20-29 years | 8 | 3 | 11 |
| 30-39 years | 4 | | 4 |
| 40 + years | 2 | 1 | 3 |
| Total | 14 | 6 | 20 |

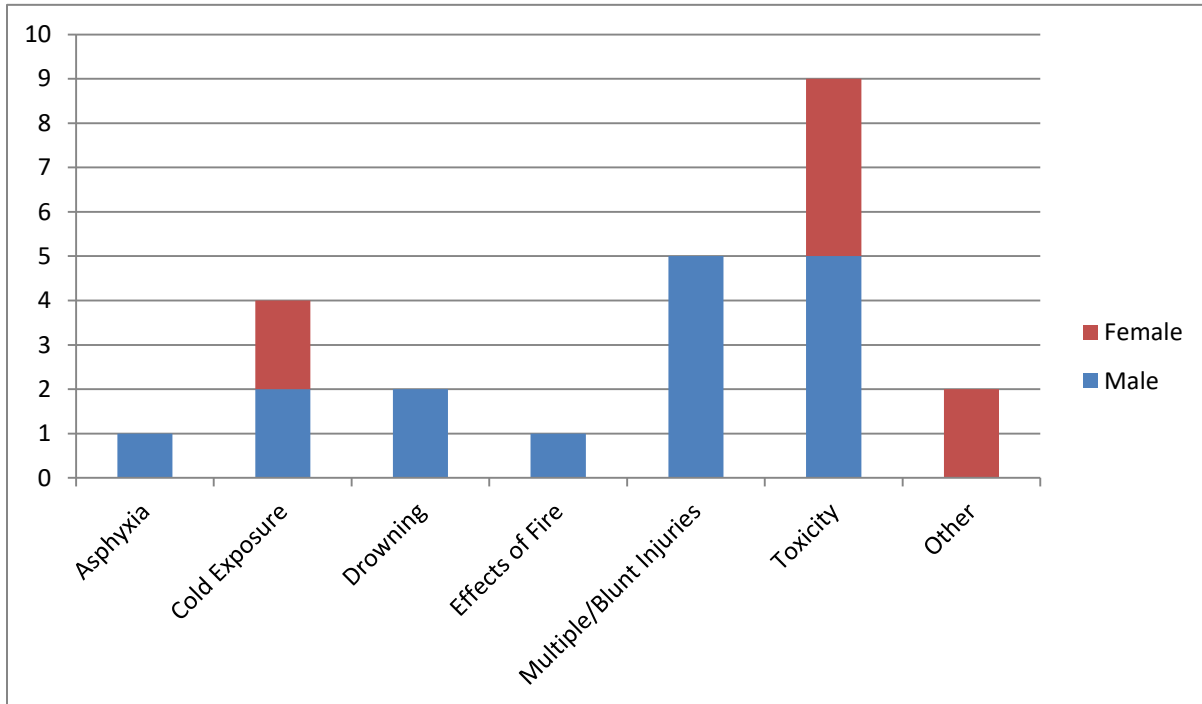


In 2022, there were 20 suicides: 14 males and six females. Toxicology examination confirmed the presence of alcohol and/or drugs in 15 of the 20 suicides.

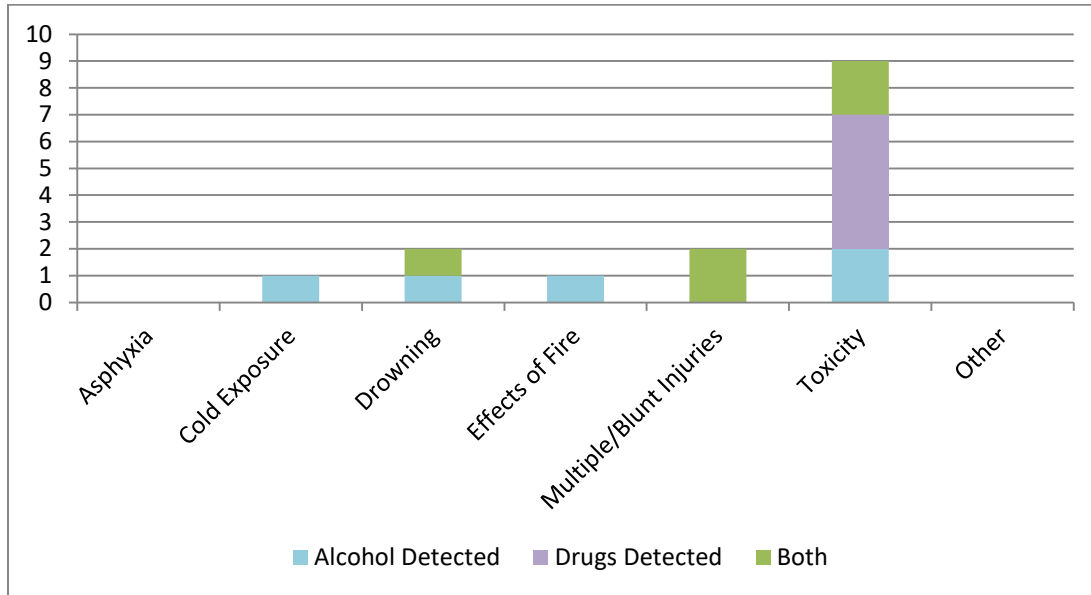
ACCIDENTAL BY CAUSE AND GENDER

| Cause of Death | Male | Female | Total |
|-------------------------|------|--------|-------|
| Asphyxia | 1 | | 1 |
| Cold Exposure | 2 | 2 | 4 |
| Drowning | 2 | | 2 |
| Effects of Fire | 1 | | 1 |
| Multiple/Blunt Injuries | 5 | | 5 |
| Toxicity | 5 | 4 | 9 |
| Other | | 2 | 2 |
| Totals | 16 | 8 | 24 |

Accidental deaths accounted for 17.39% of reported deaths in 2022. The majority of accidental deaths were males (16 of 24 or 67%), and in 15 deaths, alcohol and/or drugs were detected (15 of 24 or 62.5%).



ACCIDENTAL Cont'd



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, 2022, there were 23 coroners across the Northwest Territories, with 11 men and 12 women.

There are currently no coroners residing in the communities of Aklavik, Colville Lake, Fort Good Hope, Gametì, Whatì, Wekweètì, Fort Providence, Enterprise, Fort Smith, Łutsel K'e, Nahanni Butte, Tulita, 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 of Investigating 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 except for 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 of Investigating Coroners containing recommendations are distributed as required, and responses are monitored. A synopsis of selected reports containing recommendations is attached (See Appendix "A").

INQUESTS

An inquest is a semi-formal proceeding that allows for the public presentation of all evidence relating to a death. An inquest may be held to inform the public of circumstances of the death where it will serve a public purpose, such as bringing dangerous practices or conditions to the knowledge of the public. At the end of an inquest, the jury often makes recommendations that may prevent deaths in similar circumstances.

There are two types of inquests: mandatory (required by law) and discretionary (meaning a coroner can decide if it is necessary to hold an inquest).

Effective March 18, 2016, inquests into deaths that occur in custody (e.g. in a correctional centre or RCMP cells) where the death was natural and not preventable, are no longer mandatory. However, a coroner still has the ability to call for an inquest if he or she believes it is necessary for any of the reasons described above.

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 to avoid preventable deaths.

A synopsis of selected reports containing recommendations resulting from inquests is attached (See Appendix "B").

APPENDIX "A"
SUMMARY OF SELECTED CORONER REPORTS
CONTAINING RECOMMENDATIONS
(CONCLUDED IN 2022)

THERE WERE NO CORONER REPORTS CONTAINING RECOMMENDATIONS FOR 2022.

APPENDIX “B”
SUMMARY OF CORONER’S INQUESTS

CASE # 1

Verdict of Coroner's Jury

Deceased: Marty Ryan Bouvier

Date and time of Death: Monday, November 22, 2021, between 12:30hrs and 04:20hrs

Place of Death: Fort Smith Correctional Complex – Male Facility

Cause of Death: Hanging

Manner of Death: Suicide

Circumstances under which death occurred:

At approximately 4:20 AM on Monday, November 22, 2021, at the Fort Smith Correctional Complex, a Corrections Officer notified the Corrections Supervisor that he could not see Marty Ryan Bouvier in his cell during the 04:00hrs count due to a piece of paper over the cell window obstructing the view. The Corrections Supervisor could see over the paper and found Mr. Bouvier hanging in his cell. Mr. Bouvier was found hanging from the ceiling vent in the roof of his cell with a cloth ligature (torn bed sheet) tied to his neck. He was cut down using a knife and attempts to resuscitate him were unsuccessful.

RECOMMENDATIONS:

1. The Corrections Service, Department of Justice, Government of Northwest Territories, will ensure that all staff working as Corrections Officers at the Fort Smith Correctional Complex have the proper log-in credentials to access the Corrections Offender Management System prior to working on-site at the facility.
2. The Corrections Service, Department of Justice, Government of Northwest Territories, will ensure that all staff working in a supervisory role at the Fort Smith Correctional Facility receive specific training and mentorship.
3. The Corrections Service, Department of Justice, Government of the Northwest Territories, will, within 30 days, provide clear direction to all staff at the Fort Smith Correctional Complex that they are not permitted to engage in non-work-related activities during the night shift.

4. The Corrections Service, Department of Justice, Government of the Northwest Territories, will, within 30 days, provide clear direction to all staff at the Fort Smith Correctional Complex that inmates should not be permitted to obstruct the cell window. If a cell window is obstructed from the inside the obstruction must be removed immediately.
5. The Corrections Service, Department of Justice, Government of the Northwest Territories, will ensure staff at Fort Smith Correctional Complex are certified in first Aid and CPR and are aware of first aid and CPR procedures when inmates are found in medical distress or are found unresponsive.
6. The Corrections Service, Department of Justice, Government of the Northwest Territories, will provide training on when to use the Modified Scale for Suicide Ideation (MSSI), to all Fort Smith Correctional Complex corrections officers and staff who interact directly with inmates. This training should also be included in the Corrections Northern Recruitment Training Program starting in 2024.
7. The Corrections Service, Department of Justice, Government of the Northwest Territories, will ensure that all staff at the Fort Smith Correctional Complex receive direction on effective communication in reporting updates on triggering and stressful events for inmates and that staff are aware on how to access this information on the Corrections Offender Management System (COMS).
8. The Corrections Service, Department of Justice, Government of the Northwest Territories, will ensure that night shifts at the Fort Smith Correctional Complex will be staffed with two Corrections Officers and one Corrections Supervisor.
9. The Corrections Service, Department of Justice, Government of the Northwest Territories, will ensure that at the Fort Smith Correctional Complex shifts will be scheduled with a minimum of 15 minutes overlap for staff to share information and to review the information on the Corrections Offender Management System (COMS).

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**

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

RAPPORT ANNUEL 2022

If you would like this information in another official language, call us.

Anglais

Si vous voulez ces informations dans une autre langue officielle, contactez-nous.

Français

Kīspin ki nitawih̄tīn ē nīhīyawihk ōma ācimōwin, tipwāsinān.

Cree

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

Tłjchq

ʔerih̄t'ís Dēne Sųlıné yatı t'a huts'elkēr xa beyáyatı theʔą ʔat'e, nuwe ts'ēn yóftı.

Chipewyan

Edı gondı dehgáh got'je zhatié k'éé edat'éh enahddhę nıde naxets'é edahfı.

South Slavey

K'áhshó got'jne xədə k'é hederı ʔedjhtl'é yerınıwę nıde dúle.

North Slavey

Jii gwandak izhii ginjik vat'atr'ijáhch'uu zhit yinothan jı', diits'át ginohkhii.

Gwich'in

Uvanittuaq ilitchurisukupku Inuvialuktun, ququaqluta.

Inuvialuktun

Ĉ'bdı ɳɳ'bbΔ^c ʌɳLJΔɳ^c Δɳ'ɳɳɳ^cɳɳɳɳ^b, ɳɳ^cɳ^cɳ^c ɳɳ^cɳ^cɳ^c.

Inuktitut

Hapkaa titiqqat pijumagupkit Inuinnaqtun, uvaptinnut hivajarlutit.

Inuinnaqtun

Langues autochtones :

Français :

867-767-9348

866-561-1664 (sans frais)

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|----|
| Introduction | 4 |
| Histoire du Service du coroner | 5 |
| Formation | 6 |
| Mode de décès | 6 |
| Déclaration des décès conformément à la <i>Loi sur les coroners</i> | 7 |
| Régions des TNO | 9 |
| Statistiques 2022..... | 10 |
| Nombre de décès par mode et par région | 11 |
| Nombre de décès par mode et par mois | 12 |
| Suicides | 13 |
| Accidents..... | 14 |
| Nominations au Service du coroner | 15 |
| Conclusions des enquêtes du coroner..... | 16 |
| Rapport du coroner chargé de l'enquête..... | 16 |
| Enquêtes publiques | 16 |
| Annexe A : Résumé des rapports de coroner contenant des recommandations..... | 18 |
| Annexe B : Résumé des enquêtes publiques..... | 19 |
| Cas n° 1 | 20 |
| Remerciements..... | 22 |

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 2022, on comptait aux Territoires du Nord-Ouest 23 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 (GRC), le Bureau du commissaire aux incendies, la Commission de la sécurité au travail et de l'indemnisation des travailleurs, le Bureau de la sécurité des transports et divers autres organismes qui travaillent en collaboration étroite avec le Service du coroner.

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

Les Territoires du Nord-Ouest ne disposent pas d'installations pour effectuer des autopsies. Quand il faut procéder à une autopsie, le corps est transporté à Edmonton pour examen, où la procédure est effectuée par le Bureau du médecin légiste en chef. Après l'autopsie, la dépouille est envoyée au salon funéraire Foster and McGarvey, avec lequel le gouvernement a un contrat pour la préparation et le rapatriement des corps. Les services de toxicologie sont fournis au Service du coroner par le laboratoire de toxicologie judiciaire Graham R. Jones.

HISTOIRE DU SERVICE DU CORONER

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

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

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

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

Il existe deux systèmes d'enquête sur les décès au Canada : le système du coroner et celui du médecin légiste. Le système du coroner remplit quatre rôles principaux : enquête, administration, aspect judiciaire et prévention. Le système du médecin légiste comprend les volets médicaux et administratifs. Le coroner et le médecin légiste recherchent tous deux des preuves de nature médicale ou autre, dans le but de déterminer la cause et le mode d'un décès. Le coroner reçoit des renseignements de diverses sources avant d'examiner les éléments recueillis, de déterminer les faits et de prendre une décision quasi judiciaire concernant le décès d'une personne. Le coroner peut également formuler des recommandations en vue de prévenir des décès semblables.

Aux Territoires du Nord-Ouest, le Service du coroner adopte une approche multidisciplinaire d'enquêtes menées par des coroners non professionnels nommés par le ministère de la Justice.

Au besoin, les coroners des Territoires du Nord-Ouest sont soutenus par la GRC, 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

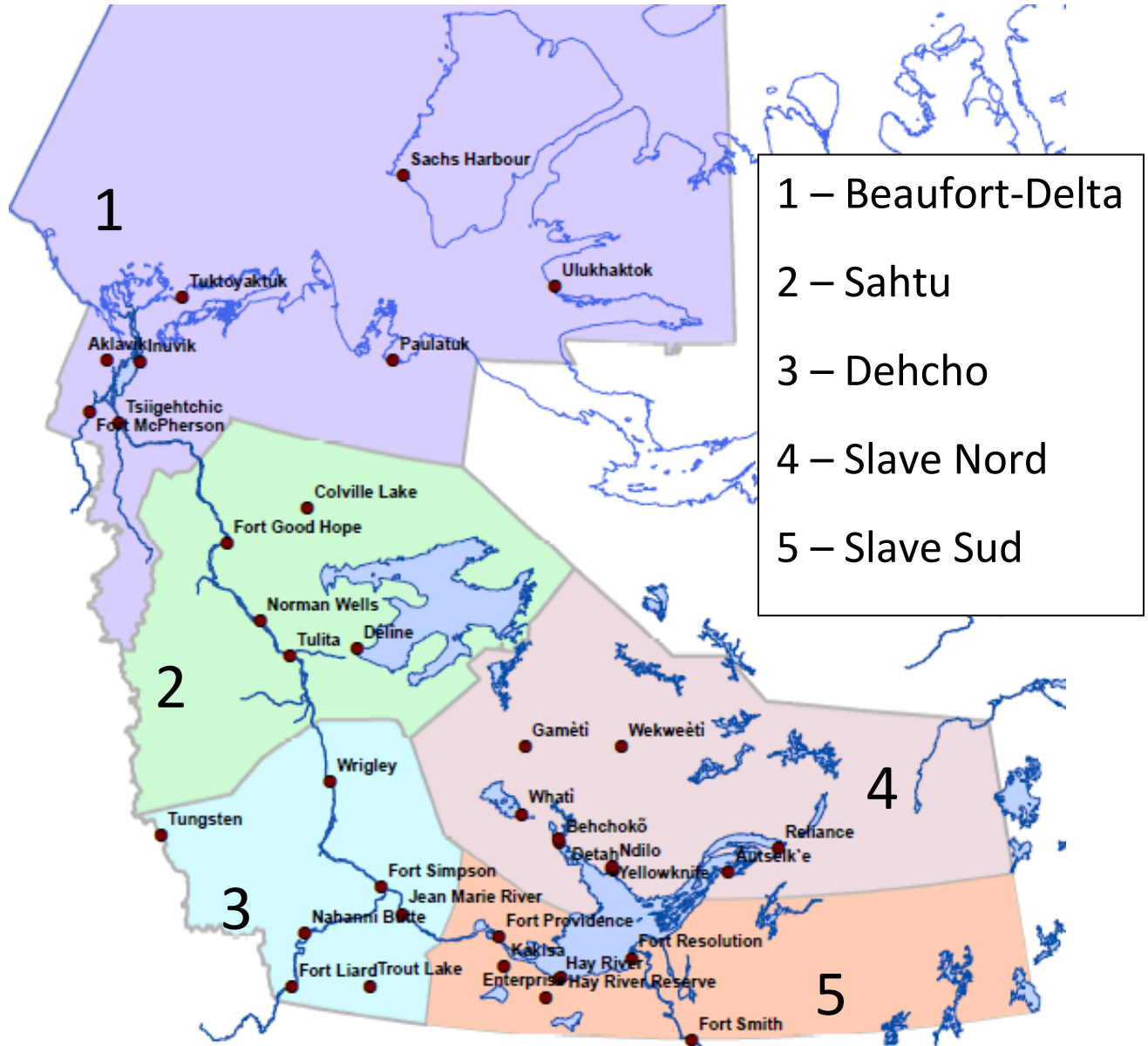
Obligation de signaler 8.(1) Toute personne signale immédiatement à un coroner ou à un policier un décès dont elle a connaissance et qui se produit aux Territoires du Nord-Ouest ou par suite d'événements qui se produisent aux Territoires du Nord-Ouest lorsque le décès survient :

- (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;
- (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*.

Rapport annuel 2022 du Service du coroner

- 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

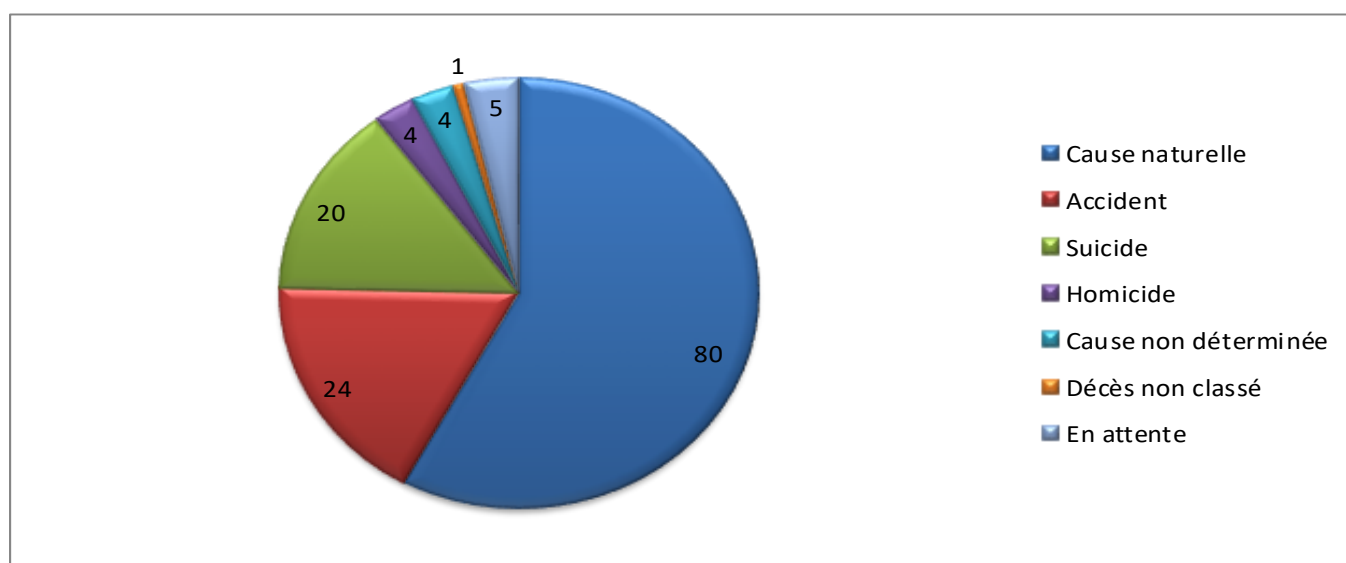


Source : http://www.enr.gov.nt.ca/_live/documents/content/Administrative_regions.pdf

STATISTIQUES 2022

TOTAL DES CAS

| Total des cas | | | |
|----------------------|------------|--------------|-----------------------|
| Mode de décès | Nombre * | % des cas | % de la population ** |
| Cause naturelle | 80 | 57,97 % | 0,1790 % |
| Accident | 24 | 17,39 % | 0,0537 % |
| Suicide | 20 | 14,49 % | 0,0448 % |
| Homicide | 4 | 2,90 % | 0,0090 % |
| Cause non déterminée | 4 | 2,90 % | 0,0090 % |
| Décès non classé | 1 | 0,72 % | S. O. |
| En attente | 5 | 3,62 % | 0,0112 % |
| Total | 138 | 100 % | 0,3088 % |



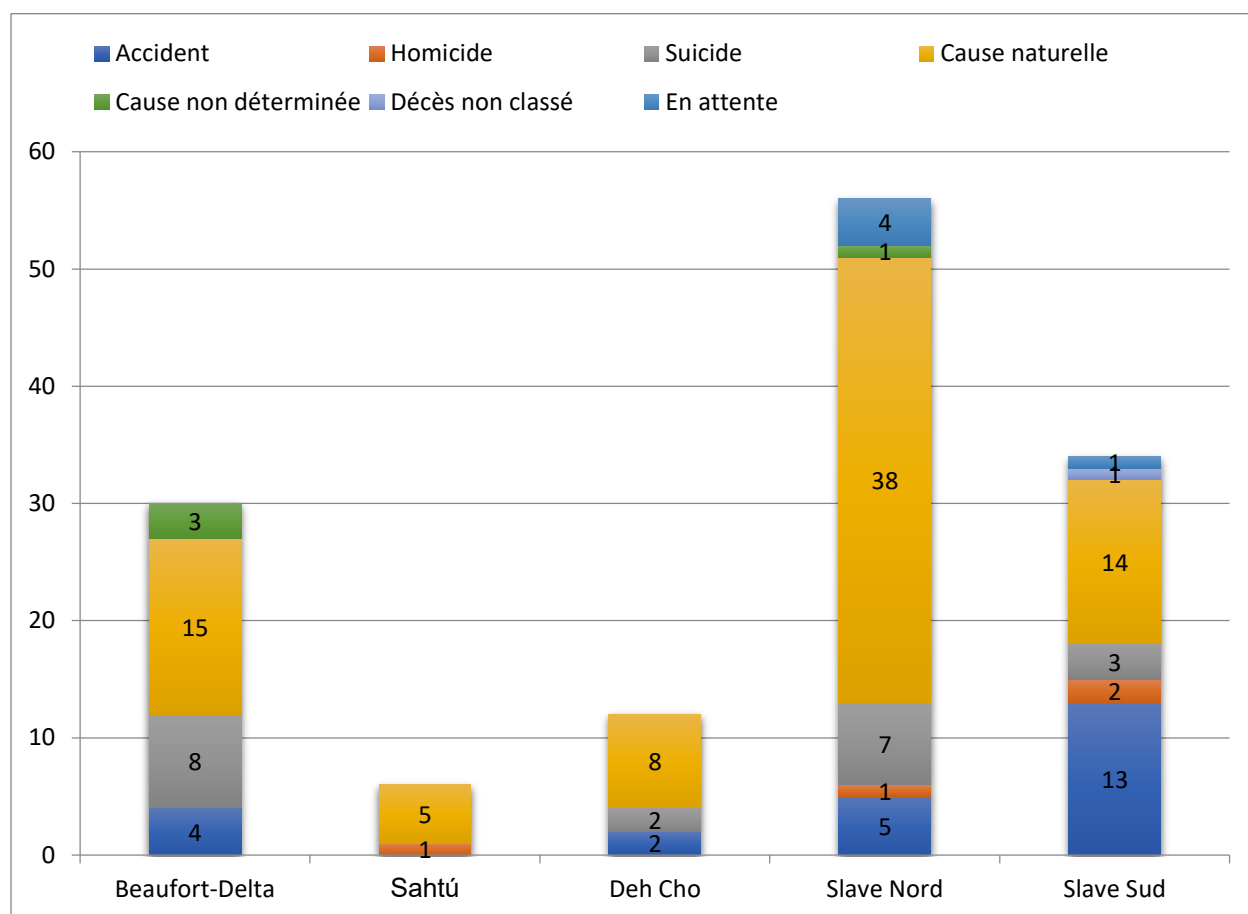
Les cas non classés ne sont pas pris en compte dans la colonne « % de la population », car il a été déterminé qu'ils n'étaient pas d'origine humaine. En 2022, un cas a été placé dans la catégorie des décès non classés.

*Le Bureau du coroner des TNO a apporté son aide pour neuf décès en Alberta, qui sont pris en compte dans les 138 décès totaux figurant dans le diagramme ci-dessus. Parmi ces neuf décès, un est naturel, quatre sont accidentels et quatre sont en attente.

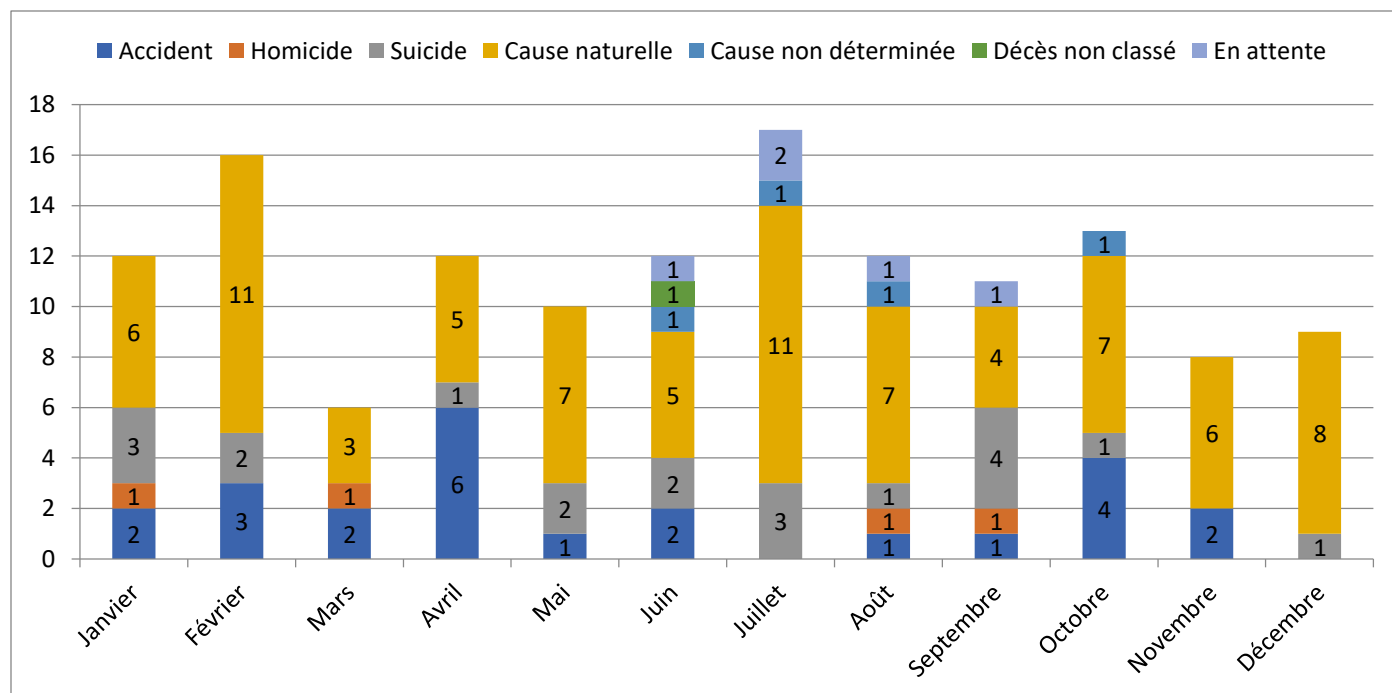
** Selon une population ténnoise estimée à 44 685 personnes. Données en date du 6 novembre 2023 tirées du site Web : <http://www.statsnwt.ca/population/population-estimates/>.

NOMBRE DE DÉCÈS PAR MODE ET PAR RÉGION

| Région | Accident | Homicide | Suicide | Cause naturelle | Cause indéterminée | Décès non classé | En attente | Total |
|----------------|----------|----------|---------|-----------------|--------------------|------------------|------------|-------|
| Beaufort-Delta | 4 | | 8 | 15 | 3 | | | 30 |
| Sahtú | | 1 | | 5 | | | | 6 |
| Dehcho | 2 | | 2 | 8 | | | | 12 |
| Slave Nord | 5 | 1 | 7 | 38 | 1 | | 4 | 56 |
| Slave Sud | 13 | 2 | 3 | 14 | | 1 | 1 | 34 |
| Total | 24 | 4 | 20 | 80 | 4 | 1 | 5 | 138 |



NOMBRE DE DÉCÈS PAR MODE ET PAR MOIS

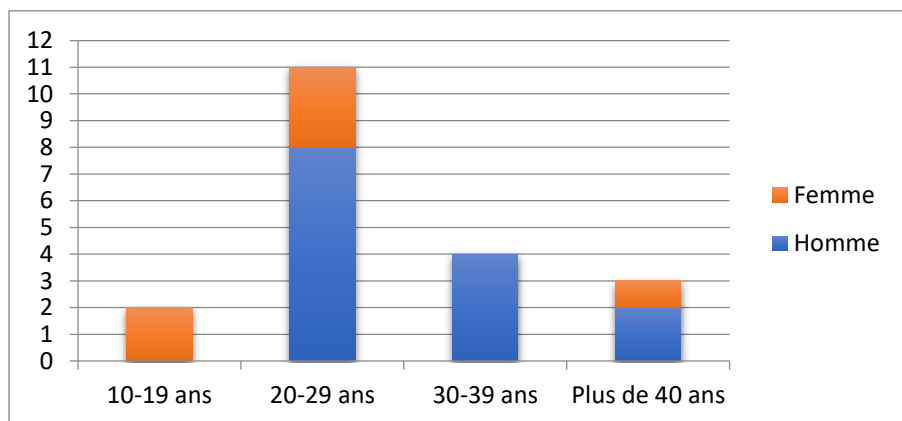


| Mois | Accident | Homicide | Suicide | Cause naturelle | Cause indéterminée | Décès non classé | En attente | Total |
|--------------|-----------|----------|-----------|-----------------|--------------------|------------------|------------|------------|
| Janvier | 2 | 1 | 3 | 6 | | | | 12 |
| Février | 3 | | 2 | 11 | | | | 16 |
| Mars | 2 | 1 | | 3 | | | | 6 |
| Avril | 6 | | 1 | 5 | | | | 12 |
| Mai | 1 | | 2 | 7 | | | | 10 |
| Juin | 2 | | 2 | 5 | 1 | 1 | 1 | 12 |
| Juillet | | | 3 | 11 | 1 | | 2 | 17 |
| Août | 1 | 1 | 1 | 7 | 1 | | 1 | 12 |
| Septembre | 1 | 1 | 4 | 4 | | | 1 | 11 |
| Octobre | 4 | | 1 | 7 | 1 | | | 13 |
| Novembre | 2 | | | 6 | | | | 8 |
| Décembre | | | 1 | 8 | | | | 9 |
| Total | 24 | 4 | 20 | 80 | 4 | 1 | 5 | 138 |

SUICIDES

PAR SEXE ET PAR ÂGE

| Groupe d'âge | Hommes | Femmes | Total |
|--------------|--------|--------|-------|
| 10 à 19 ans | | 2 | 2 |
| 20 à 29 ans | 8 | 3 | 11 |
| 30 à 39 ans | 4 | | 4 |
| 40 ans et + | 2 | 1 | 3 |
| Total | 14 | 6 | 20 |



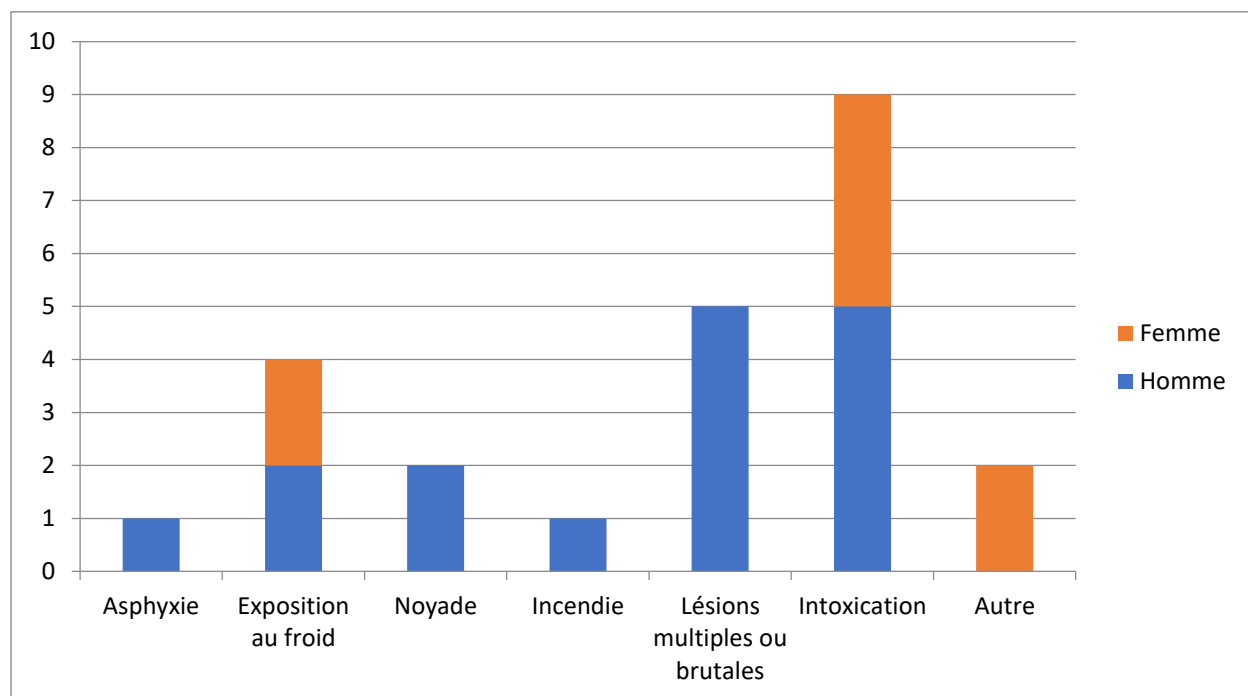
En 2022 on a signalé vingt suicides : quatorze hommes et six femmes. Les examens toxicologiques ont confirmé la présence d'alcool ou de drogues pour quinze de ces vingt suicides.

ACCIDENTS

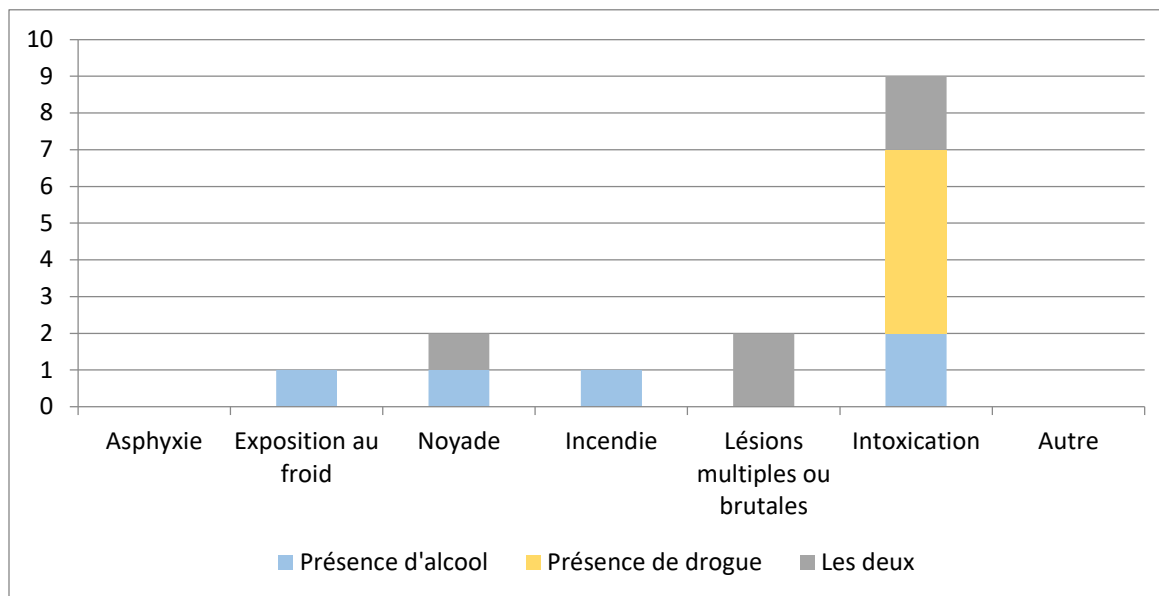
PAR CAUSE ET PAR SEXE

| Cause du décès | Hommes | Femmes | Total |
|-------------------------------|--------|--------|-------|
| Asphyxie | 1 | | 1 |
| Exposition au froid | 2 | 2 | 4 |
| Noyade | 2 | | 2 |
| Incendie | 1 | | 1 |
| Lésions multiples ou brutales | 5 | | 5 |
| Intoxication | 5 | 4 | 9 |
| Autre | | 2 | 2 |
| Total | 16 | 8 | 24 |

En 2022, les décès accidentels représentaient 17,39 % des décès signalés. La majorité des personnes décédées accidentellement étaient des hommes (16 hommes sur 24 décès, donc 67 %), et de l'alcool ou de la drogue était en cause dans 15 cas (15 sur 24, ou 62,5 %).



ACCIDENTS (suite)



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 2022, 23 coroners travaillaient aux Territoires du Nord-Ouest, dont 11 hommes et 12 femmes.

À l'heure actuelle, il n'y a pas de coroner dans les collectivités d'Aklavik, de Colville Lake, de Fort Good Hope, de Gamètì, de Whatì, de Wekweètì, de Fort Providence, d'Enterprise, de Fort Smith, de Lutselk'e, de Nahanni Butte, de Tulita, de Tsiigehtchic, de Paulatuk et de Wrigley.

CONCLUSION DES ENQUÊTES DU CORONER

Tous les cas soumis aux coroners aboutissent à un rapport ou à une enquête du coroner. La méthode la plus couramment utilisée est le rapport du coroner chargé de l'enquête.

RAPPORT DU CORONER CHARGÉ DE L'ENQUÊTE

Le rapport du coroner est un document qui 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 des coroners qui contiennent des recommandations sont distribués sur demande et les réponses font l'objet d'un suivi. Un résumé de quelques rapports contenant des recommandations est présenté à l'annexe A.

ENQUÊTES

Une enquête est une procédure semi-officielle autorisant la présentation au public de toutes les preuves en lien avec le décès. On peut mener une enquête pour informer le public des circonstances du décès en cas d'utilité publique, par exemple pour sensibiliser le public à des pratiques ou à des conditions dangereuses. À la fin d'une enquête, le jury formule souvent des recommandations susceptibles de prévenir un décès dans des circonstances similaires.

Il existe deux types d'enquêtes publiques : les enquêtes obligatoires (exigées par la loi) et les enquêtes discrétionnaires (le coroner décide s'il est nécessaire de mener une enquête).

Depuis le 18 mars 2016, les enquêtes publiques sur des décès de cause naturelle survenus pendant que la personne est sous garde (p. ex. dans un centre correctionnel ou une cellule de la GRC) ne sont plus obligatoires quand il n'était pas possible de prévenir le décès. Un coroner a toutefois la possibilité de demander une enquête publique s'il la juge nécessaire pour l'une des raisons ci-dessus.

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.

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

ANNEXE A
RÉSUMÉ DE RAPPORTS DE CORONER CONTENANT DES
RECOMMANDATIONS
(RAPPORTS DÉPOSÉS EN 2022)

AUCUN RAPPORT DE CORONER CONTENANT DES RECOMMANDATIONS N'A ÉTÉ DÉPOSÉ EN 2022.

ANNEXE B

RÉSUMÉ DES ENQUÊTES PUBLIQUES

CAS N^o 1

Verdict du jury du coroner

Personne décédée : Marty Ryan Bouvier

Date et heure du décès : Lundi 22 novembre 2021 entre 0 h 30 et 4 h 20

Lieu du décès : Complexe correctionnel de Fort Smith - établissement pour hommes

Cause du décès : Pendaison

Mode de décès : Suicide

Circonstances dans lesquelles le décès a eu lieu :

À environ 4 h 20 le lundi 22 novembre 2021 au Complexe correctionnel de Fort Smith, un agent correctionnel a avisé le superviseur des services correctionnels qu'il ne pouvait pas voir Marty Ryan Bouvier dans sa cellule lors du dénombrement de 4 h, car un morceau de papier obstruait la fenêtre de sa cellule. L'agent a pu voir au-dessus du papier et a retrouvé M. Bouvier pendu dans sa cellule. On a trouvé M. Bouvier suspendu par la bouche d'aération au plafond de sa cellule avec une ligature en tissu (drap de lit déchiré) attachée autour de son cou. On l'a détaché en coupant la ligature, et les tentatives de réanimation n'ont pas fonctionné.

Recommandations

1. Les Services correctionnels du ministère de la Justice du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest veilleront à ce que tous les membres du personnel qui travaillent comme agents correctionnels au sein du Complexe correctionnel de Fort Smith disposent d'identifiants valides pour accéder au système de gestion des détenus avant de travailler sur place, dans l'établissement.
2. Les Services correctionnels du ministère de la Justice du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest veilleront à ce que tous les membres du personnel assumant un rôle de supervision au Complexe correctionnel de Fort Smith reçoivent une formation et un mentorat spécifiques.
3. Les Services correctionnels du ministère de la Justice du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest indiqueront clairement, dans les 30 jours, à tous les membres du personnel du Complexe correctionnel de

Fort Smith qu'ils ne sont pas autorisés à se livrer à des activités non liées au travail pendant le quart de nuit.

4. Les Services correctionnels du ministère de la Justice du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest indiqueront clairement, dans les 30 jours, à tous les membres du personnel du Complexe correctionnel de Fort Smith que les détenus ne sont pas autorisés à obstruer la fenêtre de leur cellule. Si la fenêtre d'une cellule est obstruée de l'intérieur, il faut la désobstruer immédiatement.

5. Les Services correctionnels du ministère de la Justice du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest veilleront à ce que les membres du personnel du Complexe correctionnel de Fort Smith soient certifiés en premiers soins et en RCR et connaissent les procédures de premiers soins et de RCR requises lorsque des détenus se trouvent dans un état de détresse médicale ou sont inconscients.

6. Les Services correctionnels du ministère de la Justice du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest offriront une formation sur l'utilisation de l'échelle d'idéation suicidaire modifiée à tous les agents correctionnels du Complexe correctionnel de Fort Smith et à tous les membres du personnel qui interagissent directement avec les détenus. Cette formation devrait également être incluse dans le Programme de formation pour les recrues des services correctionnels du Nord à partir de 2024.

7. Les Services correctionnels du ministère de la Justice du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest veilleront à ce que tous les membres du personnel du Complexe correctionnel de Fort Smith soient adéquatement formés à communiquer efficacement les mises à jour concernant les événements déclencheurs et stressants pour les détenus et à ce que le personnel sache comment accéder à ces renseignements dans le système de gestion des détenus (COMS).

8. Les Services correctionnels du ministère de la Justice du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest veilleront à ce que deux agents correctionnels et un superviseur des services correctionnels soient affectés aux quarts de nuit au Complexe correctionnel de Fort Smith.

9. Les Services correctionnels du ministère de la Justice du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest veilleront à ce que les quarts de travail au Complexe correctionnel de Fort Smith soient planifiés de manière à assurer un chevauchement d'au moins 15 minutes entre les quarts de travail, afin de permettre au personnel de se transmettre des informations et d'examiner les données du système de gestion des détenus (COMS).

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.