



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

**SERVICE DU CORONER
DES TERRITOIRES DU NORD-OUEST
RAPPORT ANNUEL 2018**

TABLE DES MATIÈRES

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

If you would like this information in another official language, contact 867-767-9251.

Si vous voulez ces renseignements dans une autre langue officielle, appelez-nous au 867-767-9251.

INTRODUCTION

Le Service du coroner, à des fins administratives, relève du ministère de la Justice des Territoires du Nord-Ouest, et il est régi par la *Loi sur les coroners*, adoptée en 1985 et modifiée depuis. Le Bureau du coroner en chef est situé à Yellowknife et supervise toutes les enquêtes sur les décès. Au 31 décembre 2018, on comptait aux Territoires du Nord-Ouest 36 coroners, qui servent les collectivités et les régions où ils habitent.

Aux Territoires du Nord-Ouest, tous les décès soudains et inattendus doivent être signalés à un coroner. Le Service du coroner est responsable des enquêtes sur les décès à déclaration obligatoire afin de déterminer l'identité de la personne décédée et les faits suivants : quand, où, comment et de quelle manière la personne est décédée. Le travail du Service du coroner est appuyé par la Gendarmerie royale du Canada, le Bureau du commissaire aux incendies, la Commission de la sécurité au travail et de l'indemnisation des travailleurs, le Bureau de la sécurité des transports et divers autres organismes qui travaillent en collaboration étroite avec le Service du coroner.

La coroner en chef actuelle est Cathy L. Menard. Mme Menard fait partie du Service du coroner depuis 1996 et travaille pour le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest depuis plus de 30 ans.

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

HISTOIRE DU SERVICE DU CORONER

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

Les historiens admettent généralement que ce rôle n'a pas été institué en bonne et due forme avant la fin du XII^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.

FORMATION

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

MODE DE DÉCÈS

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

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

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

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

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

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

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

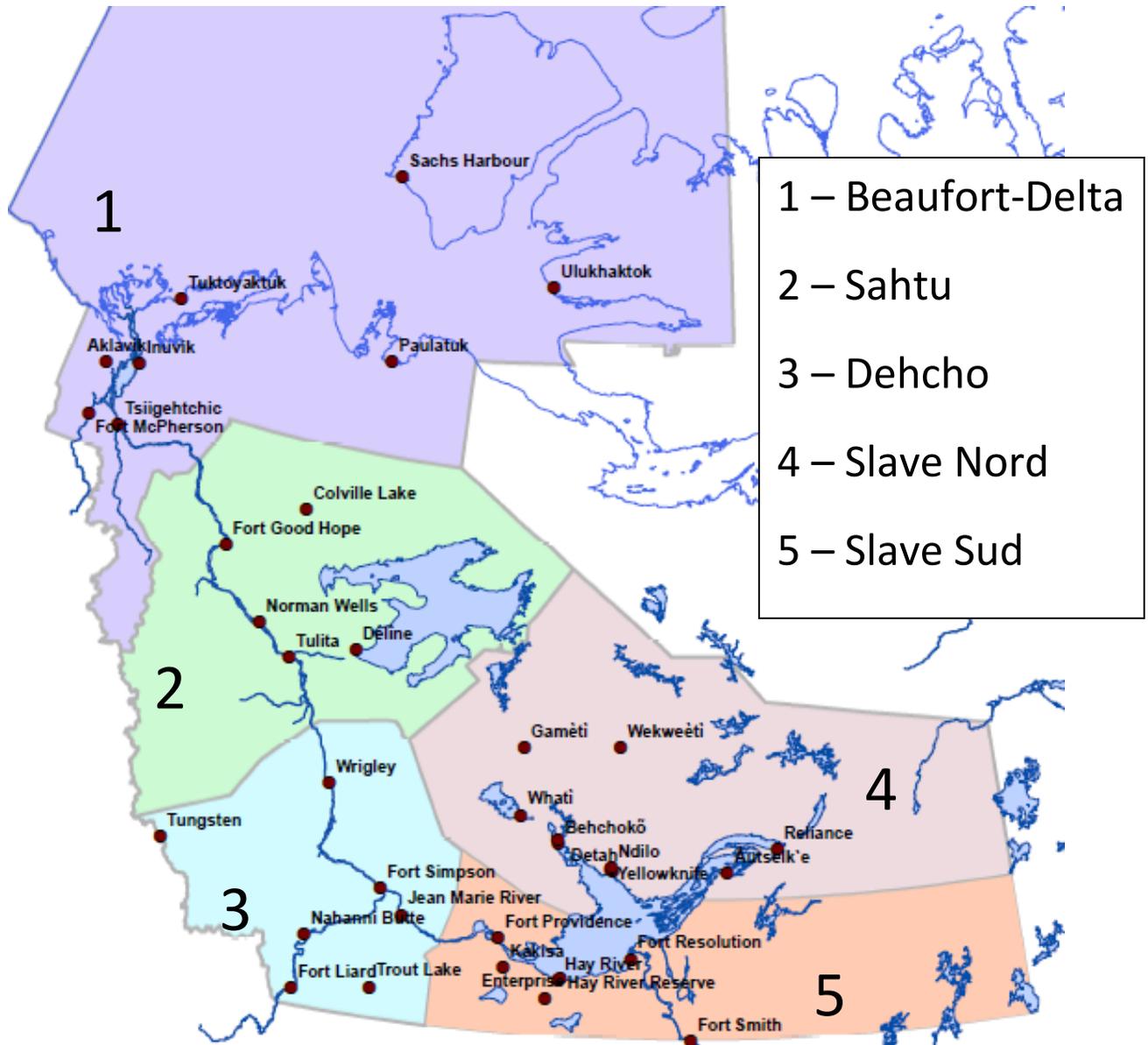
LOI SUR LES CORONERS – DÉCLARATION DES DÉCÈS

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

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

- 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

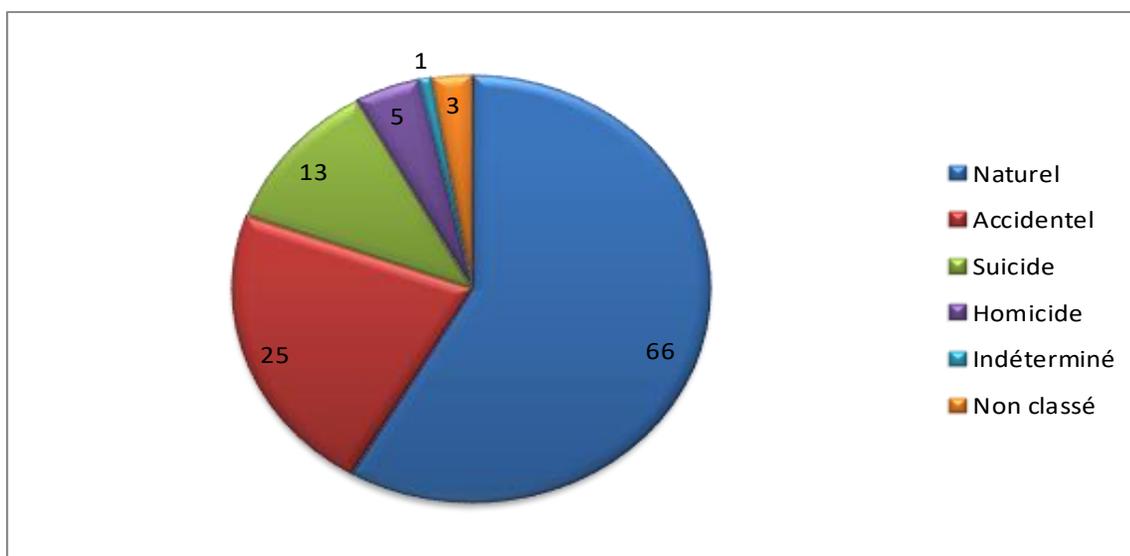


Source : http://www.enr.gov.nt.ca/live/documents/content/Administrative_regions.pdf.

STATISTIQUES 2018

TOTAL DES CAS

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



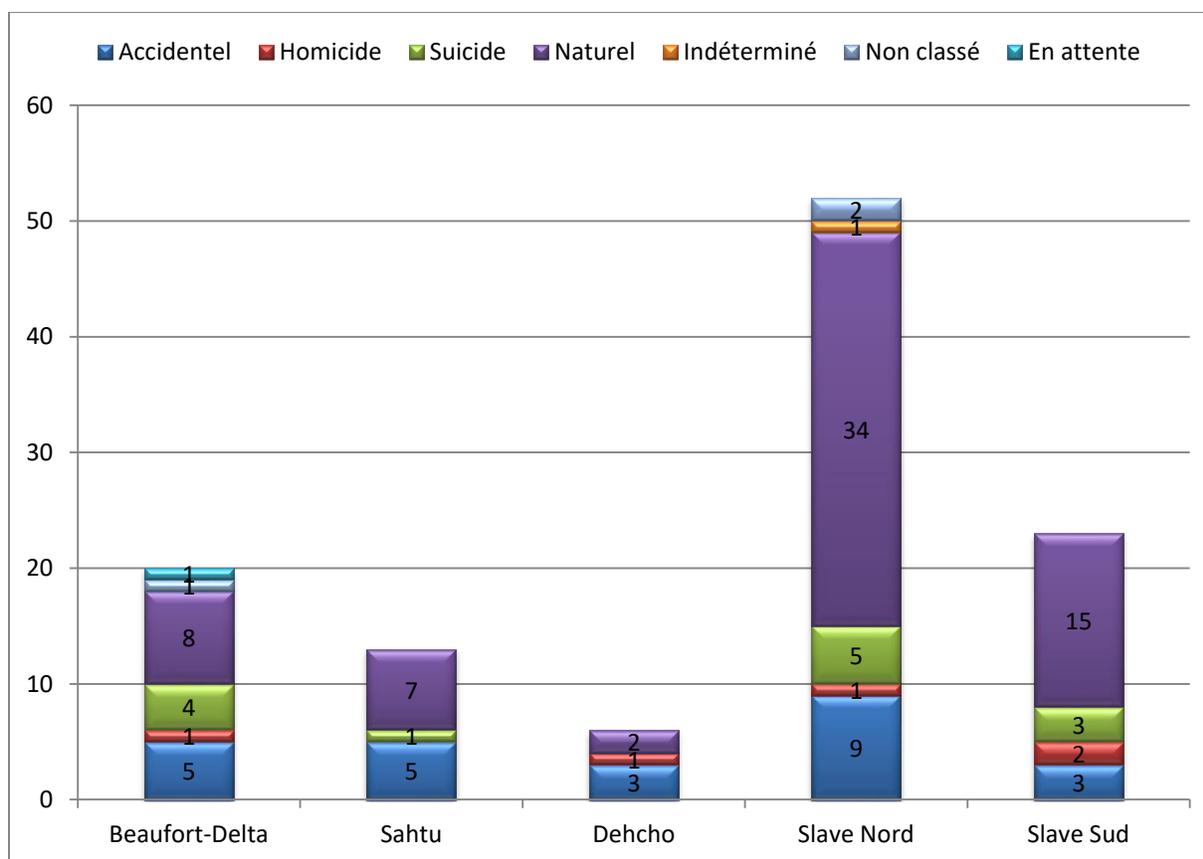
Les cas non classés ne sont pas pris en compte dans la colonne « % de la population », car il a été déterminé qu'ils n'étaient pas d'origine humaine. En 2018, trois cas ont été placés dans la catégorie des décès non classés.

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

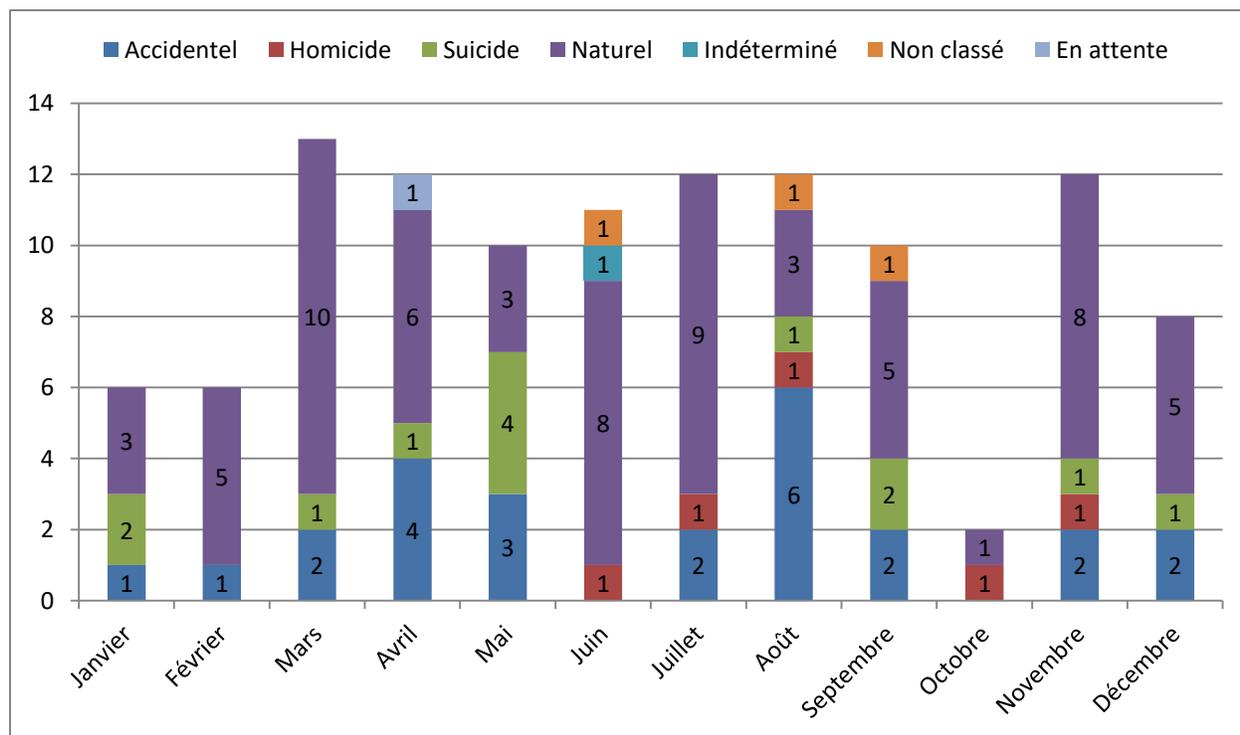
** Selon une population ténosise estimée à 44 875 habitants au 1^{er} octobre 2019; source : <http://www.statsnwt.ca/population/population-estimates/>.

NOMBRE DE DÉCÈS PAR MODE ET PAR RÉGION

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



NOMBRE DE DÉCÈS PAR MODE ET PAR MOIS

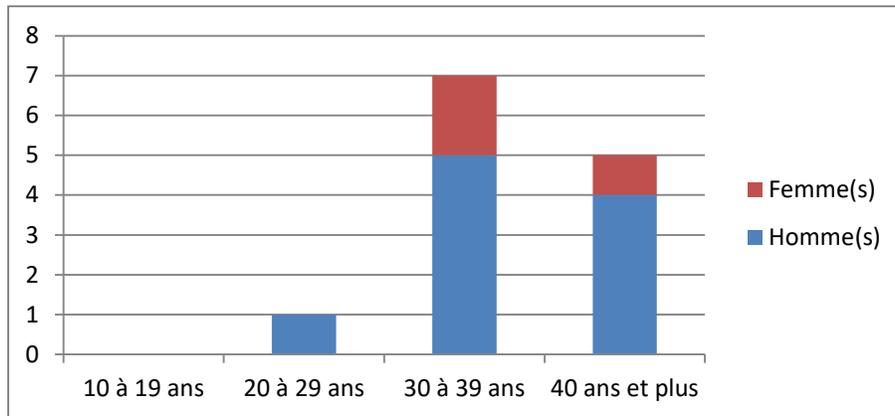


Mois	Accidental	Homicide	Suicide	Naturel	Indéterminé	Non classé	En attente	Total
Janvier	1		2	3				6
Février	1			5				6
Mars	2		1	10				13
Avril	4		1	6			1	12
Mai	3		4	3				10
Juin		1		8	1	1		11
Juillet	2	1		9				12
Août	6	1	1	3		1		12
Septembre	2		2	5		1		10
Octobre		1		1				2
Novembre	2	1	1	8				12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

SUICIDE

PAR SEXE ET PAR ÂGE

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



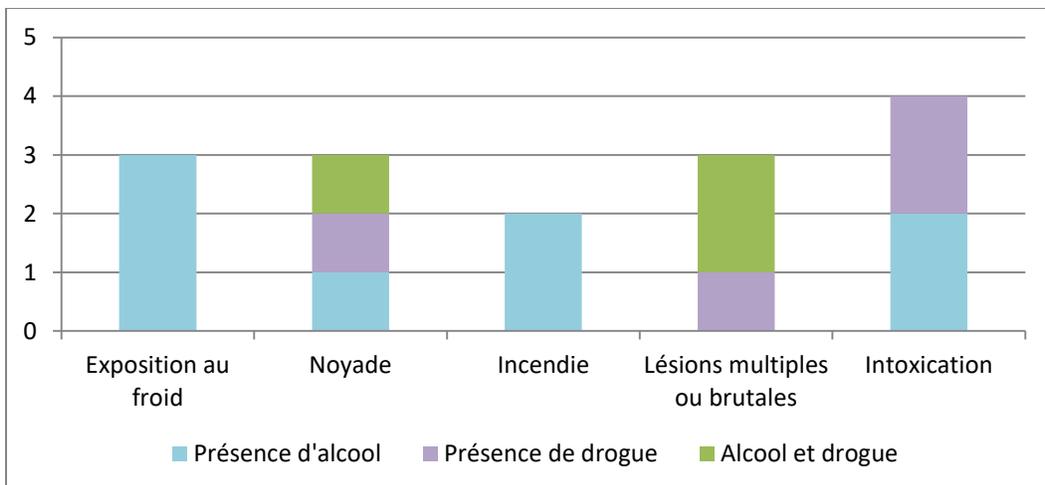
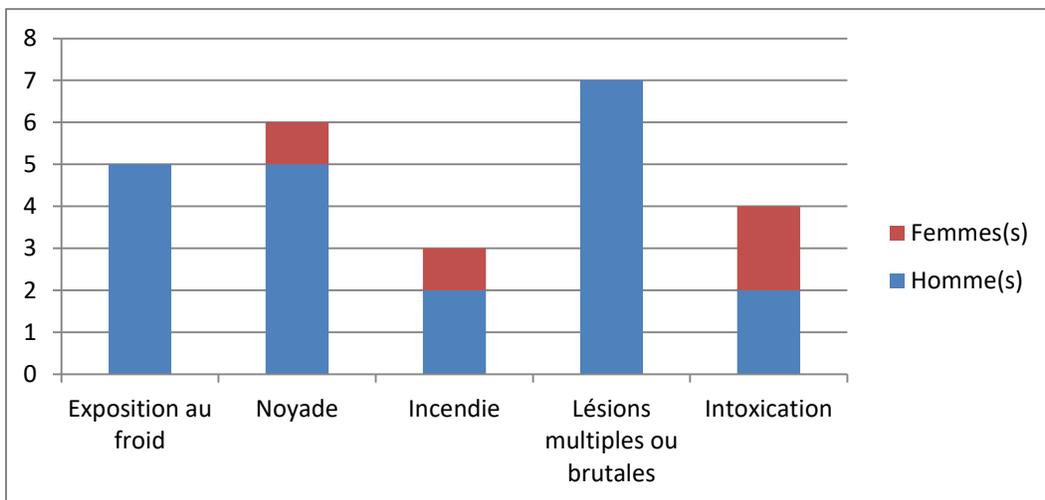
En 2018, treize suicides ont été enregistrés (dix hommes et trois femmes). Neuf de ces décès concernaient des hommes de plus de 30 ans. Les examens toxicologiques ont confirmé la présence d'alcool ou de drogues pour six de ces treize suicides.

ACCIDENTEL

PAR CAUSE ET PAR SEXE

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

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



HOMICIDE

PAR ÂGE ET PAR SEXE

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

PAR RÉGION

Région	Total
Beaufort-Delta	1
Sahtú	
Dehcho	1
Slave Nord	1
Slave Sud	2
TOTAL	5

En 2018, cinq décès ont été déclarés des homicides. Les homicides représentaient donc 4,39 % des décès signalés.

NOMINATIONS AU BUREAU DU CORONER

Le coroner en chef a le pouvoir légal de recommander la nomination et la révocation des coroners. Il est souhaitable d'avoir des coroners locaux dans chaque collectivité, c'est pourquoi le recrutement des coroners locaux est fait par le Bureau du coroner en chef, la GRC ainsi que les administrations municipales et d'autres administrations locales. Les candidats doivent remplir un formulaire de candidature précisant leurs compétences spéciales ou toute formation qui leur permettrait d'occuper le poste de coroner. Les candidats doivent aussi présenter une recommandation de leur administration locale et de leur détachement local de la GRC. Une recommandation de nomination de la part du coroner en chef est ensuite envoyée au ministre de la Justice. Le député de la circonscription du candidat est également informé de la nomination envisagée. Le ministre de la Justice nomme les coroners pour un mandat de trois ans.

Au 31 décembre 2018, 36 coroners travaillaient aux Territoires du Nord-Ouest, dont 16 hommes et 20 femmes.

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

CONCLUSION DES ENQUÊTES DU CORONER

Tous les cas soumis aux coroners aboutissent à un rapport ou à une enquête du coroner. La méthode la plus couramment utilisée est le « rapport et certificat du coroner ».

RAPPORT ET CERTIFICAT DU CORONER

Le rapport et certificat du coroner est un document qui fait un bref compte-rendu des résultats d'une enquête du coroner. Il clarifie les faits et les circonstances entourant le décès. Le rapport établit l'identité du défunt et le classement du décès par mode, et présente toute recommandation qui pourrait prévenir un décès semblable. Un rapport du coroner est rédigé à la suite de tout décès pour lequel il fait une investigation, à l'exception des cas où l'on procède à une enquête. En cas d'enquête, c'est le verdict du jury qui remplace le rapport et certificat du coroner.

Il arrive fréquemment que des recommandations soient formulées et transmises au ministère, à la personne ou à l'organisme concernés dans l'espoir de fournir une information précieuse pour prévenir des décès semblables. Les rapports et certificats des coroners qui contiennent

des recommandations sont distribués au besoin et les réponses font l'objet d'un suivi. Un résumé de quelques rapports contenant des recommandations est présenté à l'annexe A.

ENQUÊTES

Les cas qui n'aboutissent pas à un rapport et certificat du coroner font habituellement l'objet d'une enquête. Il s'agit d'une procédure officielle quasi judiciaire autorisant la présentation au public des preuves en lien avec le décès.

La procédure, présidée par le coroner, fait appel à un jury composé de six membres, conformément à la *Loi sur le jury*. Le processus permet d'entendre les déclarations sous serment des témoins et donne l'occasion aux parties représentées de prendre part à un contre-interrogatoire et de présenter des arguments verbalement. Il formule aussi des recommandations afin de prévenir de possibles décès dans des circonstances similaires.

Le coroner doit lancer une enquête quand la personne décédée était en détention involontaire au moment du décès, sauf si le coroner a toutes les raisons de croire que le décès est dû à des causes naturelles et ne pouvait être prévenu. Une enquête publique peut aussi être tenue quand, de l'avis du coroner, il est nécessaire :

- a) d'identifier le défunt ou de déterminer les circonstances du décès;
- b) d'informer le public des circonstances du décès, si l'intérêt public l'exige;
- c) de faire connaître à la population des pratiques ou des conditions dangereuses et de faciliter l'élaboration de recommandations pour prévenir des morts évitables;
- d) d'informer le public des pratiques et des situations dangereuses afin d'éviter que surviennent des décès qui peuvent être évités.

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

Cas n° 1

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

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

Commentaires et recommandations :

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

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

Fédération des travailleurs des TNO

L'Association de la construction des TNO et du Nunavut

Northern Safety Association

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

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

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

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

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

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

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

Annexe B

RÉSUMÉ DES ENQUÊTES PUBLIQUES

AUCUNE ENQUÊTE PUBLIQUE N'A EU LIEU EN 2018.

RÉALISATIONS

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

Le Service du coroner conclut un certain nombre de conventions de recherche chaque année. Nous fournissons des données de recherche à différents organismes, comme la Société de sauvetage de l'Alberta et des TNO et la Fondation de recherches sur les blessures de la route, ainsi que l'Initiative canadienne sur la prévention des homicides familiaux au sein des populations vulnérables.

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

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

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

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

REMERCIEMENTS

Le Bureau du coroner tient à remercier la GRC, les professionnels de la santé, et les nombreux autres partenaires qui ont coopéré avec les coroners et les ont aidés à mener des enquêtes sur les décès au cours de l'année passée. Le Service exprime sa gratitude aux coroners qui font preuve d'un dévouement et d'un professionnalisme sans faille, souvent dans des conditions très difficiles.