

**2010**

***Annual Report***

Office of the  
Chief Coroner

**2010**

***Rapport annuel***

Le bureau du coroner  
en chef

## **2010 Annual Report**

### **Published by:**

Office of the Chief Coroner  
Department of Public Safety  
Province of New Brunswick  
P. O. Box 6000  
Fredericton, New Brunswick  
E3B 5H1  
Canada

September 2012

### **Cover:**

Communications New Brunswick

### **Typesetting:**

Office of the Chief Coroner

### **Printing and Binding:**

Printing Services, Supply and Services

ISBN 978-155471-947-1

ISSN 0848-5666

Printed in New Brunswick

## **Rapport annuel 2010**

### **Publié par :**

Le bureau du coroner en chef  
Ministère de la Sécurité publique  
Province du Nouveau-Brunswick  
Case postale 6000  
Fredericton (Nouveau-Brunswick)  
E3B 5H1  
Canada

septembre 2012

### **Couverture :**

Communications Nouveau-Brunswick

### **Photocomposition :**

Le bureau du coroner en chef

### **Imprimerie et reliure :**

Service d'imprimerie,  
Approvisionnement et Services

ISBN 978-155471-947-1

ISSN 0848-5666

Imprimé au Nouveau-Brunswick



**2010**  
*Annual Report*

Office of the  
Chief Coroner

**2010**  
*Rapport annuel*

Le bureau du coroner  
en chef



The Honourable Robert B. Trevors  
Department of Public Safety  
Fredericton  
New Brunswick

L'honorable Robert B. Trevors  
Ministère de la Sécurité publique  
Fredericton  
Province du Nouveau-Brunswick

Dear Minister:

Monsieur le Ministre,

Pursuant to Section 43 of the *Coroners Act*, I have the honour to submit the Thirty-ninth Annual Report of the Chief Coroner for the period January 1, 2010 to December 31, 2010.

J'ai l'honneur de vous présenter le trente-neuvième rapport annuel du coroner en chef pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 31 décembre 2010 en application de l'article 43 de *la Loi sur les coroners*.

Yours very truly,

Veillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de ma très haute considération.



GREGORY J. FORESTELL  
Chief Coroner  
Province of New Brunswick

GREGORY J. FORESTELL  
Le coroner en chef  
Province du Nouveau-Brunswick



## Table of Contents

	Page
<b>Mission Statement</b> .....	6
<b>Historical Background</b> .....	6
Origin of the Office of the Coroner .....	6
<b>The New Brunswick Coroner System</b> .....	7
Organizational Structure .....	7
Notification Requirement.....	8
Investigative Capacity of Coroner Services .....	8
Purpose of Coroner’s Investigation .....	9
The Inquest Decision .....	9
Summary .....	10
<b>Statistical Summary of Investigated Deaths</b> .....	12
Schedule “A.1” - Total Deaths by Classification.....	14
Schedule “A.2” - Total Deaths by Month.....	15
Schedule “A.3” - Total Deaths by Judicial District .....	16
Schedule “B.1” - Accidental Deaths by Age Group, Gender and Judicial District .....	17
Schedule “B.2” - Accidental Deaths by Age Group, Gender and Death Factor .....	18
Schedule “B.3” - Accidental Deaths by Age Group, Gender and Environment .....	23

## Table des matières

	Page
<b>Énoncé de mission</b> .....	6
<b>Survol historique</b> .....	6
Origine de la fonction de coroner .....	6
<b>Le système des coroners du Nouveau-Brunswick</b> .....	7
Structure administrative.....	7
Déclaration.....	8
Pouvoirs d’enquête du Service des coroners .....	8
But de l’investigation.....	9
La décision de mener une enquête.....	9
Résumé .....	10
<b>Résumé statistique des investigations menées à la suite de décès</b> .....	12
Tableau « A.1 » - Nombre total de décès par catégorie.....	14
Tableau « A.2 » - Nombre total de décès par mois.....	15
Tableau « A.3 » - Nombre total de décès par circonscription judiciaire .....	16
Tableau « B.1 » - Morts accidentelles par groupe d’âge, sexe et circonscription judiciaire .....	17
Tableau « B.2 » - Morts accidentelles par groupe d’âge, sexe et facteur de mortalité.....	18
Tableau « B.3 » - Morts accidentelles par groupe d’âge, sexe et lieu de l’incidence.....	23

Schedule “C.1” - Suicide Deaths by Age Group, Gender and Judicial District .....28	Tableau « C.1 » - Morts par suicide par groupe d’âge, sexe et circonscription judiciaire ..... 28
Schedule “C.2” - Suicide Deaths by Age Group, Gender and Death Factor .....29	Tableau « C.2 » - Morts par suicide par groupe d’âge, sexe et facteur de mortalité ..... 29
Schedule “C.3” - Suicide Deaths by Age Group, Gender and Environment .....32	Tableau « C.3 » - Morts par suicide par groupe d’âge, sexe et lieu de l’incidence..... 32
Schedule “D.1” - Homicide Deaths by Age Group, Gender and Judicial District .....35	Tableau « D.1 » - Morts par homicide par groupe d’âge, sexe et circonscription judiciaire ..... 35
Schedule “D.2” - Homicide Deaths by Age Group, Gender and Death Factor .....36	Tableau « D.2 » - Morts par homicide par groupe d’âge, sexe et facteur de mortalité ..... 36
Schedule “D.3” - Homicide Deaths by Age Group, Gender and Environment .....37	Tableau « D.3 » - Morts par homicide par groupe d’âge, sexe et lieu de l’incidence ..... 37
Schedule “E.1” - Natural Deaths by Age Group, Gender and Judicial District .....39	Tableau « E.1 » - Morts naturelles par groupe d’âge, sexe et circonscription judiciaire ..... 39
Schedule “E.2” - Natural Deaths by Age Group, Gender and Death Factor .....40	Tableau « E.2 » - Morts naturelles par groupe d’âge, sexe et par facteur de mortalité ..... 40
Schedule “E.3” - Natural Deaths by Age Group, Gender and Environment .....41	Tableau « E.3 » - Morts naturelles par groupe d’âge, sexe et le lieu de l’incidence..... 41
Schedule “F.1” - Undetermined Deaths by Age Group, Gender and Judicial District.....46	Tableau « F.1 » - Décès d’origine inconnue par groupe d’âge, sexe et circonscription judiciaire ..... 46
Schedule “F.2” - Undetermined Deaths by Age Group, Gender and Death Factor .....47	Tableau « F.2 » - Décès d’origine inconnue par groupe d’âge, sexe et par facteur de mortalité ..... 47
Schedule “F.3” - Undetermined Deaths by Age Group, Gender and Environment.....48	Tableau « E.3 » - Décès d’origine inconnue par groupe d’âge, sexe et le lieu de l’incidence..... 48

Schedule “F” - Undetermined Deaths... 50

Tableau « F. » - Décès d’origine  
Inconnue .....50

**Summary of Inquests and  
Recommendations ..... 52**

**Résumé des enquêtes et des  
recommandations.....52**

**Other Cases of Interest..... 90**

**Autres cas d’intérêt.....90**



---

## **Our Mission**

Coroner Services is an independent and publicly accountable investigation of death agency. Coroner Services is mandated by statute to review all suspicious or questionable deaths in New Brunswick, conduct inquests as may be required in the public interest and does not have a vested interest of any kind in the outcome of death investigations.

## **Historical Background**

### **Origin of the Office of the Coroner**

The office of the coroner is one of the oldest institutions known to English law.

One of the early functions of the office was to enquire into sudden and unexpected deaths. It was the duty of the coroner to establish the facts relating to the death. The coroner used a jury to enable him to ascertain this and to determine whether foul play was involved in the death; if so, the town or village was liable for an additional fine if no felon could be found responsible for this death. This particular function of the office of coroner (to determine the facts surrounding a death), as modified throughout the years, survives as the basis for all coroner systems, which are presently existing in common law jurisdictions.

In the ensuing seven hundred years, no improvement has been made upon the basic questions and they remain: “who was the deceased? How, when, where and by what means did he die?”

## **Notre mission**

Le Service des coroners est un organisme indépendant de responsabilité publique chargé d'enquêter sur les décès. Mandaté en vertu des lois provinciales pour étudier tous les cas de morts suspectes au Nouveau-Brunswick, le Service des coroners mène des enquêtes dans l'intérêt du public. Le Service n'a aucun intérêt, quel qu'il soit, quant à l'issue de ces enquêtes.

## **Survol historique**

### **Origine de la fonction de coroner**

La fonction de coroner est la plus vieille institution du droit anglais.

L'une des premières tâches du coroner consistait à enquêter sur les morts soudaines et inattendues. À cet égard, le coroner devait établir la cause du décès. Un jury aidait le coroner à établir ce fait et à déterminer s'il s'agissait d'un meurtre; dans l'affirmative, la ville ou le village était passible d'une amende supplémentaire si l'on ne pouvait repérer l'assassin. Cette fonction particulière (établir la cause d'un décès), modifiée au fil des ans, est à la base de tous les systèmes de coroners en vigueur actuellement dans les États ou est appliquée la common law.

Après sept siècles, les questions de bases demeurent inchangées : « Qui était la personne décédée? Comment, quand, où et par quel moyen est-elle morte? »

---

An inquest is not a forum to resolve civil disputes nor to conduct prosecutions. An inquest is not a trial and a coroner is not a judge. The proceedings are inquisitorial as opposed to accusatory or adversarial.

Coroners in New Brunswick have been instructed to protect the civil rights of all persons who may have had some connection with the death of the deceased and to ensure that the coroner's jury has not expressed any conclusion of civil or criminal responsibility or named any person or persons responsible for any act or omission which may have contributed to the death.

## **The New Brunswick Coroner System**

### **Organizational Structure**

In New Brunswick, Coroner Services falls under the Department of the Public Safety for administrative purposes. Supervision of the service is the responsibility of the Chief Coroner who is assisted by a full time Deputy Chief Coroner.

The five full time staff, who serve as Regional Coroners in Fredericton/Woodstock, Moncton/Miramichi, Saint John, Bathurst/Campbellton and Edmundston report to the Chief Coroner.

In addition to the five Regional Coroners, a full time coroner (Saint John) and a cadre of experienced investigative staff from the Compliance Branch serve as Investigating Coroners. This group provides services primarily on nights and weekends.

Une enquête n'est pas un forum pour résoudre les litiges civils ou exercer des poursuites. Une enquête n'est pas un procès et un coroner n'est pas un juge. On fait appel à des procédures inquisitoriales par opposition à des procédures accusatoires ou contradictoires.

On a également demandé à tous les coroners du Nouveau-Brunswick de protéger les droits civils de toutes les personnes qui auraient pu être liées directement ou indirectement au décès d'une personne et de voir à ce que le jury du coroner n'a pas tiré de conclusion de responsabilité civile ou criminelle ou désigné une ou des personnes responsables de tout acte ou toute omission qui aurait pu contribuer au décès.

## **Le système des coroners du Nouveau-Brunswick**

### **Structure administrative**

Aux fins administratives, les Services des coroners au Nouveau-Brunswick relèvent du ministère de la Sécurité publique. La surveillance des services comme tels relève du coroner en chef, secondé à temps plein d'un coroner en chef adjoint.

Les cinq coroners régionaux travaillant à temps plein dans les régions de Fredericton-Woodstock, de Moncton-Miramichi, de Saint-Jean, de Bathurst-Campbellton et d'Edmundston relèvent du coroner en chef.

En plus des cinq coroners régionaux, un coroner à temps plein (Saint John) et un groupe d'employés chevronnés des services d'enquête de la Direction du contrôle de la conformité agissent à titre de coroners responsables des investigations, principalement le soir et les fins de semaine.

---

Fee-For-Service Coroners continue to provide additional investigative capacity and geographic coverage.

The Regional Coroners provide guidance to the Investigating Coroners and Fee-For-Service Coroners and participate in the development and delivery of training.

### **Notification Requirement**

In New Brunswick the only death exempt from notification to a coroner is one where the person dies of disease or sickness while under treatment of a duly qualified medical practitioner (as long as the death: (i) did not occur during or as a result of pregnancy; (ii) was not sudden and unexpected; and (iii) was not under circumstances which may require an investigation). Coroner Services is responsible for the investigation of all reported deaths in order to determine for each case the identity of the deceased and the facts as to how, when, where and by what means the deceased came to his/her death. The system, therefore, is a vital part of public safety in initially determining whether such reported deaths are due to natural causes, accident, suicide or homicide.

### **Investigative Capacity of Coroner Services**

For investigational purposes Coroner Services has available on request the services of the Royal Canadian Mounted Police (including the facilities of the Forensic Laboratory in Halifax) and municipal police acting within their respective jurisdictions. Also available to

La présence de coroners rémunérés à l'acte nous permet d'ajouter à notre capacité de mener des enquêtes et de mieux couvrir l'ensemble de la province.

Les coroners régionaux fournissent un soutien aux coroners responsables des investigations et aux coroners rémunérés à l'acte et participent à l'élaboration et à la prestation de la formation.

### **Déclaration**

Dans la province, le seul cas où il n'est pas nécessaire d'aviser le coroner est le décès qui survient à la suite d'une maladie pendant que la personne est sous les soins d'un médecin dûment qualifié \*sauf si la mort survient : (i) pendant une grossesse ou à cause de celle-ci; (ii) de façon soudaine et inattendue : ou (iii) dans des circonstances qui peuvent nécessiter la tenue d'une enquête). Par contre, le Service des coroners doit examiner tous les décès qui lui sont signalés afin de déterminer dans chacun des cas l'identité de la victime et d'établir où, quand, comment et par quel moyen elle est décédée. Par conséquent, les coroners sont un rouage essentiel de la sécurité publique, car ce sont eux qui, les premiers, déterminent si ces décès sont dus à des causes naturelles, à un accident, à un suicide ou à un homicide.

### **Pouvoirs d'investigation du Service des coroners**

Aux fins d'investigation, le Service des coroners peut faire appel, au besoin, à la Gendarmerie royale du Canada (notamment au laboratoire médico-légal de Halifax) et à un corps de police municipale qui ont chacun leur domaine de compétence. Les coroners peuvent aussi faire appel aux services des pathologistes

---

Coroner Services are the services of pathologists located at Regional Laboratories situated at Fredericton, Saint John, Moncton, Campbellton, Miramichi, Bathurst and Edmundston and also the services of the Provincial Forensic Toxicologist located at Saint John.

The identification of a death as a “Type II” case, which needs the special consideration of a forensic pathologist, results in the utilization of the forensic service and requires that the body be transported to Saint John for the autopsy.

Where circumstances warrant, specialized expertise may be provided from outside the Province on complex cases for evidentiary or identification purposes.

### **Purpose of Coroner’s Investigation**

The purpose of the coroner’s investigation for many years was directed towards the investigation of the actual medical cause of death. Now the medical cause of death is only one of many factors to be considered. The non-medical factors causing death are equally important and in many cases call for remedial measures to correct conditions hazardous to public safety.

### **The Inquest Decision**

One of the most difficult decisions a coroner has to make is whether or not to hold an inquest.

des laboratoires régionaux, situés à Fredericton, Saint-Jean, Moncton, Campbellton, Miramichi, Bathurst, et Edmundston, de même qu’aux services légaux du toxicologue provincial, qui se trouve à Saint-Jean.

Ainsi, lorsqu’un décès est classé comme un cas de « type II », nécessitant l’intervention spéciale d’un médecin légiste, il faut utiliser le service et faire transporter le cadavre à Saint John pour que soit pratiquée une autopsie.

Lorsqu’il est nécessaire pour les cas très complexes, nous faisons appel à des experts de l’extérieur de la province afin de compléter nos capacités relatives à la preuve et à l’identification.

### **But de l’investigation**

Le but de l’investigation du coroner a été pendant de nombreuses années de rechercher la cause médicale réelle du décès. Aujourd’hui, l’aspect médical n’est qu’un facteur à considérer parmi bien d’autres. Les causes non médicales d’un décès sont en effet tout aussi importantes et, dans bien des cas, elles obligent à prendre les mesures nécessaires pour améliorer les conditions qui menacent la sécurité publique.

### **La décision de mener une enquête**

Une des décisions les plus difficiles qui doit prendre le coroner est de savoir s’il y a lieu ou non de mener une enquête.

---

A local coroner or the Chief Coroner may order an inquest into a death. In some circumstances, a coroner may hold an inquest when required to do so in writing by a Judge of The Court of Queen's Bench of New Brunswick, a member of the Executive Council or the Chief Coroner

In September 2008, the *Coroners Act* was amended to require a coroner to hold an inquest when a worker dies as a result of an accident occurring in the course of his or her employment at or in a woodland operation, sawmill, lumber processing plant, food processing plant, fish processing plant, construction project site, mining plant or mine including a pit or quarry.

The holding of an inquest has the effect of drawing public attention to the many contributing causes of sudden and unexpected deaths. It is expected that the Coroners Jury will make recommendations directed toward the avoidance of death in similar circumstances.

The Chief Coroner is responsible for bringing the findings and recommendations arising out of inquests to the attention of appropriate persons, agencies and government departments.

## **Summary**

Coroner Services investigates about 26 percent of the total of approximately 6,300 deaths per year in the Province. A high percentage of the investigated deaths are determined to be from natural causes. The coroner, in approximately 37 percent of the cases, orders autopsies and inquests are ordered in slightly less than one percent of all investigated deaths.

Un coroner local ou le coroner en chef peuvent ordonner qu'on enquête sur un décès. Dans certaines circonstances, un coroner peut procéder à une enquête sur demande rite d'un juge de la Cour du Banc de la Reine du Nouveau Brunswick, d'un membre du Conseil exécutif ou du coroner en chef.

En septembre 2008, la *Loi sur les coroners* a été modifiée afin de prévoir que le coroner procède à une enquête lorsqu'un travailleur décède accidentellement au cours de son emploi dans une exploitation forestière, une scierie, une usine de transformation du bois, une usine de transformation des aliments ou une usine de transformation du poisson, sur un chantier de construction, dans une installation minière ou une mine, y compris un puits d'extraction ou une carrière.

La tenue de l'enquête a pour effet d'attirer l'attention de la population sur les nombreuses causes de décès soudains et inattendus. On s'attend à ce que le jury du coroner fasse des recommandations visant à éviter dans la mesure du possible qu'un décès ne survienne dans de circonstances semblables.

Le coroner en chef doit veiller à communiquer les conclusions et les recommandations à partir d'une enquête aux personnes, organismes et ministères concernés.

## **Résumé**

Environ 26 pour cent des quelque 6 300 décès annuels dans la province font l'objet d'une investigation par le Service des coroners. Un très grand nombre d'investigations se terminent par un constat de mort due à des causes naturelles. Le coroner ordonne la tenue d'une autopsie dans environ 37 pour cent des cas alors que moins de un pour cent nécessitent une enquête du coroner sur les décès.

---

For the period covered by this Report, the Registrar of Vital Statistics recorded 6,344 deaths in the Province of which 1,616 or 25.5% were reported to a coroner. By comparison in the previous year there were 6,388 deaths in the Province of which 1,626 or 25.5% were reported to a coroner.

Appreciation is expressed to all law enforcement agencies and to all other related agencies who have, through the year, co-operated and assisted in the investigations which have been processed through Coroner Services. Also, gratitude is expressed to all coroners who have shown, once again, a high level of dedication and professionalism, frequently under adverse conditions.

The Chief Coroner invites comments or suggestions for modifying or improving any part of the report or regarding any aspect of the overall delivery of coroner services in the Province.

Comments should be directed to:

**The Office of the Chief Coroner**  
P. O. Box 6000  
Fredericton, New Brunswick  
E3B 5H1  
Phone (506) 453-3604  
Fax (506) 462-2038

Au cours de l'exercice couvert par ce rapport, la registraire générale des statistiques de l'état civil a rapporté 6 344 décès dans la province dont 1 616 ou 25,5 pour cent ont été signalés aux coroners. En comparaison, pour l'exercice précédent, 6 388 décès sont survenus dans la province dont 1 626 ou 25,5 pour cent nous avaient été signalés.

Nous sommes reconnaissants envers toutes les agences de maintien de l'ordre et les organismes connexes qui ont collaboré avec nous et nous ont aidés à mener les enquêtes au cours de l'année qui vient de s'écouler. Nous remercions également tous les coroners qui ont fait preuve, encore une fois, de dévouement et de professionnalisme, souvent dans des circonstances difficiles.

Le coroner en chef invite le public à nous faire part de ses observations ou de ses suggestions qui pourraient contribuer à améliorer ce rapport ou les services offerts par le bureau du coroner de la province.

Prière de faire parvenir vos observations à l'adresse suivante :

**Bureau du coroner en chef**  
C.P. 6000  
Fredericton (Nouveau-Brunswick)  
E3B 5H1  
Téléphone : (506) 453-3604  
Télécopieur : (506) 462-2038

---

## Statistical Summary of Investigated Deaths

The information provided in this Annual Report is presented for the calendar year 2010.

Annual Reports of the Chief Coroner were presented by calendar year from 1972 to 1992. In 1992/93, the Chief Coroner changed the reporting period to fiscal year to coincide with the implementation of a new computer system. In 2005, the Chief Coroner made the decision to revert to calendar year to coincide with statistical reporting by other Coroner and Medical Examiners across Canada. This will facilitate data sharing and comparison with other provincial and federal government agencies.

Since January 1, 1987 deaths reported to and investigated by Coroner Services have been classified in five distinct categories: natural, accident, suicide, homicide and undetermined.

The natural category covers all deaths by disease or **natural causes**.

The accident category covers all **accidental** deaths including all deaths involving motor vehicles where there is no obvious intention to cause death to another person. For example, if a person is intoxicated causing death the coroner's classification will be accidental.

## Résumé statistique des investigations menées à la suite de décès

Les renseignements fournis dans le présent rapport annuel concernent l'année civile 2010.

De 1972 à 1992, les rapports du coroner en chef étaient présentés par année civile. En 1992-1993, la mise en œuvre d'un nouveau système informatique a motivé la décision du coroner en chef d'adopter une période de référence correspondant à l'année financière. En 2005, la coroner en chef a décidé de revenir à l'année civile pour s'ajuster à la façon dont les autres coroners et médecins légistes du Canada présentent leurs rapports statistiques. Elle voulait également faciliter l'échange d'information et les comparaisons avec d'autres organismes provinciaux et fédéraux.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1987, les décès signalés au Service des coroners et sur lesquels celui-ci doit faire une investigation sont classés dans cinq catégories distinctes : mort naturelle, accident, suicide, homicide et décès d'origine inconnue.

La catégorie des **morts naturelles** englobe tous les décès survenus à la suite d'une maladie ou attribuables à des causes naturelles.

La catégorie des **accidents** englobe tous les décès accidentels, y compris ceux impliquant des véhicules à moteur sans qu'il existe d'intention évidente de provoquer la mort de quelqu'un. Ainsi, une personne en état d'ébriété qui cause la mort de quelqu'un dans un accident de la route pourra être accusée de négligence criminelle, mais le coroner parlera tout de même d'accident.

---

The **suicide** category covers all cases of obvious suicide.

The **homicide** category covers all cases of homicide except where a motor vehicle is involved and there is no obvious intention to cause death to another person.

The **undetermined** category covers any death where it is impossible to determine whether the death was accidental, suicide, homicide or natural. Coroners are instructed to make all possible efforts to classify deaths in one of the other categories before considering this category. An example of a difficult case, which might fall in this category, is that of drug overdose where it is impossible to determine whether death was accidental, suicide or homicide.

The tables included in this report identify the **Environment**, that is the principal **location** of where the death occurred and the **Death Factor**, that is an action, force, instrument or disease which led directly toward death.

La catégorie des **suicides** englobe tous les cas évidents de suicide.

La catégorie des **homicides** englobe tous les cas évidents d'homicide, sauf si un véhicule à moteur est impliqué et qu'il n'existe aucune intention évident de provoquer la mort de quelqu'un.

La catégorie des **décès d'origine inconnue** englobe les cas où il est impossible de déterminer s'il s'agit de l'une ou l'autre des quatre catégories décrites ci-dessus. Les coroners se doivent évidemment de tout faire pour n'en arriver à cette conclusion qu'en dernier ressort. Un exemple de cas difficile qui pourrait être classé dans ce groupe serait celui d'une surdose de drogue où il est impossible de déterminer s'il s'agit d'un accident, d'un suicide ou d'un homicide.

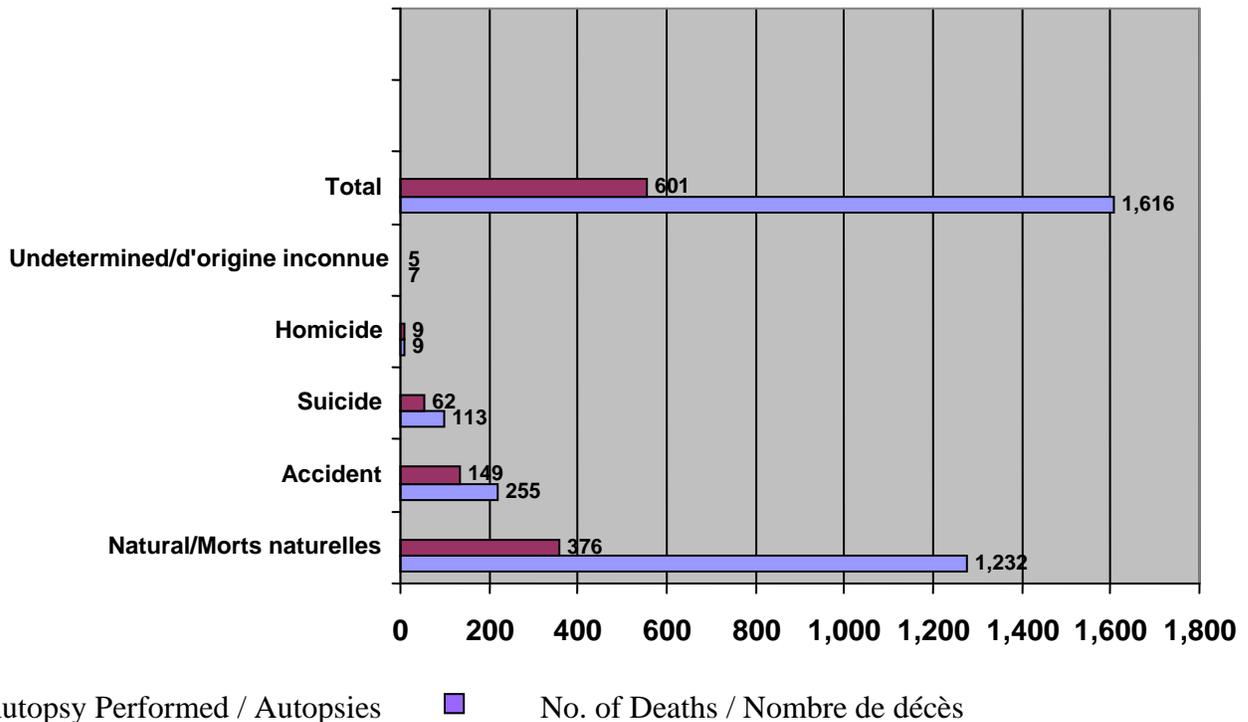
Les tableaux de ce rapport identifient le **Lieu**, c'est-à-dire 'endroit principal où le décès est survenu, et au **Facteur de mortalité**, c'est-à-dire l'action, la mesure de violence, l'instrument ou la maladie qui a été la cause directe du décès.

**PROVINCIAL SUMMARY - SCHEDULE A-1 / SOMMAIRE PROVINCIAL - TABLEAU A-1**  
from/de 2010.01.01 to/au 2010.12.31

Classification/ Catégorie de décès	No. of Deaths/ Nombre de décès	% of Deaths/ de décès	Rate per 100,000 Population / Taux d'incidence par 100 000 habitants	Autopsy Performed/ Autopsies	% of classification/ de la catégorie de décès
Natural/Morts naturelles	1,232	76.2	163.9	376	30.5
Accident	255	15.8	33.9	149	58.4
Suicide	113	7.0	15.0	62	54.9
Homicide	9	0.6	1.2	9	100.0
Undetermined/Décès d'origine inconnue	7	0.4	0.9	5	71.4
Total	1,616	100.0		601	

Based on a population of / sur une population de **751,755**

**PROVINCIAL SUMMARY - SCHEDULE A-1 / SOMMAIRE PROVINCIAL - TABLEAU A-1**  
from/de 2010.01.01 to/au 2010.12.31



NOTE : Based upon Statistics Canada postcensal population estimates for N. B. census divisions (released September 23, 2011). Sub-county estimates are based on the 2010 Census population share of the county.

NOTE : Données fondées sur les estimations postcensitaires de Statistique Canada pour les Divisions de recensement du Nouveau-Brunswick (publiées le 23 septembre 2011). Les estimations relatives aux régions à l'intérieur des comtés sont fondées sur les données du recensement de 2010 sur la proportion de population dans chaque comté.

**Provincial Summary - Deaths Investigated by Classification, by Month - Schedule A-2 /  
Sommaire provincial - Nombre de décès examinés par catégorie, par mois - Tableau A-2**  
from/de 2010.01.01 to/au 2010.12.31

Classification/ Catégorie de décès	Jan/ jan	Feb/ fev	Mar/ mars	April/ Avril	May/ mai	June/ Juin	July/ juillet	Aug/ août	Sept/ sept	Oct/ oct	Nov/ nov	Dec/ déc	Total
Natural/Morts naturelles	110	104	103	120	92	91	95	89	92	111	115	110	1,232
Accident	19	13	23	13	21	20	29	23	19	30	22	23	255
Suicide	12	4	15	14	11	10	6	10	8	10	8	5	113
Homicide	0	0	2	0	2	0	0	2	2	0	1	0	9
Undetermined/ Décès d'origine inconnue	1	0	0	1	2	0	0	0	0	2	0	1	7
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>121</b>	<b>143</b>	<b>148</b>	<b>128</b>	<b>121</b>	<b>130</b>	<b>124</b>	<b>121</b>	<b>153</b>	<b>146</b>	<b>139</b>	<b>1,616</b>

**DEATHS INVESTIGATED BY JUDICIAL DISTRICT - SCHEDULE A-3 /  
NOMBRE DE DÉCÈS EXAMINÉS PAR CIRCONSCRIPTION JUDICIAIRE - TABLEAU A-3**  
from/de 2010.01.01 to/au 2010.12.31

	Judicial Districts / Circonscriptions judiciaires										Province
	Bathurst	Campbellton	Edmundston	Fredericton	Miramichi	Moncton	Saint John	Woodstock			
Natural/Morts naturelles	107	48	69	171	74	205	527	31			1,232
Accident	28	7	21	36	22	66	64	11			255
Suicide	13	6	13	17	8	32	17	7			113
Homicide	0	0	1	0	1	4	3	0			9
Undetermined/Décès d'origine inconnue	0	2	0	0	1	0	4	0			7
<b>Total / Totaux</b>	<b>148</b>	<b>63</b>	<b>104</b>	<b>224</b>	<b>106</b>	<b>307</b>	<b>615</b>	<b>49</b>			<b>1,616</b>
% of Provincial Total / % de cas par rapport au total provincial	9.2	3.9	6.4	13.9	6.6	19.0	38.0	3.0			100
<b>Population</b>	<b>77,757</b>	<b>32,203</b>	<b>42,071</b>	<b>136,462</b>	<b>47,840</b>	<b>203,981</b>	<b>173,630</b>	<b>37,811</b>			<b>751,755</b>
<b>Death Rate per 100,000 population / Taux de mortalité par 100 000 habitants</b>											
Natural/Morts naturelles	137.6	149.1	164.0	125.3	154.7	100.5	303.5	82.0			163.9
Accident	36.0	21.7	49.9	26.3	46.0	32.4	36.9	29.1			33.9
Suicide	16.7	18.6	30.9	12.5	16.7	15.7	9.8	18.5			15.0
Homicide	0.0	0.0	2.4	0.0	2.1	2.0	1.7	0.0			1.2
Undetermined/Décès d'origine inconnue	0.0	6.2	0.0	0.0	2.1	0.0	2.3	0.0			0.9
<b>Total deaths by trauma (accident, suicide, homicide) / Total de décès par trauma (accident, suicide, homicide)</b>	<b>41</b>	<b>13</b>	<b>35</b>	<b>53</b>	<b>31</b>	<b>102</b>	<b>84</b>	<b>18</b>			<b>377</b>
<b>Rate per 100,000 population / Taux d'incidence par 100 000 habitants</b>	<b>52.7</b>	<b>40.4</b>	<b>83.2</b>	<b>38.8</b>	<b>64.8</b>	<b>50.0</b>	<b>48.4</b>	<b>47.6</b>			<b>50.1</b>

**PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL  
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND JUDICIAL DISTRICT - SCHEDULE B-1 /  
MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR CIRCONSCRIPTIONS JUDICIAIRES - TABLEAU B-1**

from/de 2010.01.01 / to/au 2010.12.31

Judicial Districts / Circonscriptions Judiciaires	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70 / Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie	
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F							
Bathurst	2	0	2	0	1	0	3	1	4	1	4	0	4	6	20	8	28	11.0	9	6.0	
Campbellton	0	0	2	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	5	2	7	2.7	4	2.7	
Edmundston	0	1	3	0	1	2	4	0	3	2	1	1	2	1	14	7	21	8.2	16	10.7	
Fredericton	1	0	1	0	2	0	7	0	2	3	1	1	9	9	23	13	36	14.1	21	14.1	
Miramichi	1	1	1	0	4	1	1	0	0	0	4	2	6	1	17	5	22	8.6	16	10.7	
Moncton	3	5	9	4	4	1	9	4	7	3	4	0	8	5	44	22	66	25.9	25	16.8	
Saint John	4	3	8	2	0	0	5	4	10	1	6	2	7	12	40	24	64	25.1	49	32.9	
Woodstock	1	0	1	1	1	0	1	0	0	2	3	0	1	0	8	3	11	4.3	9	6.0	
Males / Hommes	12		27		13		30		27		24		38		171						
% Total - Males/Hommes	4.7		10.6		5.1		11.8		10.6		9.4		14.9		67.1		255	100.0	149	100.0	
Females / Femmes	10		7		4		10		12		6		35		84						
% Total - Females/ Femmes	3.9		2.7		1.6		3.9		4.7		2.4		13.7		32.9						
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	22		34		17		40		39		30		73								
% of Classification Total / % pour total de la Catégorie	8.6		13.3		6.7		15.7		15.3		11.8		28.6								

**PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL  
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE B-2 /  
MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU B-2**  
from/de 2010.01.01 / to/au 2010.12.31

Death Factor Description du facteur de mortalité	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70 / Plus de 70		Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F				
Drowning Open Water / Noyade – en eau libre	0	0	2	0	1	0	1	0	1	0	2	0	0	0	7	2.7	7	4.7
Drowning – Other - Marsh, Dam, etc. / Noyade – autre - marais - barrage, etc.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.4	1	0.7
Drowning - Pond/Quarry / Noyade - étang, carrère	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0.8	2	1.3
Drowning - Ice Covered Water / Noyade - eau recouverte de glace	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.4	1	0.7
Trauma of Vehicle Collision / Traumatisme dû à une collision de véhicule	5	4	11	3	5	1	8	5	8	3	6	1	2	2	64	25.0	38	25.4
Trauma of Vehicle Upset/Rollover / Traumatisme à la suite du renversement d'un véhicule à moteur	2	2	1	2	1	1	2	0	2	0	0	0	0	0	13	5.1	9	6.0
Trauma of Vehicle/Pedestrian Collision / Traumatisme résultant d'une collision entre un véhicule à moteur et un piéton	1	4	2	0	0	0	2	1	1	0	3	0	1	2	17	6.7	7	4.7

**PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL  
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE B-2/  
MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU B-2**

from/de 2010.01.01 / to/au 2010.12.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70/ Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F						
Trauma of Recreational Vehicle Collision / Traumatisme dû à une collision de véhicule récréatif	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	2	0	0	0	6	0	6	2.4	5	3.4
Trauma of Recreational Vehicle Upside/Rollover / Traumatisme à la suite du renversement d'un véhicule récréatif	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	2	3	1.2	3	2.0
Trauma of Air Crash / Traumatisme dû à un accident d'avion	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0.4	1	0.7
Blunt Trauma, Accidental / Traumatisme dû à un objet contondant - accidentel	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	4	1	5	2.0	3	2.0
Crushed and/or Buried / Écrasé et/ou enterré	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0.4	0	0.0
Cuts, Stabs / Coupsures, coups de poignard	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0.8	1	0.7

**PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL  
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE B-2 /  
MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU B-2**

from/de 2010.01.01 / to/au 2010.12.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70/ Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F						
Exposure to cold / Hypothermie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0.4	1	0.7
Fire – Structural / Incendie des bâtiments	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	2	1	2	5	4	9	3.5	7	4.7
Fire - Self / Immolation par le feu	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2	0	2	0.8	1	0.7
Fall or jump – different level, eg. bridge, building / Chute ou saut – à partir de hauteurs différentes, par ex. d'un pont, d'un bâtiment	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0.4	0	0.0
Fall or jump – same level / Chute ou saut – à partir du sol	0	0	1	0	0	0	2	0	5	1	2	0	25	28	35	29	64	25.0	14	9.4
Object caught in throat / Objet obstruant la gorge et causant l'étouffement	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	3	0	3	1.2	1	0.7
Asphyxia / Asphyxie	0	0	0	1	2	0	0	0	1	2	0	1	2	0	5	4	9	3.5	7	4.7
Sexual Asphyxia / Asphyxie - jeu sexuel	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.4	1	0.7

**PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL  
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE B-2 /  
MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU B-2**  
from/de 2010.01.01 / to/au 2010.12.31

Death Factor / Description du facteur de mortalité	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70/ Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F						
Positional Asphyxia /Asphyxie positionnelle	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	2	0.8	2	1.3
Aspiration / Aspiration	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	2	2	4	1.6	3	2.0
Suffocation / Suffocation	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0.4	0	0.0
Hanging / Pendaison	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.4	1	0.7
Carbon Monoxide Poisoning - Vehicle Exhaust / Empoisonnement au monoxide de carbone - Gaz d'échappement d'un véhicule	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0.4	1	0.7
Carbon Monoxide Poisoning / Empoisonnement au monoxide de carbone	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	0	2	0.8	2	1.3
Drug / Drogue	0	0	3	0	1	2	6	3	2	2	1	0	0	0	13	7	20	7.7	19	12.7
Alcohol and Drug / Combinaison drogue et alcool	0	0	1	1	0	0	2	1	0	0	1	0	0	0	4	2	6	2.4	6	4.0

**PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL  
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE B-2/  
MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU B-2**

from/de 2010.01.01 / to/au 2010.12.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70 / Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F						
Alcohol Poisoning / Intoxication par l'alcool	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	1	0	4	0	4	4	1.6	2.7
Shooting - Rifle / Fusillade - carabine	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0.4	0.7
Males / Hommes	12		27	13	30	27	24	38	171								255		100.0	100.0
Females / Femmes	10		7	4	10	12	6	35	84											
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	22		34	17	40	39	30	73												

**PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL  
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE B-3 /  
MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU B-3**  
from/de 2010.01.01 / to/au 2010.12.31

Environment / Description du lieu de l'incidence	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70 / Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F						
Aircraft (on board) / Avion - passager	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0.4	1	0.7
Work Place / Lieu de travail	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	3	0	3	1.2	3	2.0
Open water (river, lake, stream, brook) / Eaux libres (fleuve, rivière, ruisseau, lac)	0	0	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4	0	4	1.6	4	2.7
Boating - personal watercraft, jet ski, etc. / Bateau - embarcation personnelle, jet ski, etc.	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0	2	0.8	2	1.3
Commercial Drivers - truck, taxi, school bus, etc. / Chauffeur de véhicules utilitaires - camion, taxi, autobus scolaire, etc.	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.4	1	0.7
Custody Federal Institution / Garde dans un établissement fédéral	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.4	0	0.0

**PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL  
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE B-3 /  
MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU B-3**  
from/de 2010.01.01 / to/au 2010.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70 / Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F						
Custody Provincial Institution / Garde dans un établissement provinciale	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0.4	1	0.7
Snowmobiling - anywhere off public road (driver) / Motoneige - n'importe où hors d'une route publique (conducteur)	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0.8	2	1.3
Snowmobiling - on public road (driver) / Motoneige - sur route publique (conducteur)	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.4	1	0.7
ATV driver - on public road / VTT conducteur - sur une route publique	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.4	1	0.7
ATV driver - off public road / VTT conducteur - n'importe où hors route publique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	2	1	3	1.2	2	1.3
ATV passenger - on public road / VTT passenger - sur une route publique	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.4	1	0.7

**PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL  
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE B-3 /  
MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU B-3**  
from/de 2010.01.01 / to/au 2010.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70/ Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F								
ATV passenger – off public road / VTT passager – n'importe où hors route publique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0.4	1	0.7
Public Road - driver / Route publique - conducteur	3	0	8	3	5	2	10	2	6	1	4	1	1	1	37	10	47	18.3	30	20.1
Public Road - passenger / Route publique - passager	3	6	2	2	0	0	0	2	1	2	1	0	1	1	8	13	21	8.2	12	8.1
Public Road - pedestrian / Route publique - piéton	0	2	1	0	0	0	1	1	1	0	3	0	1	2	7	5	12	4.7	5	3.4
Public Road - bicycle (not motorized vehicle) / Route publique - vélo (non motorisé)	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	1	4	1.6	2	1.3
Public Road - motorcycle driver / Route publique - motocycliste	1	0	2	0	1	0	0	0	4	0	1	0	0	0	9	0	9	3.5	6	4.0

**PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL  
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE B-3 /  
MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU B-3**  
from/de 2010.01.01 / to/au 2010.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70/ Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F						
Public Road – motorcycle passenger / Route publique - passager sur une motocyclette	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0.4	0	0.0
Hospital Other (ward, ICU, etc.) / Autre services à l'hôpital (unité, soins intensifs, autres)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	4	2	6	2.4	1	0.7
Nursing Home / Foyers de soin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	5	7	5	12	4.7	1	0.7
Homes for Special Care / Foyer de soins spéciaux	0	0	0	0	1	0	2	0	1	1	0	0	1	1	5	2	7	2.7	4	2.7
Living inside, residence or on property / A l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur un bien-fonds	2	1	6	2	2	2	10	4	11	6	11	4	20	22	62	41	103	40.3	60	40.2

**PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL  
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE B-3 /  
MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU B-3**

from/de 2010.01.01 / to/au 2010.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70 / Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F						
Inside, other than residence (mall, tavern, restaurant) / À l'intérieur d'un bâtiment autre qu'une résidence (centre commercial, brasserie, restaurant)	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	3	2	1.3	
Urban Outdoors – public place & other (not residence) / À l'extérieur, en milieu urbain – lieu public ou autre (pas un domicile)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	0	3	1	4	3	2.0	
Rural Outdoors (not built up place or near residence) / À l'extérieur, en milieu rural (loin des bâtiments ou des résidences)	0	0	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4	0	4	3	2.0	
Males / Hommes	12		27		13		30		27		24		38		171		255	149	100.0	
Females / Femmes	10		7		4		10		12		6		35		84					
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	22		34		17		40		39		30		73							

**PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL**  
**SUICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND JUDICIAL DISTRICT - SCHEDULE C-1 /**  
**SUICIDE PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR CIRCONSCRIPTIONS JUDICIAIRES - TABLEAU C-1**  
 from/de 2010.01.01 / to/au 2010.12.31

Judicial Districts / Circonscriptions Judiciaires	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70/ Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F						
Bathurst	0	0	1	0	0	1	3	0	4	1	3	0	0	0	11	2	13	11.5	3	4.8
Campbellton	0	1	0	0	0	0	0	0	2	2	1	0	0	3	3	3	6	5.3	3	4.8
Edmundston	1	0	0	2	1	0	2	0	2	1	2	0	2	10	3	3	13	11.5	5	8.1
Fredericton	0	0	4	1	4	3	1	0	1	1	2	0	0	12	5	17	15.0	13	21.0	
Miramichi	0	0	1	0	1	0	1	0	3	1	0	0	1	7	1	8	7.1	8	12.9	
Moncton	1	1	8	1	4	0	7	1	6	1	2	0	0	28	4	32	28.3	8	12.9	
Saint John	0	1	4	1	1	1	3	1	4	0	1	0	0	13	4	17	15.0	16	25.8	
Woodstock	0	0	0	0	1	0	2	0	2	0	0	1	0	6	1	7	6.2	6	9.7	
Males / Hommes	2		18		12		19		24		11		4	90						
% Total - Males/Hommes	1.8		15.9		10.6		16.8		21.2		9.7		3.5	79.5			113	100.0	62	100.0
Females / Femmes	3		5		5		2		7		1		0	23						
% Total - Females/ Femmes	2.7		4.4		4.4		1.8		6.2		0.9		0.0	20.4						
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	5		23		17		21		31		12		4							
% of Classification Total / % pour total de la Catégorie	4.4		20.4		15.0		18.6		27.4		10.6		3.5							

**PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL  
SUICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE C-2 /  
SUICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU C-2**

from/de 2010.01.01 / to/au 2010.12.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70 / Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F						
Hanging / Pendaison	1	3	9	2	7	1	8	0	6	1	2	1	2	0	35	8	43	38.0	17	27.5
Trauma of Vehicle Collision / Traumatisme dû à une collision de véhicule	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	1.8	2	3.2
Trauma of Vehicle/Pedestrian Collision / Traumatisme résultant d'une collision entre un véhicule à moteur et un piéton	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.9	0	0.0
Ethylene Glycol / Éthylène glycol	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.9	1	1.6
Carbon Monoxide Poisoning - Vehicle Exhaust / Empoisonnement au monoxide de carbone – gaz d'échappement d'un véhicule	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.9	1	1.6
Drug/ Drogue	0	0	0	0	0	2	2	0	4	4	1	0	0	0	7	6	13	11.4	11	17.8

**PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL  
SUICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE C-2 /  
SUICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU C-2**  
from/de 2010.01.01 / to/au 2010.12.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70 / Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F						
Alcohol & Drug / Combinaison drogue et alcool	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	2	1.8	1	1.6
Shooting - Rifle / Fusillade, carabine	0	0	1	0	3	0	3	0	5	0	5	0	1	0	18	0	18	15.8	10	16.2
Shooting - Shotgun / Fusillade, fusil de chasse	1	0	1	0	1	1	1	0	3	0	0	0	1	0	8	1	9	8.0	3	4.8
Shooting - Handgun / Fusillade, arme de poing	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.9	0	0.0
Fall or jump - different level ; eg. bridge, building / Chute ou saut - à partir de hauteurs différentes, par ex. d'un pont, d'un bâtiment	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	1	3	2.7	3	4.8
Burns - Heat / Brûlures - par la chaleur	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.9	0	0.0
Fire - Self / Immolation par le feu	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0.9	1	1.6

**PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL  
SUICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE C-2 /  
SUICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU C-2**  
from/de 2010.01.01 / to/au 2010.12.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70 / Plus de 70			Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F							
Fire - Structural / Incendie de bâtiments	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0.9	1	1.6	
Asphyxia / Ashyxié I	0	0	0	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	2	4	3.5	3	4.8	
Drowning Open Water / Noyade - en eau libre	0	0	1	0	1	0	1	0	3	1	2	0	0	0	8	1	9	8.0	6	9.7	
Drowning - Bathtub / Noyade - baignoire	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0.9	1	1.6	
Blunt Trauma / Traumatisme dû à un objet contondant	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0.9	0	0.0	
Explosion / Explosion	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0.9	1	1.6	
Males / Hommes	2	18	12	19	24	11	4	90	113	100.0	62	100.0									
Females / Femmes	3	5	5	2	7	1	0	23													
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	5	23	17	21	31	12	4														

**PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL  
SUICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE C-3 /  
SUICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU C-3**  
from/de 2010.01.01 / to/au 2010.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70 / Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F						
Custody Federal Institution / Garde dans un établissement fédéral	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.9	1	1.6
Work Place / Lieu de travail	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0.9	0	0.0
Living inside, residence or on property / À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur un bien-fonds	2	3	9	4	8	5	14	2	17	5	8	1	3	0	61	20	81	71.6	43	69.3
Homes for Special Care / Foyer de soins spéciaux	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.9	0	0.0
Nursing Home / Foyers de soins	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0.9	0	0.0
Urban Outdoors - public place and other (not residence) / À l'extérieur, en milieu urbain - lieu public ou autre (pas un domicile)	0	0	1	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	5	0	5	4.4	4	6.5

**PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL  
SUICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE C-3 /  
SUICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU C-3**  
from/de 2010.01.01 / to/au 2010.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70/ Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F						
Rural Outdoors (not built up place or near residence) / À l'extérieur, en milieu rural (loin des bâtiments ou des résidences)	0	0	2	0	2	0	2	0	1	1	1	0	0	0	8	1	9	7.9	5	8.1
Railway – not on board (crossing tracks) / Voie ferrée – non passager (traverser voie)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0.9	0	0.0
Public Road - driver / Route publique - conducteur	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	1.8	1	1.6
Public Road - passenger / Route publique - passager	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0.9	1	1.6
Public Road – pedestrian / Route publique - piéton	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.9	0	0.0

**PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL  
SUICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE C-3 /  
SUICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU C-3**  
from/de 2010.01.01 / to/au 2010.12.31

Environment / Description du lieu de l'incidence	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70 / Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F						
Open Water (river, lake, stream, brook) / Eaux libres (fleuve, rivière, ruisseau, lac)	0	0	2	0	1	0	2	0	2	0	2	0	0	0	8	0	8	7.1	6	9.7
Camping/Tenting / Camping/Tenting	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0.9	1	1.6
Males / Hommes	2		18		12		19		24		11		4		90		113	100.0	62	100.0
Females / Femmes	3		5		5		2		7		1		0			23				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	5		23		17		21		31		12		4							

**PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL  
HOMICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND JUDICIAL DISTRICT - SCHEDULE D-1 /  
HOMICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR CIRCONSCRIPTIONS JUDICIAIRES - TABLEAU D-1**  
from/de 2010.01.01 / to/au 2010.12.31

Judicial Districts / Circonscriptions Judiciaires	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70/ Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F						
Edmundston	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	11.1
Miramichi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	11.1
Moncton	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	2	4	4	4	44.4
Saint John	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	1	3	3	3	33.3
Males / Hommes	0	2	2	2	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	4					
% Total - Males/Hommes	0.0	22.2	22.2	22.2	0.0	11.1	11.1	11.1	11.1	11.1	0.0	0.0	0.0	0.0	44.4		9	9	100.0	100.0
Females / Femmes	0	2	2	2	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1		5				
% Total - Females/ Femmes	0.0	22.2	22.2	22.2	0.0	11.1	11.1	11.1	0.0	11.1	11.1	11.1	11.1	11.1		55.5				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	0	4	4	4	0	2	2	2	1	1	1	1	1	1						
% of Classification Total / % pour total de la Catégorie	0.0	44.4	44.4	44.4	0.0	22.2	22.2	22.2	11.1	11.1	11.1	11.1	11.1	11.1						

**PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL  
HOMICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE D-2 /  
HOMICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU D-2**  
from/de 2010.01.01 / to/au 2010.12.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70/ Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F						
Blunt Trauma, beating / Traumatisme dû à un objet contondant – acte de viol	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	2	22.2	2	22.2
Cuts, Stabs / Coupsures, coups de poignard	0	0	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	1	4	44.5	4	44.5
Strangulation / Étranglement	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	11.1	1	11.1
Shooting - Rifle / Fusillade - carabine	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	2	22.2	2	22.2
Males / Hommes	0	0	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	4	4	9	100.0	9	100.0
Females / Femmes	0	0	2	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	5	5	100.0	5	100.0
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	0	0	4	0	0	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11.1	1	11.1

**PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL  
HOMICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE D-3 /  
HOMICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU D-3**  
from/de 2010.01.01 / to/au 2010.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70 / Plus de 70		Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F				
Living Inside, Residence or on Property / À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur un bien-fonds	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	4	44.5	4	44.5
Hotel/Motel / Hôtel/Motel	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	11.1	1	11.1
Urban Outdoors - public place and other (not residence) / À l'extérieur, en milieu urbain - lieu public ou autre (pas un domicile)	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	22.2	2	22.2
Rural Outdoors (not built up place or near residence) / À l'extérieur, en milieu rural (loin des bâtiments ou des résidences)	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	11.1	1	11.1

**PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL  
HOMICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE D-3/  
HOMICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU D-3**

from/de 2010.01.01 / to/au 2010.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70/ Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F						
Custody Federal Institution / Garde dans un établissement fédéral	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	11.1	1	11.1
Males / Hommes	0		2		0		1		1		0		0		4					
Females / Femmes	0		2		0		1		0		1		1			5	9	100.0	9	100.0
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	0		4		0		2		1		1		1							



**PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL  
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE E-2 /  
MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU E-2**  
from/de 2010.01.01 / to/au 2010.12.31

Death Factor Description / facteur de mortalité	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70 / Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie	
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F							
Medical Procedure / Intervention médicale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0.1	1	0.3	
Aspiration / Aspiration	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	3	0.2	1	0.3	
Chronic Use of Alcohol / Abus chronique de l'alcool	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0.1	1	0.3	
Allergic Reaction / Réaction allergique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0.1	0	0.0	
Live Birth (1 day) / Bébé ayant vécu moins d'une journée	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.1	0	0.0	
Natural Disease / Décès naturel à la suite de maladie	10	1	5	4	7	6	45	18	113	47	176	92	350	351	706	519	1,225	99.4	373	99.1	
Males / Hommes	12		5		7		45		113		177		351		710						
Females / Femmes	1		4		6		18		47		92		354			522	1,232	100.0	376	100.0	
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	13		9		13		63		160		269		705								

**PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL  
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE E-3 /  
MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU E-3**  
from/de 2010.01.01 / to/au 2010.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70/ Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F						
Factory, Plant, Warehouse (inside) / Manufacture, usine, entrepôt (à l'intérieur)	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0	2	0.2	2	0.5
Work Place / Lieu de travail	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	3	0	3	0.2	3	0.8
Hotel/Motel / Hôtel/Motel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	2	0.2	2	0.5
Community Residence / Établissement résidentiel communautaire	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0.1	0	0.0
Unlicensed Residential Homes (retirement, rest, etc.) / Foyers sans permis (maison de retraite, de repos, autres)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	3	1	4	0.3	0	0.0
Nursing Home / Foyers de soins	0	0	0	0	0	0	2	1	2	0	3	5	31	67	38	73	111	9.0	12	3.2
Homes for Special Care / Foyer de soins spéciaux	0	0	0	0	1	0	0	0	5	1	3	3	12	17	21	21	42	3.4	9	2.4

**PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL  
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE E-3 /  
MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU E-3**

from/de 2010.01.01 / to/au 2010.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70 / Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F						
Rooming/Boarding House/Halfway Home/ Group Home / Chambre louée/maison de pension/maison de transition/foyer de groupe	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	3	0	3	0.2	2	0.5
Living inside, residence or on property / À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur un bien-fonds	7	0	4	4	6	4	37	16	85	42	145	74	277	245	561	385	946	76.7	302	80.2
Inside, other than residence (mall, tavern, restaurant) / À l'intérieur d'un bâtiment autre qu'une résidence (centre commercial, brasserie, restaurant)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	1	3	3	7	4	11	0.9	5	1.3
Hospital Emergency NON DOA / Salle d'urgence - victime vivante à l'arrivée	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2	2	0.2	1	0.3

**PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL  
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE E-3 /  
MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU E-3**  
from/de 2010.01.01 / to/au 2010.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 – 19		20 – 30		31 – 40		41 – 50		51 – 60		61 – 70		Over 70/ Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F						
Hospital Emergency - DOA / Salle d'urgence - victime morte à l'arrivée	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0.1	0	0.0
Hospital Operating Room / Salle d'opération	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	7	3	8	11	0.9	3	0.8
Hospital – Other (ward, ICU, etc.) / Autres services à l'hôpital (unité, soins intensifs, autres)	5	0	0	0	0	2	1	0	3	2	4	5	13	12	26	21	47	3.8	9	2.4
Psychiatric Hospital / Hôpital psychiatrique	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	2	2	4	4	0.3	1	0.3
Rehabilitation Facility / Centre de réadaptation	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0.1	1	0.3
Doctor's Office / Bureau du médecin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0.1	1	0.3
Custody Federal Institution / Garde dans un établissement fédéral	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0.1	0	0.0
Aircraft (on board) / Avion (passager)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0.1	1	0.3

**PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL**  
**NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE E-3 /**  
**MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU E-3**  
 from/de 2010.01.01 / to/au 2010.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70/ Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F						
Camping/Tenting / Camping/Tenting	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	0	2	0.2	0	0.0
Other Outdoor Recreation / Autres moyens de récréation extérieure	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.1	1	0.3
Rural outdoors (not built up place or near residence) / À l'extérieur, en milieu rural (loin des bâtiments ou des résidences)	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	2	1	1	0	7	1	8	0.6	2	0.5
Urban outdoors - public place & other (not residence) / À l'extérieur, en milieu urbain - lieu public ou autre (pas un domicile)	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	4	0	1	0	8	0	8	0.6	5	1.3
Public Road (driver) / Route publique (conducteur)	0	0	1	0	0	0	2	0	5	0	6	0	1	0	15	0	15	1.2	13	3.5
Public Road (passenger) / Route publique (passager)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	2	0.2	1	0.3

**PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL  
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE E-3 /  
MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU E-3**  
from/de 2010.01.01 / to/au 2010.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70/ Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Femate/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F						
Public Road (pedestrian) / Route publique – (iéton)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0.1	0	0.0
Public Road - bicycle (not motorized vehicle) / Route publique - vélo (non motorisé)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0.1	0	0.0
Males / Hommes	12		5		7		45		113		177		351		710					
Females / Femmes	1		4		6		18		47		92		354		522		1,232	100.0	376	100.0
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	13		9		13		63		160		269		705							

**PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL  
UNDETERMINED DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND JUDICIAL DISTRICT - SCHEDULE F-1 /  
DÉCÈS D'ORIGINE INCONNUE PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR CIRCONSCRIPTIONS JUDICIAIRES - TABLEAU F-1**

from/de 2010.01.01 / to/au 2010.12.31

Judicial Districts / Circonscriptions Judiciaires	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70 / Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie	
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F							
Campbellton	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	2	28.6	2	40.0	
Miramichi	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	14.3	1	20.0	
Saint John	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	4	0	4	57.1	2	40.0	
Males / Hommes	2	0	0	0	0	0	0	0	1	3	3	3	0	0	6						
% Total - Males/Hommes	28.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	14.3	42.9	42.9	42.9	0.0	0.0	85.8						
Females / Femmes	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0		1	7	100.0	5	100.0	
% Total - Females/ Femmes	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	14.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		14.3					
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	2	0	0	0	0	0	0	0	2	3	3	3	0	0							
% of Classification Total / % pour total de la Catégorie	28.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	28.6	42.9	42.9	42.9	0.0	0.0							

**PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL  
UNDETERMINED DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE F-2 /  
DÉCÈS D'ORIGINE INCONNUE PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU F-2**  
from/de 2010.01.01 / to/au 2010.12.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70 / Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F						
Trauma of Vehicle Collision / Traumatisme dû à une collision de véhicule	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	14.3	1	20.0
Fall or Jump - same level / Chute ou saut - à partir du sol	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	14.3	0	0.0
Drug / Drogue	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	14.3	1	20.0
Natural Disease / Décès naturel à la suite de maladie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	14.3	0	0.0
No Anatomical Cause / Aucune cause anatomique	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	0	3	42.8	3	60.0
Males / Hommes	2	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	0	0	0	6	0	7	100.0	5	100.0
Females / Femmes	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	100.0	0	0.0
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	2	0	0	0	0	0	0	0	2	2	3	0	0	0	0	0	0	0.0	0	0.0

**PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL  
UNDETERMINED DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE F-3/  
DÉCÈS D'ORIGINE INCONNUE PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU F-3**  
from/de 2010.01.01 / to/au 2010.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70 / Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F						
Rural Outdoors (not built up place or near residence) / À l'extérieur, en milieu rural (loin de bâtiments ou des résidences)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	14.3	1	20.0
Living inside, residence or on property / À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur un bien- fonds	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2	1	3	42.8	2	40.0
Urban outdoors - public place & other (not residence) / À l'extérieur, en milieu urbain - lieu public ou autre (pas un domicile)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	14.3	0	0.0
Public Road - Driver / Route publique - conducteur	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	14.3	1	20.0

**PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL  
UNDETERMINED DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE F-3 /  
DÉCÈS D'ORIGINE INCONNUE PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU F-3**  
from/de 2010.01.01 / to/au 2010.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70/ Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F						
Ocean / Océan	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	14.3	1	20.0
Males / Hommes	2	0	0	0	1	0	0	0	3	0	0	0	0	6						
Females / Femmes	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	7	100.0	5	100.0
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	2	0	0	0	2	0	0	0	3	2	0	0	0							

---

## Schedule F

### Undetermined Deaths (Means of death impossible to determine)

There were seven deaths classified as Undetermined.

#### Two were in the Campbellton Judicial District:

##### Case #1

Death Factor: Drug  
Environment: Living inside, residence or on property

Age Group: 50 - 60  
Sex: Female  
An autopsy was performed.

##### Case #2

Death Factor: Trauma of Vehicle Collision  
Environment: Public Road - Driver  
Age Group: 60 - 70  
Sex: Male  
An autopsy was performed.

#### One was in the Miramichi Judicial District:

Death Factor: No Anatomical Cause  
Environment: Rural Outdoors (not built up place or near residence)  
Age Group: 50- 60  
Sex: Male  
An autopsy was performed.

## Tableau F

### Décès d'origine inconnue (Moyen de décès impossible à déterminer)

Sept décès ont été classés dans la catégorie de décès d'origine inconnue.

#### Deux décès sont survenus dans la circonscription judiciaire de Campbellton :

##### Premier cas

Facteur de mortalité : Drogue  
Lieu : A l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur la propriété

Groupe d'âge : 50 - 60  
Sexe : Femme  
Une autopsie a été pratiquée.

##### Deuxième cas

Facteur de mortalité : Traumatisme dû à une collision de véhicule  
Lieu : Route publique - conducteur  
Groupe d'âge : 60 - 70  
Sexe : Homme  
Une autopsie a été pratiquée.

#### Un décès est survenu dans la circonscription judiciaire de Miramichi :

Facteur de mortalité : Aucune cause anatomique  
Lieu : À l'extérieur, en milieu rural (loin de bâtiments ou des résidences)  
Groupe d'âge : 50 - 60  
Sexe : Homme  
Une autopsie a été pratiquée.

---

**Undetermined Deaths (continued)**  
**(Means of death impossible to determine)**

**Décès d'origine inconnue (suite)**  
**(Moyen de décès impossible à déterminer)**

**Four were in the Saint John Judicial District :**

**Quatre décès sont survenus dans la circonscription judiciaire de Moncton :**

**Case #1**

Death Factor: No Anatomical Cause  
Environment: Living inside, residence or on property

Age Group: 0- 10  
Sex: Male  
An autopsy was performed.

**Premier cas**

Facteur de mortalité : Aucune cause anatomique  
Lieu : A l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur la propriété

Groupe d'âge : 0 - 10  
Sexe : Homme  
Une autopsie a été pratiquée.

**Case #2**

Death Factor: Fall or Jump - same level  
Environment: Living inside, residence or on property

Age Group: 60- 70  
Sex: Male  
An autopsy was not performed.

**Deuxième cas**

Facteur de mortalité : Chute ou saut - à partir du sol  
Lieu : A l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur la propriété

Groupe d'âge : 60 - 70  
Sexe : Homme  
Une autopsie n'a pas été pratiquée.

**Case #3**

Death Factor: No Anatomical Cause  
Environment: Ocean  
Age Group: 0 - 10  
Sex: Male  
An autopsy was not performed.

**Troisième cas**

Facteur de mortalité : Aucune cause anatomique  
Lieu : Océan  
Groupe d'âge : 0 - 10  
Sexe : Homme  
Une autopsie n'a pas été pratiquée.

**Case #4**

Death Factor: Natural Disease  
Environment: Urban outdoors - public place & other (not residence)

Age Group: 60 - 70  
Sex: Male  
An autopsy was not performed.

**Quatrième cas**

Facteur de mortalité : Décès naturel à la suite de maladie  
Lieu : À l'extérieur, en milieu urbain - lieu public ou autre (pas un domicile)

Groupe d'âge : 60 - 70  
Sexe : Homme  
Une autopsie n'a pas été pratiquée.

---

## Summary of Inquests and Recommendations

Four inquests were held during the reporting period. This report mentions the replies received by the Office of the Chief Coroner as of December 2011, in response to the recommendations on inquests conducted in 2010.

### Inquest No. 1 - Randy Trenholm

An inquest was held from February 22 to March 4, 2010 in Moncton, New Brunswick, to review the death of Randy Nelson Trenholm. Randy Nelson Trenholm, 55, died while in custody in the Shediac RCMP Detachment on June 2, 2007.

The inquest into Mr. Trenholm's death centered around the circumstances and conditions of his detention and whether they contributed to his death, as well as the medical response during Mr. Trenholm's crisis.

On June 1, 2007, Mr. Trenholm was arrested by the RCMP and taken into custody at the Shediac RCMP where Mr. Trenholm was asked to take a breathalyser test. Mr. Trenholm was unable to provide a sufficient sample for the test and was charged with failing or refusing to take the breathalyser.

As a result of the charges Mr. Trenholm was placed in a cell and detained. During Mr. Trenholm's time in custody he was observed to be restless. Mr. Trenholm had been seen pacing, had vomited and eventually seemed to settle down; however, he did complain about having difficulty breathing.

## Résumé des enquêtes et des recommandations

Quatre enquêtes ont été tenues au cours de la période couverte par ce rapport. On y trouve les réponses reçues par le Bureau du coroner décembre 2009 relativement aux recommandations effectuées lors des enquêtes menées au cours de l'année 2011.

### Première enquête - Randy Trenholm

Une enquête a eu lieu du 22 février au 4 mars 2010 à Moncton, au Nouveau-Brunswick, relativement au décès de Randy Nelson Trenholm. Cet homme est décédé le 2 juin 2007 à l'âge de 55 ans alors qu'il était sous la garde du détachement de la GRC à Shediac.

L'enquête relative au décès de M. Trenholm a porté principalement sur les circonstances et les conditions de sa détention, à savoir si elles ont contribué ou non à son décès, ainsi que sur l'intervention médicale lorsque M. Trenholm était en état de crise.

Le 1<sup>er</sup> juin 2007, M. Trenholm a été arrêté par la GRC et placé sous garde au détachement de la GRC à Shediac où il a été appelé à subir un alcootest. Il n'a pas été en mesure de fournir un échantillon d'haleine suffisant pour l'alcootest et il a été accusé d'avoir échoué l'alcootest ou de refuser de fournir un échantillon d'haleine.

À la suite des accusations portées contre lui, M. Trenholm a été placé dans une cellule sous garde. Lors de son incarcération, on a constaté qu'il était agité. On a observé qu'il marchait de long en large, qu'il avait vomi et qu'il a semblé se calmer par la suite. Il s'est toutefois plaint d'avoir de la difficulté à respirer.

---

## **Inquest No. 1 - Randy Trenholm continued**

On June 2, 2007, at approximately 6:00 a.m., Mr. Trenholm was observed by the guard to be standing near the cell door shaking and having what appeared to the guard to have been a seizure. The staff called 911 and an ambulance arrived. Mr. Trenholm was assessed by the paramedics and he was not transported to the hospital. During this time Mr. Trenholm was unable to communicate and he remained in custody and a "Refusal of Transport or Treatment" form was signed by the guard. The paramedic advised the RCMP that if Mr. Trenholm's condition deteriorated further, to call and they would return.

At approximately 7:00 a.m. on June 2, Mr. Trenholm was observed pacing back and forth in his cell and by 7:30 a.m. he was lying down and thought to have been sleeping when he began shaking again. At approximately 8:42 a.m. Mr. Trenholm was seen shaking and demonstrating seizure-like activity. The guard advised the officer in charge about Mr. Trenholm's condition. The officer came to the cell area to check on Mr. Trenholm. At that time Mr. Trenholm's breathing was more laboured and eventually he went into cardiac arrest and the ambulance was again called to the detachment.

The RCMP staff began CPR until the arrival of the ambulance. Mr. Trenholm was transported at approximately 9:19 a.m. and was pronounced deceased at the emergency department at 10:00 a.m., June 2, 2007.

The autopsy findings determined the probable cause of death was as a result of pulmonary edema. The toxicology results indicated that Mr. Trenholm's blood alcohol readings at the time of his death was below the .08 legal limit and that the symptoms he was exhibiting were most likely as a result of his medical condition rather than a state of intoxication.

## **Première enquête - Randy Trenholm (suite)**

Le 2 juin 2007, à environ 6 h, le gardien a constaté que le détenu tremblait, debout, près de la porte de la cellule. Le gardien a alors cru que M. Trenholm était victime d'une crise. Les membres du personnel ont alors composé le 9-1-1 et l'ambulance est arrivée sur les lieux. M. Trenholm a été examiné par les ambulanciers et n'a pas été transporté à l'hôpital. Au cours de cette période, M. Trenholm était incapable de communiquer et il est demeuré sous garde. Le gardien a signé un formulaire de refus de traitement et de transport à l'hôpital. Les ambulanciers ont dit à la GRC de les appeler si l'état de la victime se détériorait davantage, et qu'ils reviendraient.

À environ 7 h, le 2 juin 2007, on a vu M. Trenholm marcher de long en large dans sa cellule. Vers 7 h 30, il s'est couché et on pensait qu'il dormait lorsqu'il a recommencé à trembler. À environ 8 h 42, on a constaté qu'il tremblait et présentait des symptômes semblables à ceux d'une crise. Le gardien a informé l'agent responsable de l'état du détenu. L'agent est allé dans le secteur des cellules pour vérifier l'état de M. Trenholm. À ce moment-là, le détenu avait plus de difficulté à respirer et il a fait un arrêt cardiaque. On a appelé les services d'urgence et l'ambulance est revenue au détachement.

Les membres de la GRC ont entrepris les manœuvres de réanimation cardiorespiratoire jusqu'à l'arrivée des ambulanciers. M. Trenholm a été transporté à l'hôpital à environ 9 h 19 et son décès a été prononcé au service d'urgence à 10 h, le 2 juin 2007.

Les résultats de l'autopsie indiquent que le décès est probablement attribuable à un œdème pulmonaire. Les résultats de l'analyse toxicologique indiquent que l'alcoolémie de la victime au moment de son décès était inférieure à la limite permise de 80 milligrammes par 100 millilitres de sang et que les symptômes qu'il présentait relevaient davantage de son état médical que d'un état d'ébriété.

---

## **Inquest No. 1 - Randy Trenholm continued**

The autopsy results also indicated that there were several possible contributing factors to his cause of death. These possible contributing factors included: coronary artery disease, aspiration of stomach content, stress, heat from the cell, claustrophobia, a possible altercation and alcohol withdrawal.

The inquest highlighted several other events that occurred during Mr. Trenholm's detention. The inmate monitoring system recording device was not functioning properly at the time and did not record any of the cell activity. There was a message received by the RCMP dispatcher from a friend of Mr. Trenholm's that was not passed along to or followed up by RCMP personnel. An issue arose regarding the fact that cell guards were not allowed to enter the cell to check a detainee, for personal safety reasons, without the assistance of a second officer despite the fact that the guard would often be the only person in the detachment. There was also the issue regarding the investigation of the incident and the fact that the RCMP themselves were part of or at least supporting the investigation team comprised of officers from the Fredericton Police Force.

The jury came to the conclusion that Randy Nelson Trenholm died on June 2, 2007 at or about 9:00 a.m. as a result of pulmonary edema in combination with stress from health, claustrophobia and alcohol withdrawal.

The jury made the following recommendations:

1. In case of apparent life-threatening situations, that under conditions where personal security of a guard would not likely be at risk, guards be authorized to enter a cell to render life-saving assistance to an inmate in distress."

## **Première enquête - Randy Trenholm (suite)**

Les résultats de l'autopsie ont également révélé que plusieurs autres facteurs ont pu contribuer à son décès. Ces autres facteurs comprennent la coronaropathie, l'inhalation du contenu de l'estomac, le stress, la chaleur dans la cellule, la claustrophobie, la possibilité d'une altercation et le sevrage de l'alcool.

L'enquête a fait ressortir plusieurs autres événements qui se sont produits lors de la détention de M. Trenholm. L'appareil d'enregistrement du système de surveillance des détenus ne fonctionnait pas bien à ce moment-là et aucune activité dans les cellules n'a été enregistrée. Un message d'un ami de la victime reçu par le répartiteur de la GRC n'a pas été transmis au personnel de la GRC qui n'en a pas assuré le suivi. Une question a été soulevée au sujet du fait que les gardiens n'étaient pas autorisés, pour des raisons de sécurité personnelle, à entrer dans une cellule pour vérifier l'état d'un détenu sans la présence d'un second gardien, même si le gardien était souvent seul au détachement. Il y avait également une question entourant l'enquête de l'incident, soit le fait que la GRC elle-même participait à l'équipe d'enquêteurs formée d'agents du service de police de Fredericton ou, tout au moins, lui offrait ses services de soutien.

Le jury en est venu à la conclusion que Randy Nelson Trenholm est décédé le 2 juin 2007 vers 9 h des suites d'un œdème pulmonaire combiné au stress dû à l'état de sa santé, à la claustrophobie et au sevrage de l'alcool.

Le jury a formulé les recommandations suivantes :

1. Dans les situations où la vie d'un détenu semble être en danger et que la sécurité personnelle d'un gardien ne serait vraisemblablement pas compromise, ce dernier devrait être autorisé à entrer dans la cellule pour sauver la vie d'un détenu en détresse.

---

## **Inquest No. 1 - Randy Trenholm continued**

2. That guards assigned to police lock-ups under go similar training to that of police officers in regards to the familiarization of the disease of alcohol addiction and appropriate responses for dealing with persons who are, or appear to be, intoxicated by alcohol.
3. That medical, mental health and addiction services and other support services be available to persons with alcohol addictions.
4. That a more obvious alarm/flag be installed on the video surveillance recording system to notify immediately that the system is not recording
5. That each individual cell be monitored for temperature, not just the cell block area in general.
6. That a policy on the Refusal of Treatment/Transportation to Hospital including a corresponding form be developed specifically to address patients who are in the custody of police or corrections officials.
7. That communication between Emergency Medical Services personnel and police personnel be improved in regards to their respective roles, responsibilities and limitations.
8. That policing agencies including the RCMP establish a policy concerning the use of temperature to manipulate detainees.
9. That the RCMP provide fresh air circulation in the cell blocks within their facilities.

## **Première enquête - Randy Trenholm (suite)**

2. Les gardiens affectés aux cellules des postes de police devraient recevoir une formation semblable à celle offerte aux agents de police pour se familiariser avec la maladie de l'alcoolisme et les façons appropriées d'intervenir auprès des personnes qui sont ou semble être intoxiquées par l'alcool.
3. Les personnes souffrant d'une dépendance à l'alcool devraient avoir accès aux services de santé, de santé mentale et de traitement de la dépendance à l'alcool, ainsi qu'aux autres services de soutien.
4. Un signal d'alarme plus efficace devrait être installé afin d'indiquer immédiatement que le système d'enregistrement de surveillance magnétoscopique ne fonctionne pas.
5. La température de chaque cellule devrait être surveillée, et non pas seulement la température du secteur des cellules en général.
6. Une directive sur le refus de traitement et de transport à l'hôpital et un formulaire correspondant devraient être expressément élaborés à l'intention de patients qui sont sous la garde de la police ou de responsables des services correctionnels.
7. La communication entre le personnel des services médicaux d'urgence et le personnel de police devrait être améliorée afin de mieux définir leurs responsabilités et limites respectives, ainsi que leurs rôles.
8. Les organismes de maintien de l'ordre, y compris la GRC, devraient établir une politique au sujet de l'utilisation de la température pour manipuler des détenus.
9. La GRC devrait assurer la circulation d'air frais dans les cellules situées dans ses détachements.

---

## **Inquest No. 1- Randy Trenholm continued**

10. That the RCMP improve training for guards.
11. That the RCMP improve training for police telephone dispatchers
12. That, in cases such as this, deaths in police custody be investigated by an independent team of investigators from another police force including support services.
13. That a mechanism be established to facilitate communications with the family of the deceased (as in this case), taking into consideration that an independent outside police force is conducting the investigation.
14. That these recommendations be applied province-wide.

The recommendations were forwarded to the Minister of Health, RCMP "J" Division and Ambulance New Brunswick.

### **Recommendation #1**

**In case of apparent life-threatening situations, that under conditions where personal security of a guard would not likely be at risk, guards be authorized to enter a cell to render life-saving assistance to an inmate in distress."**

The Commanding Officer, "J" Division Royal Canadian Mounted Police, advises that because of the myriad of possibilities, e.g. prisoner feigning illness, overpowering of guards, the RCMP cannot endorse the entry of guards into locked cells without the presence of a police officer. Guards are trained

## **Première enquête - Randy Trenholm (suite)**

10. La GRC devrait améliorer la formation offerte à ses gardiens.
11. La GRC devrait améliorer la formation offerte aux répartiteurs.
12. L'enquête relativement au décès de personnes sous garde policière, comme dans le cas présent, devrait être menée par une équipe d'enquêteurs indépendants, y compris les services de soutien.
13. Un mécanisme devrait être mis en place afin de faciliter les communications avec la famille de la victime (comme dans le cas présent), en tenant compte du fait qu'un service de police indépendant est chargé de l'enquête.
14. Les présentes recommandations devraient être mises en application à l'échelle de la province.

Les recommandations ont été transmises à la ministre de la Santé, à la Division J de la GRC, ainsi qu'à Ambulance Nouveau-Brunswick.

### **Recommandation n° 1**

**Dans les situations où la vie d'un détenu semble être en danger et que la sécurité personnelle d'un gardien ne serait vraisemblablement pas compromise, ce dernier devrait être autorisé à entrer dans la cellule pour sauver la vie d'un détenu en détresse.**

Le commandant de la Division J de la Gendarmerie royale du Canada précise qu'il est impossible d'approuver une directive qui permettrait à un gardien d'entrer dans une cellule verrouillée sans la présence d'un agent de police en raison des multiples possibilités de danger qui existent, par

---

## **Inquest No. 1 - Randy Trenholm continued**

to recognize symptoms of illness and are aware that an officer should be contacted immediately when symptoms are detected. Guards are also required to assess prisoners against a Rousability Chart and inform the supervising officer of any irregularities that indicate lack of response to verbal stimulus, questions and commands.

### **Recommendation #2**

**That guards assigned to police lock-ups under go similar training to that of police officers in regards to the familiarization of the disease of alcohol addiction and appropriate responses for dealing with persons who are, or appear to be, intoxicated by alcohol.**

The Commanding Officer, "J" Division Royal Canadian Mounted Police, advises that police officer recognition of alcohol addiction comes from experience and familiarity with subjects, as much as it does from any specific training. Nevertheless, guards are taught to treat all prisoners with respect and dignity and to contact an officer should illness or untoward behaviour is detected from any prisoner, whether or not that prisoner is intoxicated. As well, RCMP policy states that, when booking a prisoner, officers are to check the log book to determine if the subject has been incarcerated in the previous 48 hours for intoxication and alert guards to the concerns of multiple bookings. Multiple bookings in a short period may indicate potential for alcohol or drug poisoning and the possible need for medical assistance.

## **Première enquête - Randy Trenholm (suite)**

exemple un détenu qui feint une maladie ou des détenus qui s'attaquent aux gardiens. Les gardiens ont suivi la formation nécessaire pour reconnaître les symptômes de maladie et savent qu'ils doivent communiquer immédiatement avec un agent s'ils constatent la présence de certains symptômes en particulier. Les gardiens doivent également évaluer les détenus en fonction d'un tableau de réveil et informer l'agent surveillant de toute irrégularité, notamment l'absence de réaction aux stimuli verbaux, aux questions et aux commandes.

### **Recommandation n° 2**

**Les gardiens affectés aux cellules des postes de police devraient recevoir une formation semblable à celle offerte aux agents de police pour se familiariser avec la maladie de l'alcoolisme et les façons appropriées d'intervenir auprès des personnes qui sont ou semble être intoxiquées par l'alcool.**

Le commandant de la Division J de la Gendarmerie royale du Canada explique que les compétences d'un agent de police à reconnaître l'alcoolisme se perfectionnent avec l'expérience et la familiarité avec les sujets, au même rythme qu'avec toute formation qui peut lui être offerte. Les gardiens ont appris néanmoins à traiter tous les détenus avec respect et dignité et à communiquer avec un agent si un détenu est malade ou fait preuve d'un comportement indésirable, peu importe si le détenu est en état d'ébriété ou non. Les directives de la GRC précisent également que les agents, à l'admission, doivent vérifier les registres pour déterminer si le sujet a été incarcéré dans les 48 heures précédentes pour avoir été en état d'ébriété et aviser les gardiens en cas d'incarcérations multiples. Si une personne est incarcérée à plus d'une reprise au cours d'une courte période de temps, il est plus probable qu'elle souffre d'intoxication à l'alcool ou aux drogues et qu'elle ait besoin de soins médicaux.

---

## **Inquest No. 1 - Randy Trenholm continued**

### **Recommendation #3**

**That medical, mental health and addiction services and other support services be available to persons with alcohol addictions.**

The Minister of Health advised that in past years, the treatment of co-occurring disorders have improved by integrating addictions and mental health care services. New Brunswick currently operates seven regional addiction centers in the Province. These centers offer: detoxification services, out-patient services and prevention services for members of the community. Two short-term and one long-term residential services are also available. A person may also access mental health and addiction services after hours through hospital emergency departments. Once the person's medical health history is accessed and the person is able to leave the hospital, referrals can be made to mental health and addiction services. Addiction services and support may also be accessed by telephone. Medical, mental health and addiction services and other support services are available to persons with alcohol addictions; however, they remain services which the patient may access on a voluntary basis.

The President and CEO of Ambulance New Brunswick (ANB) reports that once a request for ambulance service is made, ANB staff in the Medical Communications Management Centre (MCMC) and in the field have clear policies on their response. An ambulance is always dispatched to emergency (911) requests for service,

## **Première enquête - Randy Trenholm (suite)**

### **Recommandation n° 3**

**Les personnes souffrant d'une dépendance à l'alcool devraient avoir accès aux services de santé, de santé mentale et de traitement de la dépendance à l'alcool, ainsi qu'aux autres services de soutien.**

La ministre de la Santé rapporte qu'il a été possible d'améliorer, au cours des dernières années, le traitement des troubles concomitants grâce à l'intégration des services de traitement des dépendances et de santé mentale. À l'heure actuelle, il y a présentement sept centres régionaux de traitement des dépendances au Nouveau-Brunswick. Ces centres offrent des services de désintoxication, de consultation externe et de prévention aux membres du grand public. Deux centres de services résidentiels à court terme et un autre à long terme sont également en place. Il est également possible d'avoir accès à des services de santé mentale et de traitement des dépendances après les heures normales de bureau par l'intermédiaire de la salle d'urgence d'un hôpital. Un patient qui est en mesure de quitter l'hôpital, après une vérification de ses antécédents médicaux, peut être renvoyé vers les services de santé mentale et de traitement des dépendances. Il est également possible d'avoir accès, par téléphone, à des services de soutien et de traitement des dépendances. Toute personne souffrant d'une dépendance à l'alcool peut avoir accès aux services de santé, de santé mentale et de traitement des dépendances, ainsi qu'aux autres services de soutien. Cependant, un patient est libre d'y avoir recours ou non.

Le président et directeur général d'Ambulance Nouveau-Brunswick précise que les membres de son personnel sur le terrain et au Centre de gestion des communications médicales doivent respecter des directives claires lorsqu'ils répondent à une demande de services d'ambulance. Une ambulance est toujours dépêchée lorsqu'une demande de service d'urgence est faite en composant le 911.

---

## **Inquest No. 1 - Randy Trenholm continued**

### **Recommendation #4**

**That a more obvious alarm/flag be installed on the video surveillance recording system to notify immediately that the system is not recording.**

The Commanding Officer, "J" Division Royal Canadian Mounted Police, advises that, as was noted in the testimony of the inquest, there was a glitch in the workings of the closed circuit video equipment (CCVE) used in this instance. As a result, to avoid overlooking the potential failure of video equipment, the following steps were taken:

- Installation of a separate outlet and circuit breaker lock for the CCVE to avoid any accidental power loss to the camera system;
- Implementation of policies that require that designated employees responsible for the equipment be trained in establishing whether the CCVE is functional;
- Implementation of policies that dictate a log book system for checking the functionality of the CCVE;
- Implementation of an accountability process for weekends and statutory holidays when a designated employee may not be present to oversee the functions of the CCVE;

## **Première enquête - Randy Trenholm (suite)**

### **Recommandation n° 4**

**Un signal d'alarme plus efficace devrait être installé afin d'indiquer immédiatement que le système d'enregistrement de surveillance magnétoscopique ne fonctionne pas.**

Le commandant de la Division J de la Gendarmerie royale du Canada fait remarquer, comme il a été signalé au cours de l'enquête, que le système d'enregistrement vidéo à circuit fermé ne fonctionnait pas bien à ce moment. Pour s'assurer que toute défectuosité du système d'enregistrement vidéo ne passe pas inaperçue, les mesures suivantes ont été prises :

- Installation d'une prise distincte et d'un verrouillage de disjoncteur pour le système d'enregistrement vidéo à circuit fermé afin d'éviter toute interruption accidentelle du courant alimentant le système de caméras;
- Mise en œuvre de directives qui exigent que les employés responsables du système d'enregistrement vidéo à circuit fermé suivent une formation leur permettant de déterminer s'il fonctionne bien ou non;
- Mise en œuvre de directives qui prévoient la tenue de registres pour vérifier le fonctionnement du système d'enregistrement vidéo à circuit fermé;
- Mise en œuvre d'un mécanisme de responsabilisation pour les fins de semaine et les congés fériés, lorsqu'il se pourrait qu'il n'y ait pas d'employé désigné pour veiller au fonctionnement du système d'enregistrement vidéo à circuit fermé;

---

## **Inquest No. 1 - Randy Trenholm continued**

- Implementation of policies that require that designated persons be trained in the use and monitoring of the CCVE;
- Implementation of policies that require retention of recorded images if they may contribute to the investigation or review of a prisoner cell incident.

RCMP divisional policy has been amended to emphasize the introduction of these safeguards to eliminate the potential failure of CCVE.

### **Recommendation #5**

**That each individual cell be monitored for temperature, not just the cell block area in general.**

The Commanding Officer, "J" Division Royal Canadian Mounted Police, advises that cells have standard designs for safety and practical reasons; therefore, thermostats cannot be placed in individual cells. Steps have been taken to ensure that temperature regulating devices have been covered to avoid a change in temperature of the cell area through accidental bumping or encounters with protruding thermostat parts. Heating systems are evaluated to confirm that they are working properly.

### **Recommendation #6**

**That a policy on the Refusal of Treatment/Transportation to Hospital including a corresponding form be developed specifically to address patients who are in the custody of police or corrections officials.**

## **Première enquête - Randy Trenholm (suite)**

- Mise en œuvre de directives prévoyant que des personnes désignées suivent une formation sur l'utilisation et la surveillance du système d'enregistrement vidéo à circuit fermé;
- Mise en œuvre de directives qui précisent que les images enregistrées doivent être conservées s'il y a des possibilités qu'elles soient utiles pour l'enquête ou l'examen d'un incident qui s'est produit dans la cellule d'un détenu.

Les directives de division de la GRC ont été modifiées de façon à souligner l'adoption de ces mesures de protection qui visent à réduire les possibilités de panne du système.

### **Recommandation n° 5**

**La température de chaque cellule devrait être surveillée, et non pas seulement la température du secteur des cellules en général.**

Le commandant de la Division J de la GRC explique que les cellules sont conçues de façon standard pour des questions sécuritaires et pratiques. Il n'est donc pas possible de placer un thermostat dans chaque cellule. Des mesures ont été prises pour recouvrir les dispositifs de contrôle de la température pour éviter que la température du secteur des cellules soit modifiée par accident en les heurtant ou en touchant des pièces qui en ressortent. Les systèmes de chauffage ont été examinés pour veiller à ce qu'ils fonctionnent bien.

### **Recommandation n° 6**

**Une directive sur le refus de traitement et de transport à l'hôpital et un formulaire correspondant devraient être expressément élaborés à l'intention de patients qui sont sous la garde de la police ou de responsables des services correctionnels.**

---

## **Inquest No. 1 - Randy Trenholm continued**

The President and CEO of Ambulance New Brunswick (ANB) reports that ANB has a number of policies that apply to patients who refuse treatment, including a policy specifically addressing the issue of patients in the custody of law enforcement. A patient refusal form can only be signed by the adult patient/detainee. Guards shall not sign the form on the patient's behalf unless they are under the age of sixteen (16).

### **Recommendation #7**

**That communication between Emergency Medical Services personnel and police personnel be improved in regards to their respective roles, responsibilities and limitations.**

The President and CEO of Ambulance New Brunswick (ANB) reports that communications of the roles, responsibilities and limitations of Emergency Medical Services (EMS) and police personnel are important to the safety and security of responders and provision of care. ANB has clear policies for communication between Emergency Medical Dispatchers, Paramedics, Online Medical Control Physicians and law enforcement professionals to best meet the patient's needs and protect ANB personnel.

### **Recommendation #8**

**That policing agencies including the RCMP establish a policy concerning the use of temperature to manipulate detainees.**

## **Première enquête - Randy Trenholm (suite)**

Le président et directeur général d'Ambulance Nouveau-Brunswick signale que l'organisme a en place un certain nombre de directives qui s'appliquent aux patients qui refusent un traitement, dont une directive traitant précisément de la question des patients qui sont sous la garde d'un organisme du maintien de l'ordre. Les gardiens ne doivent pas signer le formulaire pour le compte d'un patient, sauf si ce dernier est âgé de moins de 16 ans.

### **Recommandation n° 7**

**La communication entre le personnel des services médicaux d'urgence et le personnel de police devrait être améliorée afin de mieux définir leurs responsabilités et limites respectives, ainsi que leurs rôles.**

Le président et directeur général d'Ambulance Nouveau-Brunswick rapporte qu'il est important de bien définir les rôles, les responsabilités et les limites du personnel des services médicaux d'urgence et des services de police pour assurer la sécurité du personnel d'intervention et la prestation efficace des soins. Ambulance Nouveau-Brunswick a en place des directives claires sur la communication entre les répartiteurs des services médicaux d'urgence, les médecins du Contrôle médical en ligne et les professionnels du maintien de l'ordre de façon à mieux répondre aux besoins des patients et à protéger son personnel.

### **Recommandation n° 8**

**Les organismes de maintien de l'ordre, y compris la GRC, devraient établir une politique au sujet de l'utilisation de la température pour manipuler des détenus.**

---

## **Inquest No. 1 - Randy Trenholm continued**

The Commanding Officer, "J" Division Royal Canadian Mounted Police, advises that RCMP divisional policy now reflects that the manipulation of prisoner behaviour is never to be undertaken through manual lowering or raising of temperatures and that periodic temperature and fresh air circulation checks in the cell block area are to be done to confirm that the climate is controlled and conditions are comfortable.

### **Recommendation #9**

**That the RCMP provide fresh air circulation in the cell blocks within their facilities.**

The Commanding Officer, "J" Division Royal Canadian Mounted Police, advises that all RCMP cells utilize mechanical and electrical fit-up standards that allow for sufficient fresh air intake and corresponding exhaust to allow proper circulation.

### **Recommendation #10**

**That the RCMP improve training for guards.**

The Commanding Officer, "J" Division Royal Canadian Mounted Police, advises that training for guards is based on a national standard which includes recognition of symptoms and assessment of behaviour against the aforementioned Rousability Chart (Recommendation #1).

### **Recommendation #11**

**That the RCMP improve training for police telephone dispatchers.**

## **Première enquête - Randy Trenholm (suite)**

Le commandant de la Division J de la Gendarmerie royale du Canada fait savoir que les directives de division de la GRC précisent maintenant qu'il ne faut jamais tenter de modifier le comportement des détenus en baissant ou en augmentant manuellement la température. Elles précisent également qu'il faut vérifier régulièrement la température et la circulation d'air frais dans le bloc cellulaire pour veiller à ce que le climat soit contrôlé et que les conditions soient confortables.

### **Recommandation n° 9**

**La GRC devrait assurer la circulation d'air frais dans les cellules situées dans ses détachements.**

Le commandant de la Division J de la Gendarmerie royale du Canada signale que toutes les cellules de la GRC répondent à des normes d'aménagement mécanique et électrique qui permettent l'entrée et la sortie d'air frais de façon à favoriser une circulation d'air acceptable.

### **Recommandation n° 10**

**La GRC devrait améliorer la formation offerte à ses gardiens.**

Le commandant de la Division J de la Gendarmerie royale du Canada précise que la formation des gardiens répond à une norme nationale, qui comprend des dispositions sur la reconnaissance des symptômes en fonction du tableau de réveil susmentionné (recommandation numéro 1).

### **Recommandation n° 11**

**La GRC devrait améliorer la formation offerte aux répartiteurs.**

---

## **Inquest No. 1 - Randy Trenholm continued**

The Commanding Officer, "J" Division Royal Canadian Mounted Police, advises that training for telephone dispatchers is based on standards considered adequate. The testimony in this inquest revealed that an omission occurred through human error. The avoidance of such omissions, through proper note-taking, has been addressed with dispatch personnel.

### **Recommendation #12**

**That, in cases such as this, deaths in police custody be investigated by an independent team of investigators from another police force including support services.**

The Commanding Officer, "J" Division Royal Canadian Mounted Police, advises that RCMP national policy states that, if a prisoner or person being arrested or in RCMP custody/care, is seriously injured or dies, an independent investigation will be conducted immediately. As well, formal protocols (New Brunswick Integrated Investigation Team) are in place between police forces in New Brunswick to ensure that police forces are available to immediately undertake investigations in other jurisdictions where police personnel are involved in serious incidents or incidents where independence of investigation, or the perception thereof, is required.

### **Recommendation #13**

**That a mechanism be established to facilitate communications with the family of the deceased (as in this case), taking into consideration that an independent outside police force is conducting the investigation.**

## **Première enquête - Randy Trenholm (suite)**

Le commandant de la Division J de la Gendarmerie royale du Canada fait remarquer que la formation suivie par les répartiteurs téléphoniques répond à des normes jugées acceptables. D'après les témoignages entendus dans le cadre de l'enquête, il a été déterminé que l'oubli en question est attribuable à une erreur humaine. L'importance d'éviter des telles omissions, grâce à la prise de notes, a été discutée avec le personnel de répartition.

### **Recommandation n° 12**

**L'enquête relativement au décès de personnes sous garde policière, comme dans le cas présent, devrait être menée par une équipe d'enquêteurs indépendants, y compris les services de soutien.**

Le commandant de la Division J de la Gendarmerie royale du Canada signale que la directive nationale de la GRC exige qu'une enquête indépendante soit menée sur le champ si une personne en détention ou en voie d'être arrêtée par la GRC, ou sous sa garde ou sa charge, est blessée gravement ou décède. De plus, les protocoles officiels (équipe intégrée d'enquête du Nouveau-Brunswick) ont été établis entre les services de police du Nouveau-Brunswick afin de leur permettre d'entreprendre une enquête dans un autre territoire lorsque des membres des services de police sont impliqués dans des incidents graves ou dans des incidents où l'indépendance de l'enquête ou la perception d'indépendance de l'enquête est de mise.

### **Recommandation n° 13**

**Un mécanisme devrait être mis en place afin de faciliter les communications avec la famille de la victime (comme dans le cas présent), en tenant compte du fait qu'un service de police indépendant est chargé de l'enquête.**

---

## **Inquest No. 1 - Randy Trenholm continued**

The Commanding Officer, "J" Division Royal Canadian Mounted Police, advises that this significant recommendation will be entertained on a case-by-case basis. In any given incident, the wishes of the family as to a preferred contact will have to be taken into consideration. While the RCMP cannot establish mechanisms or make communication policy for other police forces and, in fact, may not have immediate access to information garnered through another police force's investigation in order to inform the family of the progress, the importance of this recommendation dictates that, in the case of the RCMP, concerted efforts will be made within the New Brunswick Integrated Investigation Team protocols to ensure that family members are kept up-to-date with ongoing inquiries into the cause of a death, notwithstanding that an independent police force is called in to investigate.

### **Recommendation #14**

#### **That these recommendations be applied province-wide.**

The Commanding Officer, "J" Division Royal Canadian Mounted Police, advises that national and divisional policies, as well as standards pertaining to training, equipment and RCMP building construction, together with increased supervisory responsibilities, all of which apply to the RCMP in New Brunswick, indicate that these recommendations will be met in RCMP duties and facilities.

## **Première enquête - Randy Trenholm (suite)**

Le commandant de la Division J de la Gendarmerie royale du Canada fait savoir que cette importante recommandation sera prise en considération au cas par cas. Dans le cadre de tout incident, les intentions de la famille en ce qui concerne la personne-ressource de préférence devront être prises en considération. La GRC ne peut pas établir des mécanismes ou dresser des directives sur la communication pour le compte des autres services de police. En fait, il se pourrait que la GRC n'ait pas immédiatement accès à des renseignements recueillis dans le cadre d'une enquête menée par un autre service de police pour informer la famille de l'évolution de la situation. En ce qui concerne cette importante recommandation, la GRC fera toutefois un effort concerté pour que les protocoles de l'équipe intégrée d'enquête du Nouveau-Brunswick précisent qu'il faut tenir la famille à jour de l'évolution d'une enquête sur la cause de décès, nonobstant le fait qu'un autre service de police ait été appelé à mener une enquête.

### **Recommandation n° 14**

#### **Les présentes recommandations devraient être mises en application à l'échelle de la province.**

Le commandant de la Division J de la Gendarmerie royale du Canada explique que les directives en vigueur à l'échelle des divisions et du pays, ainsi que les normes sur la formation, l'équipement et la construction des édifices de la GRC, qui s'appliquent sans exception aux services de la GRC au Nouveau-Brunswick font en sorte que l'exécution des fonctions et les installations de la GRC répondront aux recommandations formulées.

---

## **Inquest No. 2 - Derrick Urwin**

A coroner's inquest was held from June 21 to 23, 2010 in Moncton, New Brunswick, in to the death of Derrick Phillip Urwin. This 36 year old male was found in his secured cell at the Moncton Detention Centre (MDC) in the early morning hours of September 6, 2007. MDC staff immediately initiated cardiopulmonary resuscitation (CPR) and emergency services were summoned and arrived on scene within minutes. Urwin was transported to the Moncton Hospital where further resuscitation efforts failed and Mr. Urwin was pronounced deceased.

A post mortem examination was conducted and results showed that Mr. Urwin had traces of several drugs and/or their metabolites in his system at the time of his death and that some of these were prescribed, some non-prescribed and some illicit. Based on the evidence presented at the inquest, the coroner's jury concluded that Mr. Urwin died at 2:03 o'clock in the forenoon on September 6, 2007 as a result of a multiple drug related overdose and further concluded that his death was accidental.

The inquest focused on issues of adequate provision of care, medication distribution practices and the presence of contraband within a secure facility and the actions taken to control its entry into the facility. At the time of Mr. Urwin's death, medication was distributed at each unit which made the process less secure and easier for medication to be diverted after being passed to the offender.

The inquest heard that on September 5, 2007, Mr. Urwin was complaining that he feared his medication was making him drowsy and that it made him feel "weird". At the same time, an observation was made that he was "slurring" his words. The inquest also heard that he was

## **Deuxième enquête - Derrick Urwin**

Une enquête du coroner a eu lieu du 21 au 23 juin 2010 à Moncton, au Nouveau-Brunswick, relativement au décès de Derrick Phillip Urwin. Cet homme de 36 ans a été trouvé dans sa cellule du Centre de détention de Moncton (CDM) aux petites heures du matin le 6 septembre 2007. Le personnel du CDM a immédiatement entrepris des manœuvres de réanimation cardiorespiratoire. Les services d'urgence ont été appelés et sont arrivés sur les lieux dans un délai de quelques minutes. M. Urwin a été transporté à l'hôpital de Moncton, où d'autres tentatives de réanimation ont échoué et où son décès a été constaté.

Une autopsie a montré qu'il avait des traces de plusieurs substances médicamenteuses, ainsi que de leurs métabolites, dans son corps au moment de son décès, certaines étant prescrites et d'autre étant illicites. En se basant sur la preuve présentée à l'enquête, le jury du coroner a déterminé que M. Urwin est décédé à 2 h 03 le 6 septembre 2007 des suites d'une surdose d'un certain nombre de drogues et de médicaments, concluant que son décès était de nature accidentelle.

L'enquête a essentiellement porté sur les questions de la prestation adéquate des services, des pratiques de distribution des médicaments, de la présence de produits de contrebande dans un établissement correctionnel et des mesures prises pour contrôler leur entrée dans l'établissement. Au moment du décès de M. Urwin, les médicaments étaient distribués à chaque unité. Le processus était donc moins sécuritaire et il était plus facile pour les contrevenants de rediriger les médicaments une fois qu'ils leur avaient été remis.

Au cours de l'enquête, il a été signalé que M. Urwin s'est plaint le 5 septembre 2007 que ses médicaments le rendaient somnolent et qu'il se sentait drôle. Il alors été observé qu'il avait des troubles d'élocution. Il a également été signalé qu'il s'endormait dans l'aire commune de l'unité

---

## **Inquest No. 2 - Derrick Urwin continued**

falling asleep in the Unit 5A common area and that at approximately 8 p.m. he went to lie down in his cell. Correctional Officers testified that he was asleep and snoring loudly at 22:30 when the evening medications were passed and that correctional officers did not wake him to take his medication based on Mr. Urwin's assertions that his medication appeared to make him drowsy. He was subsequently placed on a 15 minute direct observation log.

The inquest heard that Mr. Urwin continued to be observed as directed and that he appeared to be asleep and snoring loudly until approximately 1:15 a.m. when correctional officers decided to enter his cell to check on his wellbeing, as it was noticed he had stopped snoring.

Mr. Urwin was found unresponsive and without a pulse. EMS personnel were summoned and Correctional Officers immediately started CPR. Despite the efforts of correctional staff, first responders and hospital medical staff, Mr. Urwin was pronounced deceased at 2:03 a.m. on September 6, 2007 at the Moncton City Hospital. Although an automatic external defibrillator (AED) was available at the detention centre, the proximity of the first responders (just across the street) and the fact that they would have replaced the AED with their own device was a factor in correctional staff not accessing or using the AED. It should also be noted that all correctional staff on shift at the time possessed current certification in CPR and first aid.

## **Deuxième enquête - Derrick Urwin (suite)**

5A et qu'il allé se coucher dans sa cellule vers 20 h. Les agents des services correctionnels ont témoigné qu'il dormait et qu'il ronflait bruyamment à 22 h 30 au moment de la distribution des médicaments. Les agents des services correctionnels n'ont pas réveillé M. Urwin, car ce dernier leur avait mentionné qu'il croyait que ses médicaments lui causaient de la somnolence. Il a ensuite été inscrit au registre d'observation directe à toutes les 15 minutes.

Au cours de l'enquête, il a été précisé que M. Urwin a continué de faire l'objet d'observation conformément aux directives et qu'il dormait et ronflait bruyamment jusqu'à environ 1 h 15, au moment où les agents des services correctionnels sont entrés dans sa cellule pour vérifier dans quel état il se trouvait après avoir remarqué qu'il avait cessé de ronfler.

M. Urwin était inerte et n'avait pas de pouls. Les services médicaux d'urgence ont été appelés et les agents des services correctionnels ont immédiatement entrepris une réanimation cardiorespiratoire. Malgré les efforts du personnel des services correctionnels, des secouristes et du personnel médical de l'hôpital, son décès a été constaté à 2 h 03 le 6 septembre 2007 à l'hôpital de Moncton. Bien qu'un défibrillateur automatique externe (DAE) était disponible au Centre de détention, les agents des services correctionnels ont décidé de ne pas s'en servir en raison de la proximité des secouristes (de l'autre côté de la rue) et du fait que ces derniers auraient remplacé le DAE par leur propre dispositif. Il faut également souligner que tous les certificats de formation en réanimation cardiorespiratoire et en premiers soins des agents des services correctionnels qui travaillaient pendant ce quart étaient valides.

---

## Inquest No. 2 - Derrick Urwin continued

Testimony from the provincial forensic toxicologist indicated that several drugs and/or their metabolites were determined to be in Mr. Urwin's system at the time of his death. Prescribed medications quetapine (or Seroquel) and amitriptyline (Elavil), were found at elevated therapeutic levels but not at levels considered toxic. The toxicologist further indicated that his testing revealed that oxycodone was found to be above therapeutic levels but at levels less than what is usually seen in oxycodone related deaths. Additionally diazepam and nordiazepam were found to be within therapeutic levels. It was noted in testimony by various institutional medical personnel, that Mr. Urwin was not prescribed these medications. The forensic evidence also showed that Mr. Urwin had consumed cocaine within the previous 24 hours and more likely sooner than that, prior to his death. He also tested positive for the presence of cannabinoids.

The toxicologist testified that although the levels of each of these drugs were not in and of themselves at levels likely to have caused death, the combination of these substances provided a synergistic effect consistent with a mixed drug overdose.

The pathologist testified that he could find no anatomical cause of death including a myocardial infarct (heart attack) and that there were no signs of trauma found during the external examination, the internal examination or from the radiological examination. Based on the toxicological findings, and the absence of any other cause, he stated that the cause of death was consistent with a multi-drug related overdose. He also noted that there were no

## Deuxième enquête - Derrick Urwin (suite)

Selon le témoignage du toxicologue médico-légal provincial, il a été déterminé que M. Urwin avait plusieurs drogues et médicaments, et leurs métabolites, dans son corps au moment de son décès. Des doses thérapeutiques élevées des médicaments prescrits quetiapine (Seroquel) et amitriptyline (Elavil) étaient présentes dans son corps, mais ces quantités ne sont pas considérées toxiques. Dans son témoignage, le toxicologue a également indiqué que ses examens ont révélé la présence d'une quantité d'oxycodone dépassant une dose thérapeutique, mais que cette quantité était inférieure à celle que l'on retrouve habituellement dans les cas de décès attribuables à l'oxycodone. De plus, la présence de diazépam et de nordiazépam a été décelée en quantités respectant les paramètres des doses thérapeutiques. Des membres du personnel médical de l'établissement correctionnel ont précisé dans leur témoignage que ces médicaments n'avaient pas été prescrits à M. Urwin. La preuve médico-légale a également révélé que M. Urwin avaient consommé de la cocaïne dans les 24 heures, probablement moins, qui ont précédé son décès. La présence de cannabinoïdes a aussi été décelée dans son corps.

Le toxicologue a déterminé qu'il est peu probable que la quantité de chacune de ces substances à elles seules ait causé sa mort. Cependant, la combinaison de ces substances a produit un effet synergique qui concorde à un décès causé par une surdose de médicaments et de drogue.

Dans son témoignage, le pathologiste a déclaré qu'il n'a trouvé aucune cause anatomique du décès, incluant un infarctus du myocarde (crise cardiaque), et qu'il n'a décelé aucun signe de traumatisme dans le cadre de ses examens externe, interne et radiologique. En se fondant sur les résultats de l'analyse toxicologique et en l'absence de toute cause probable, il a déterminé que le décès était attribuable à une surdose de médicaments et de

---

## **Inquest No. 2 - Derrick Urwin continued**

signs that the application of a conducted energy device (Taser) more than four (4) months previous had a bearing on his death.

Several correctional officials testified that the presence of contraband substances within institutions is a consistent concern and that they are ever vigilant in trying to control the access of prohibited substances from entering the institution. They described the strategies Community Corrections are taking or have taken to combat this. The introduction of ion scanners, closed visits and greater surveillance has proven to be somewhat effective.

Corrections officials also indicated that the medication dispensing procedures have changed since 2007 to a “no contact” dispensing method where medications are dispensed from a central location through a protective glass enclosure.

The jury made the following recommendations:

1. We recommend that the inmate be given the opportunity of refusal at every scheduled medication delivery time to allow assessment of inmate.
2. We recommend that there be a process and procedure for reporting unusual signs and symptoms.
3. We recommend that the procedures regarding Moncton Detention Centre emergency medical response in the use of defibrillators are reviewed.

## **Deuxième enquête - Derrick Urwin (suite)**

drogue. Il a aussi conclu qu'il n'existe aucun signe portant à croire que l'utilisation d'une arme à impulsion (Taser) sur M. Urwin plus de quatre mois avant son décès ait contribué de quelque façon que ce soit à sa mort.

Dans leur témoignage, plusieurs agents des services correctionnels ont signalé que la présence de substances de contrebande dans l'établissement constitue une préoccupation constante et qu'ils tentent avec vigilance d'empêcher l'entrée de substances illicites dans l'établissement. Ils ont décrit les stratégies dressées par la Division des services communautaires et correctionnels pour régler ce problème. Des mesures comme la mise en place de détecteurs ioniques, de visites avec séparation et d'activités de surveillance accrue sont plus ou moins efficaces.

Les agents des services correctionnels ont également précisé que la marche à suivre pour la distribution des médicaments a été modifiée depuis 2007. Maintenant, un mode de distribution sans contact est utilisé dans le cadre duquel les médicaments sont distribués à partir d'un endroit centralisé avec une séparation en verre protecteur.

Le jury a formulé les recommandations suivantes :

1. Nous recommandons que le détenu jouisse du droit de refus chaque fois que des médicaments doivent être distribués afin de permettre son évaluation.
2. Nous recommandons l'adoption de formalités et de modalités pour le signalement de symptômes et de signes anormaux.
3. Nous recommandons la révision de la marche à suivre du Centre de détention de Moncton concernant l'utilisation de défibrillateurs en cas d'urgence médicale.

---

## **Inquest No. 2 - Derrick Urwin continued**

4. We recommend that, as contraband will always be a problem, correctional staff persevere and continue to develop new ways to detect contraband.
5. We recommend that communication be improved between all correctional staff members.
6. We recommend that the coroner's inquest be held in a more timely fashion.

The recommendations were forwarded to the Department of Public Safety for their consideration.

### **Recommendation #1**

**We recommend that the inmate be given the opportunity of refusal at every scheduled medication delivery time to allow assessment of inmate.**

The Minister of Public Safety advises that the Department has and will continue to allow inmates the opportunity of refusal of medication at every scheduled delivery time.

### **Recommendation #2**

**We recommend that there be a process and procedure for reporting unusual signs and symptoms.**

The Minister of Public Safety advises that correctional officers observing inmates presenting signs of abnormal behavior are required to record these observations in writing and verbally inform their supervisor. The information is shared with all

## **Deuxième enquête- Derrick Urwin (suite)**

4. Nous recommandons que les membres du personnel correctionnel fassent preuve de persévérance et continuent à trouver de nouvelles façons de déceler les produits de contrebande puisqu'il s'agit d'un problème permanent.
5. Nous recommandons l'amélioration de la communication entre tous les membres du personnel correctionnel.
6. Nous recommandons que les enquêtes du coroner se déroulent dans des délais plus raisonnables.

Les recommandations ont été transmises au ministère de la Sécurité publique à des fins d'examen.

### **Recommandation n° 1**

**Nous recommandons que le détenu jouisse du droit de refus chaque fois que des médicaments doivent être distribués afin de permettre son évaluation.**

Le ministre de la Sécurité publique précise que le Ministère continuera à permettre aux détenus de refuser des médicaments à chaque administration prévue comme il l'a fait par le passé.

### **Recommandation n° 2**

**Nous recommandons l'adoption de formalités et de modalités pour le signalement de symptômes et de signes anormaux.**

Le ministre de la Sécurité publique précise que les agents des services correctionnels qui observent des comportements anormaux chez les détenus sont tenus d'en conserver un registre écrit et d'en informer verbalement leur surveillant. Les

---

## **Inquest No. 2 - Derrick Urwin continued**

Institutional staff through shift briefings and captured on the divisions electronic Client Information System (CIS). The Department will continue to promote the importance of effective communication through ongoing training and quality assurance of same.

### **Recommendation #3**

**We recommend that the procedures regarding Moncton Detention Centre emergency medical response in the use of defibrillators are reviewed.**

The Minister of Public Safety advises that the Department has taken steps to ensure that staff in all facilities are educated and trained in the use of all emergency response equipment. Refresher training will be provided on a regular basis.

### **Recommendation #4**

**We recommend that, as contraband will always be a problem, correctional staff persevere and continue to develop new ways to detect contraband.**

The Minister of Public Safety advises that the Department agrees with this recommendation and will continue working towards the highest level of compliance possible.

### **Recommendation #5**

**We recommend that communication be improved between all correctional staff members.**

## **Deuxième enquête - Derrick Urwin (suite)**

renseignements sont ensuite communiqués à tous les employés de l'établissement lors des changements de quart de travail et sont aussi entrés dans le Système d'information sur la clientèle (SIC) de la Division des services communautaires et correctionnels. Le Ministère continuera à faire valoir l'importance de la communication efficace au moyen de formation continue et de mesures d'assurance de la qualité.

### **Recommandation n° 3**

**Nous recommandons la révision de la marche à suivre du Centre de détention de Moncton concernant l'utilisation de défibrillateurs en cas d'urgence médicale.**

Le ministre de la Sécurité publique précise que le Ministère a pris des mesures pour s'assurer que les employés de tous les établissements correctionnels ont reçu une formation sur l'équipement d'urgence et qu'ils en comprennent l'utilisation. Des séances de perfectionnement seront offertes régulièrement.

### **Recommandation n° 4**

**Nous recommandons que les membres du personnel correctionnel fassent preuve de persévérance et continuent à trouver de nouvelles façons de déceler les produits de contrebande puisqu'il s'agit d'un problème permanent.**

Le ministre de la Sécurité précise que son ministère a entériné cette recommandation et continuera à viser le plus haut niveau de conformité possible.

### **Recommandation n° 5**

**Nous recommandons l'amélioration de la communication entre tous les membres du personnel correctionnel.**

---

### **Inquest No. 2 - Derrick Urwin continued**

The Minister of Public Safety advises that the Department supports this recommendation and will reinforce with all institutional staff the obvious benefits and importance of effective communication.

#### **Recommendation #6**

**We recommend that the coroner's inquest be held in a more timely fashion.**

The Chief Coroner advises that coroners' inquests are held as soon as possible after the conclusion of the coroner's investigation.

### **Inquest No. 3 - Robert Beaulieu**

An inquest was held into the death of Robert Sean Beaulieu on October 18 & 19, 2010 in Saint John, New Brunswick. Mr. Beaulieu, 37, died while engaged in his employment at a construction project site (pit) on February 5, 2009. This inquest was called as required under Section 7(b) of the *Coroners Act* which requires the Chief Coroner to hold an inquest where an employee dies as a result of an accident while performing his work in a woodland operation, sawmill or lumber processing plant, a food or fish processing plant, construction project site, mining plant or mine, including a pit or quarry.

### **Deuxième enquête - Derrick Urwin (suite)**

Le ministre de la Sécurité publique précise que le Ministère appuie cette recommandation et soulignera l'importance de la communication efficace auprès de tous les employés des établissements correctionnels.

#### **Recommandation n° 6**

**Nous recommandons que les enquêtes du coroner se déroulent dans des délais plus raisonnables.**

Le coroner en chef précise que les enquêtes du coroner sont menées dans les plus brefs délais possible au terme des investigations du coroner.

### **Troisième enquête - Robert Beaulieu**

Une enquête publique a eu lieu relativement au décès de Robert Sean Beaulieu les 18 et 19 octobre 2010 à Saint John, au Nouveau-Brunswick. M. Beaulieu est décédé le 5 février 2009 à l'âge de 37 ans dans le cadre de son emploi sur un chantier de construction (puits d'extraction). Cette enquête a été menée de façon à répondre aux exigences de l'alinéa 7b) de la *Loi sur les coroners*, qui précise que le coroner en chef doit tenir une enquête lorsqu'un travailleur décède accidentellement au cours de son emploi dans une exploitation forestière, une scierie, une usine de transformation du bois ou une usine de transformation des aliments ou du poisson, sur un chantier de construction ou dans une installation minière ou une mine, y compris un puits d'extraction ou une carrière.

---

### **Inquest No. 3 - Robert Beaulieu continued**

Mr. Beaulieu was an employee of Gulf Operators of Saint John, New Brunswick, and was employed as a dump truck driver. He was assigned a 1995 Western Star double steer tandem dump truck and was moving excavated material from a site on NB Route 1 to a Gulf Operators owned dump site off Grandview Avenue in Saint John's east side.

On February 5, 2009, Mr. Beaulieu had picked up a load of material and proceeded to the Gulf Operators depot on Bayside Drive for his lunch before continuing to the dump site. At approximately 12:30 p.m., Mr. Beaulieu left the depot and drove to the dump site where, while in the process of dumping the material from his truck, left the cab for some unknown reason. While outside the cab of the truck, with the dump in an elevated position, the dump portion of the truck fell toward the driver's side coming to rest across Mr. Beaulieu's torso with some remaining material spilling out of the dump and covering Mr. Beaulieu's upper body and head.

At approximately 2:10 p.m., Mr. Beaulieu was discovered by a co-worker, who immediately contacted his dispatcher to advise of the incident. Emergency Services were summoned to the site but no efforts could be taken to revive Mr. Beaulieu. It was clear that he was deceased.

The Saint John Police Force, WorkSafe NB, Commercial Vehicle Enforcement and the Coroner Service initiated their respective investigations to determine what caused this unfortunate incident.

### **Troisième enquête - Robert Beaulieu (suite)**

La victime était à l'emploi de l'entreprise Gulf Operators, de Saint John, au Nouveau-Brunswick, exerçant les fonctions de conducteur de camion à benne. Il conduisait un camion à benne Western Star à essieu tandem et à direction double, modèle de 1995, transportant des matériaux de déblai d'un site sur la route 1 du Nouveau-Brunswick à un site de déchargement de Gulf Operators, situé près de l'avenue Grandview dans le quartier est de Saint John.

Le 5 février 2009, après avoir pris un chargement de matériaux de déblai, M. Beaulieu s'est rendu au site de Gulf Operators de la promenade Bayside pour y prendre le repas avant de se diriger vers le site de déchargement. Vers 12 h 30, il a repris la route pour se rendre au site de déchargement. Alors qu'il était en voie de décharger les matériaux de son camion, il a quitté la cabine pour une raison inconnue. Alors qu'il se trouvait à l'extérieur de la cabine et que la benne était en suspension, la benne est tombée du côté du conducteur, arrêtant sa course sur son torse. Une partie des matériaux restant dans la benne s'est déchargée sur lui, lui recouvrant le torse et le haut du corps.

Vers 14 h 10, un collègue a retrouvé le corps de la victime, alertant immédiatement son répartiteur de l'incident. Les services d'urgence ont été dépêchés sur les lieux, mais aucune tentative de réanimation n'a pu être entreprise. Il était évident que M. Beaulieu était déjà décédé.

Le service de police de Saint John, Travail sécuritaire NB, l'Unité d'application des lois sur les véhicules utilitaires et les Services des coroners ont entamé leurs propres enquêtes pour déterminer ce qui avait pu causer ce malheureux incident.

---

### **Inquest No. 3 - Robert Beaulieu continued**

The Saint John Police Force ruled out foul play and turned the lead of the investigation over to WorkSafe NB.

The inquest inquired into the safety practices involved in dump truck operations, the surface preparation of the dump site and how injuries and fatalities could be prevented in the future under similar circumstance.

Evidence indicated that the employer provided appropriate training, safety policies, procedures and practices and provided an industry standard level of supervision. Witnesses provided testimony which indicated that the dump site, although slightly uneven and frozen on the surface but soft underneath the rear wheels of the truck, caused it to become unstable toward the driver's side. This situation, coupled with wet “sticky” material which stuck to the inside of the dump, is what likely caused the vehicle to partially upset, pinning Mr. Beaulieu beneath the upper portion of the dump.

The jury heard that although not common, dump truck upsets while in the process of dumping is not rare and that industry standards dictate that drivers are never to leave the cab of the truck while dumping is in progress.

The jury concluded that Mr. Beaulieu came to his death at 12:45 p.m. on February 5, 2009 as a consequence of multiple trauma due to being pinned under the dump portion of the truck and classified the incident as accidental.

### **Troisième enquête - Robert Beaulieu (suite)**

Le service de police de Saint John a écarté tout acte suspect, déléguant à Travail sécuritaire NB la responsabilité de mener l'enquête.

L'enquête a examiné les pratiques de sécurité dans la conduite des camions à benne, la préparation du sol du site de déchargement et la façon de prévenir des blessures et des décès dans des circonstances semblables à l'avenir.

D'après les éléments de preuve recueillis, il a été possible de déterminer que l'employeur avait fourni une formation convenable, mis en place des directives, des modalités et des pratiques appropriées en matière de sécurité et avait assuré un niveau de surveillance conforme aux normes de l'industrie. Des témoins ont affirmé que le sol du site de déchargement était légèrement accidenté et gelé, mais qu'il était mou sous les roues arrières du camion, le rendant instable du côté du conducteur. Ces conditions, jumelées au fait que des matériaux humides et collants sont demeurés collés à l'intérieur de la benne, ont probablement entraîné le renversement partiel du véhicule, coinçant la victime sous la partie supérieure de la benne.

Le jury a entendu des témoignages portant à croire que le renversement de camions à benne en cours de déchargement n'est pas chose commune, mais n'est pas rare non plus. Les témoins ont également signalé que selon les normes de l'industrie, un conducteur ne doit jamais quitter la cabine de son camion pendant le déchargement.

Le jury a déterminé que M. Beaulieu est décédé à 12 h 45 le 5 février 2009 des suites de blessures multiples subies après avoir été coincé sous la benne du camion et a aussi jugé que le décès était de nature accidentelle.

---

### **Inquest No. 3 - Robert Beaulieu continued**

The jury made the following recommendations:

1. We, the jury, recommend that it be mandatory that all dump truck operators sign a written compliance that they are aware they are to remain in the cab while dumping at construction sites.
2. We, the jury, recommend that all manufacturers install levers for controlling the lifting of the box on all models. This lever must be held in position by the driver in order for the box to lift. If the lever is released, the box will lower, ensuring driver remains in cab.
3. We, the jury, recommend that the mentioned pilot project on slope meter be tested on at least two different dump truck sizes for a minimum of six months, including winter months. These findings should be communicated to all concerned.
4. We, the jury, recommend some visual markers, ex. Pylons, be placed indicating the area of firm ground for dumping at site.
5. We, the jury, recommend that someone be present to oversee the dumping site during all operations and that a no-enter zone be adhered to while load is being dumped.
6. We, the jury, recommend that all loads be dumped before any break is taken by the dump truck driver

### **Troisième enquête - Robert Beaulieu (suite)**

Le jury a formulé les recommandations suivantes :

1. Que tous les conducteurs de camions à benne signent une déclaration attestant qu'ils sont au courant du fait qu'ils doivent demeurer à l'intérieur de leur cabine pendant le déchargement de leur camion sur un chantier de construction;
2. Que les fabricants installent sur tous les modèles un levier pour contrôler le soulèvement de la benne, que le conducteur doive placer ce levier en position de marche pour que la benne soit soulevée et que la benne se rabaisse si ce levier est relâché, s'assurant ainsi que le conducteur demeure à l'intérieur de la cabine;
3. Qu'un indicateur de pente soit mis à l'essai sur au moins deux différentes tailles de camions à benne pendant au moins six mois, y compris les mois d'hiver et que les résultats de ce projet pilote soient communiqués à toutes les parties concernées;
4. Que des indicateurs, comme des pylônes, soient placés aux endroits où le sol est solide au site de déchargement;
5. Qu'une personne soient présente au site de déchargement pour en assurer la surveillance pendant les heures d'ouverture et qu'il soit interdit d'entrer dans la section où un conducteur est en train de décharger le contenu de son camion;
6. Qu'un conducteur de camion à benne déverse tout chargement qu'il transporte avant de prendre une pause;

---

### **Inquest No. 3 - Robert Beaulieu continued**

7. We, the jury, recommend that where two or more of the following factors are present, loads be reduced:
  - 1) Freezing temperatures
  - 2) Risk of high level of moisture in load
  - 3) Soft ground
  - 4) Sloping ground
  - 5) Wind
8. We, the jury, recommend better stabilization of the box during dumping to prevent swaying or snapping of hydraulic cylinder.
9. We, the jury, recommend better documentation for all repairs regardless of their size and the date when the repair was completed.
10. We, the jury, recommend all double tandems be used for long haul operations only.
11. We, the jury, recommend that manufacturers consider more effective heating systems for dump boxes during freezing temperatures.
12. We, the jury, recommend that the equipment check list include the dump box heater.
13. We, the jury, recommend all running boards be examined yearly to determine grip and replaced accordingly for driver safety.
14. We, the jury, recommend that safety instruction become a central part of ongoing training and education.

### **Troisième enquête - Robert Beaulieu (suite)**

7. Que la taille des chargements soit réduite si au moins deux des facteurs suivants sont présents :
  - 1) Températures sous zéro
  - 2) Risque d'humidité élevée dans le chargement
  - 3) Sol mou
  - 4) Terrain incliné
  - 5) Vent
8. Que des mesures soient prises pour stabiliser la benne davantage pendant le déchargement de façon à empêcher qu'elle oscille et que le cylindre hydraulique se brise;
9. Que toutes les réparations effectuées soient mieux documentées, peu importe leur ampleur et leur date;
10. Que tous les camions à direction double et à essieu tandem servent uniquement au camionnage à longue distance;
11. Que les fabricants étudient la possibilité d'installer des systèmes de chauffage plus efficaces pour les bennes de déchargement lorsque les températures sont sous zéro;
12. Que la liste de contrôle de l'équipement comprenne une case pour le système de chauffage de la benne de déchargement;
13. Que l'adhérence de tous les marchepieds soient vérifiées chaque année et qu'ils soient remplacés au besoin pour assurer la sécurité des conducteurs;
14. Qu'un cours sur la sécurité devienne partie intégrale des initiatives de formation et d'éducation permanente.

---

### **Inquest No. 3 - Robert Beaulieu continued**

Recommendations of the Presiding Coroner:

1. That Gulf Operators share with the New Brunswick Construction Safety Association and the New Brunswick Road Builders Association the initiatives that they have undertaken to prevent tip over incidents in an effort to reduce the possibility of death or severe injury.
2. That the New Brunswick Construction Safety Association and the New Brunswick Road Builders Association share the information they receive from Gulf Operators with all members as well as Worksafe NB.

The recommendations were forwarded for consideration to the NB Road Builders & Heavy Construction Association, WorkSafe NB, NB Construction Safety Association and Gulf Operators Ltd. (J. D. Irving Limited).

No response was received from the New Brunswick Road Builders and Heavy Construction Association.

#### **Recommendation #1**

**We, the jury, recommend that it be mandatory that all dump truck operators sign a written compliance that they are aware they are to remain in the cab while dumping at construction sites.**

### **Troisième enquête - Robert Beaulieu (suite)**

Recommandations du coroner ayant présidé l'enquête :

1. Que l'entreprise Gulf Operators communique à la New Brunswick Construction Safety Association et l'Association des constructeurs de routes et de la construction lourde du Nouveau-Brunswick les initiatives qu'elle en mise en œuvre pour prévenir les incidents de renversement afin de réduire le nombre de décès et de blessures graves.
2. Que New Brunswick Construction Safety Association et l'Association des constructeurs de routes et de la construction lourde du Nouveau-Brunswick partage l'information reçue de Gulf Operators avec tous leurs membres, ainsi qu'avec Travail sécuritaire NB.

Les recommandations ont été transmises à l'Association des constructeurs de route et de la construction lourde du Nouveau-Brunswick, à Travail sécuritaire NB, à la New Brunswick Construction Safety Association, et à la Gulf Operators ltée à des fins d'examen (J. D. Irving ltée.).

Aucune réponse n'a été reçue de l'Association des constructeurs de route et de la construction lourde du Nouveau-Brunswick.

#### **Recommandation n° 1**

**Que tous les conducteurs de camions à benne signent une déclaration attestant qu'ils sont au courant du fait qu'ils doivent demeurer à l'intérieur de leur cabine pendant le déchargement de leur camion sur un chantier de construction.**

---

### **Inquest No. 3 - Robert Beaulieu continued**

WorkSafeNB supports the intent of this recommendation and is of the opinion that the intent is already addressed in existing legislation. The *Occupational Health & Safety Act* places legal obligations on employers to follow manufacturers' recommendations and to communicate such with their employees. As evidence indicated during the inquest, the industry standard requires that all operators remain in the cab while dumping their load. This industry standard is found in the manufacturer's operating instructions for dump trucks. To address this issue from an education and communication perspective, WorkSafeNB recently prepared a hazard alert and distributed it to known dump truck operators.

Gulf Operators Ltd. advised that they have complied with this recommendation. A specific orientation for truck drivers has been developed and is required for every operator prior to beginning work. They also review this safety issue with dump truck operators on an annual basis.

#### **Recommendation #2**

**We, the jury, recommend that all manufacturers install levers for controlling the lifting of the box on all models. This lever must be held in position by the driver in order for the box to lift. If the lever is released, the box will lower, ensuring driver remains in cab.**

### **Troisième enquête - Robert Beaulieu (suite)**

Travail sécuritaire NB est d'accord avec le but de cette recommandation, mais est d'avis que des mesures législatives à cette fin sont déjà en place. La *Loi sur la sécurité et l'hygiène au travail* impose aux employeurs l'obligation de suivre les recommandations du fabricant et de les communiquer à leurs employés. Conformément aux éléments de preuve présentés dans le cadre de l'enquête, la norme de l'industrie exige que les conducteurs de camions à benne basculante demeurent à l'intérieur de leur cabine pendant le déchargement du camion. Cette exigence figure dans les directives d'utilisation fournies par les fabricants des camions. Pour régler le problème de sensibilisation et de communication relativement à cette norme, Travail sécuritaire NB a récemment produit une alerte-danger et l'a acheminée à tous les conducteurs connus de camions à benne basculante.

L'entreprise Gulf Operators Ltée a affirmé avoir donné suite à cette recommandation. Une séance d'orientation a été créée à l'intention particulière des conducteurs de camions qu'ils doivent suivre avant de commencer à travailler. Cette mesure de sécurité est également passée en revue tous les ans avec les conducteurs de camions à benne.

#### **Recommandation n° 2**

**Que les fabricants installent sur tous les modèles un levier pour contrôler le soulèvement de la benne, que le conducteur doive placer ce levier en position de marche pour que la benne soit soulevée et que la benne se rabaisse si ce levier est relâché, s'assurant ainsi que le conducteur demeure à l'intérieur de la cabine.**

---

### **Inquest No. 3 - Robert Beaulieu continued**

Gulf Operators Ltd. advised that although this recommendation is directed at truck/dump manufacturers, they note that operationally this practice could create additional hazards when engaging in certain activities such as tail spreading. Tail spreading involves controlled distribution of product from a partially elevated box while the vehicle is in motion (eg. during road construction). The added requirement to constantly maintain a positive pressure on the dump box lever while balancing the shifting of a manual transmission would not be safe or practical.

#### **Recommendation #3**

**We, the jury, recommend that the mentioned pilot project on slope meter be tested on at least two different dump truck sizes for a minimum of six months, including winter months. These findings should be communicated to all concerned.**

Gulf Operators Ltd. responded that compliance with this recommendation is ongoing. The first slope meter was installed in January 2011 on a 36" Cobra dump box. A second slope meter is being procured and is expected to be installed on a different size dump trailer during the second quarter of 2011. Gulf Operators Ltd. will evaluate their findings from this pilot project and compile them in a report format, a copy of which will be forwarded to the Office of the Chief Coroner in due course.

#### **Recommendation #4**

**We, the jury, recommend some visual markers, ex. Pylons, be placed indicating the area of firm ground for dumping at site.**

### **Troisième enquête - Robert Beaulieu (suite)**

L'entreprise Gulf Operators Ltée a affirmé que même si cette recommandation s'adresse plutôt aux fabricants de camions, elle note que d'un point de vue opérationnel, cette mesure pourrait présenter des risques supplémentaires dans certaines activités comme la dispersion. Cette technique vise à répandre de façon contrôlée un produit tombant d'une benne partiellement élevée lorsque le véhicule est en mouvement, notamment lors de la construction routière. La nouvelle exigence voulant que les camions doivent être munis d'un levier pour maintenir une pression positive sur la benne tout en gardant l'équilibre lors des changements de vitesse de la transmission manuelle ne serait pas sécuritaire ou pratique.

#### **Recommandation n° 3**

**Qu'un indicateur de pente soit mis à l'essai sur au moins deux différentes tailles de camions à benne pendant au moins six mois, y compris les mois d'hiver et que les résultats de ce projet pilote soient communiqués à toutes les parties concernées**

L'entreprise Gulf Operators Ltée a affirmé que des mesures sont en cours afin de donner suite à cette recommandation. Le premier indicateur de pente a été installé en janvier 2011 sur un camion Cobra ayant une benne d'une longueur de 36 pieds. Un deuxième indicateur de pente est en cours d'achat et devrait être installé sur un camion ayant une benne d'une longueur différente au deuxième trimestre de 2011. L'entreprise Gulf Operators Ltée évaluera les résultats de ce projet pilote et les rassemblera dans un rapport, dont elle fera parvenir une copie au Bureau du coroner en chef en temps opportun.

#### **Recommandation n° 4**

**Que des indicateurs, comme des pylônes, soient placés aux endroits où le sol est solide au site de déchargement.**

---

### **Inquest No. 3 - Robert Beaulieu continued**

WorkSafeNB supports in principle this recommendation and is of the opinion that the intent is addressed in existing legislation. As the employer is legally responsible to acquaint an employee of any hazards that they may encounter in their work, requiring the use of visual markers to depict unsafe ground is one method that could be used by employers to achieve this obligation. As ground conditions may change quickly due to dumping activity or weather conditions, employers also need to rely on their trained, experienced operator's skill to determine when ground is unsafe for dumping as the employer may have insufficient time to react to changing conditions.

Gulf Operators Ltd. advised that this recommendation is impractical. Construction sites undergo constant change and markers can be moved, affected by weather and wind, forgotten or misidentified. Gulf Operators Ltd. is also hesitant to instruct operators to place reliance on dump conditions to a third party who might attend the site from time to time to place markers. The operator, through training and experience, has the expertise for proper identification of safe dump areas and ultimately carries responsibility for his/her load.

#### **Recommendation #5**

**We, the jury, recommend that someone be present to oversee the dumping site during all operations and that a no-enter zone be adhered to while load is being dumped.**

### **Troisième enquête - Robert Beaulieu (suite)**

Travail sécuritaire NB appuie en principe cette recommandation et estime que les mesures législatives actuelles en tiennent compte. Étant donné que les employeurs sont tenus par la loi d'informer leurs employés de tout danger pouvant survenir dans le cadre de leur travail, l'utilisation obligatoire d'indicateurs pour signaler les endroits où le sol n'est pas sécuritaire pourrait s'avérer une méthode utile pour leur permettre de s'acquitter de cette obligation. L'état du sol peut toutefois changer rapidement en raison du déchargement de camions ou des conditions météorologiques. Ainsi, les employeurs doivent se fier à la compétence de leurs conducteurs formés et expérimentés pour déterminer s'il est sécuritaire de décharger leur camion, car il se peut que les employeurs ne disposent pas du temps nécessaire pour agir face aux conditions changeantes du sol.

L'entreprise Gulf Operators Ltée a affirmé qu'il est impossible de donner suite cette recommandation. Les sites de construction sont en continuel changement et les balises peuvent être déplacées, abîmées par le vent ou les intempéries, oubliées ou mal identifiées. L'entreprise se montre également hésitante en ce qui concerne le fait de donner pour instructions aux conducteurs de céder la responsabilité des conditions de déchargement à une tierce partie qui peut se rendre sur les lieux de temps à autre pour placer des balises. Grâce à sa formation et à son expérience, le conducteur a le savoir-faire nécessaire pour déterminer quelles parties d'un site sont sécuritaires pour un déchargement et est responsable de la charge de son camion.

#### **Recommandation n° 5**

**Qu'une personne soient présente au site de déchargement pour en assurer la surveillance pendant les heures d'ouverture et qu'il soit interdit d'entrer dans la section où un conducteur est en train de décharger le contenu de son camion.**

---

### **Inquest No. 3 - Robert Beaulieu continued**

WorkSafeNB has reviewed this recommendation and has serious concerns. This practice will place additional employees at risk. Evidence provided by several witnesses at the inquest supports WorkSafeNB's position. As such, WorkSafeNB will not be taking action on this recommendation.

Gulf Operators Ltd. advised that the first part of this recommendation is impractical. Dump operations are carried out in areas away from the general construction activity and it would not be feasible to have an individual stationed at a dump site to observe intermittent activity. Gulf Operators Ltd. has, however, implemented frequent and regular supervisory inspections of its quarry and dump areas which are documented. The no-enter zone during dumping has been included within our training program and is communicated to all Gulf Operators Ltd. employees, not just dump operators.

### **Recommendation #6**

**We, the jury, recommend that all loads be dumped before any break is taken by the dump truck driver.**

Gulf Operators Ltd. advised that they have complied with this recommendation and included this requirement within their training program and frequent and regular inspection process.

### **Troisième enquête - Robert Beaulieu (suite)**

À la suite d'un examen de cette recommandation, Travail sécuritaire NB a de graves préoccupations. Cette pratique placera d'autres employés en situation de risque. Les preuves fournies par plusieurs témoins lors de l'enquête concordent avec la position de Travail sécuritaire NB. Par conséquent, Travail sécuritaire NB ne donnera pas suite à cette recommandation.

L'entreprise Gulf Operators Ltée a affirmé qu'il ne serait pas pratique de donner suite à la première partie de cette recommandation. Les activités de déchargement sont exécutées dans des secteurs éloignés des activités de construction. Il serait donc irréaliste d'avoir un employé affecté à un site de déchargement pour surveiller des activités intermittentes. L'entreprise a toutefois mis en place des inspections de surveillance périodiques et fréquentes de ses carrières et de ses espaces de déchargement qu'elle consigne. L'interdiction d'entrer dans un espace pendant un déchargement fait partie de la formation offerte à tous les employés de Gulf Operators Ltée, qu'ils soient conducteurs de camions ou non.

### **Recommandation n° 6**

**Qu'un conducteur de camion à benne déverse tout chargement qu'il transporte avant de prendre une pause.**

L'entreprise Gulf Operators Ltée a affirmé avoir donné suite à cette recommandation et avoir ajouté l'exigence à son programme de formation et à ses inspections périodiques et fréquentes.

---

### **Inquest No. 3 - Robert Beaulieu continued**

#### **Recommendation #7**

**We, the jury, recommend that where two or more of the following factors are present, loads be reduced:**

- Freezing temperatures
- Risk of high level of moisture in load
- Soft ground
- Sloping ground
- Wind

Gulf Operators Ltd. advised they have identified these risk factors within their training program for dump operators. The operator has the expertise for proper assessment of safe load sizes and will consider these risk factors on a case-by-case basis to determine if particular loads should be reduced.

#### **Recommendation #8**

**We, the jury, recommend better stabilization of the box during dumping to prevent swaying or snapping of hydraulic cylinder.**

No response was received in relation to this recommendation.

#### **Recommendation #9**

**We, the jury, recommend better documentation for all repairs regardless of their size and the date when the repair was completed.**

Gulf Operators Ltd. advised they have complied with this recommendation by requiring all repairs to be indicated by the responsible mechanic in the asset logbook. Frequent and regular spot checks will be employed to ensure that this practice is followed.

### **Troisième enquête - Robert Beaulieu (suite)**

#### **Recommandation n° 7**

**Que la taille des chargements soit réduite si au moins deux des facteurs suivants sont présents :**

- Températures sous zéro
- Risque d'humidité élevée dans le chargement
- Sol mou
- Terrain incliné
- Vent

L'entreprise Gulf Operators Ltée a affirmé avoir ciblé ces facteurs de risque dans son programme de formation des conducteurs de camion à benne. Le conducteur a donc le savoir-faire nécessaire pour évaluer correctement la sécurité des chargements et évaluer les facteurs de risque au cas par cas afin de voir si certaines charges devraient être allégées.

#### **Recommandation n° 8**

**Que des mesures soient prises pour stabiliser la benne davantage pendant le déchargement de façon à empêcher qu'elle oscille et que le cylindre hydraulique se brise;**

Aucune réponse n'a été reçue en rapport à cette recommandation.

#### **Recommandation n° 9**

**Que toutes les réparations effectuées soient mieux documentées, peut importe leur ampleur et leur date.**

L'entreprise Gulf Operators Ltée affirme avoir donné suite à cette recommandation en exigeant que toutes les réparations soient notées par le mécanicien responsable dans le registre du véhicule. Des vérifications aléatoires périodiques seront fréquemment effectuées afin de veiller à ce que cette mesure soit suivie.

---

## **Inquest No. 3 - Robert Beaulieu continued**

### **Recommendation #10**

**We, the jury, recommend all double tandems be used for long haul operations only.**

Gulf Operators Ltd. stated that this recommendation is impractical. Double tandems are capable of being dumped safely in short haul or other operations if basic safety requirements are followed. It is noted, however, that Gulf Operators Ltd. currently does not have any double tandems within its fleet.

### **Recommendation #11**

**We, the jury, recommend that manufacturers consider more effective heating systems for dump boxes during freezing temperatures.**

No response was received in relation to this recommendation.

### **Recommendation #12**

**We, the jury, recommend that the equipment check list include the dump box heater.**

Gulf Operators Ltd. advised that they have complied with this recommendation and included this item in a revision to their existing asset logbooks. The revised logbooks will be phased into service as existing logbooks require replacement.

### **Recommendation #13**

**We, the jury, recommend all running boards be examined yearly to determine grip and replaced accordingly for driver safety.**

## **Troisième enquête - Robert Beaulieu (suite)**

### **Recommandation n° 10**

**Que tous les camions à direction double et à essieu tandem servent uniquement au camionnage à longue distance.**

L'entreprise Gulf Operators Ltée a affirmé qu'il ne serait pas pratique de donner suite à cette recommandation. Les camions à direction double et à essieu tandem peuvent livrer une charge de façon sécuritaire sur une courte distance ou dans d'autres circonstances, tant que les exigences élémentaires en matière de sécurité soient respectées. Toutefois, il est à noter que le parc de l'entreprise ne compte présentement aucun camion de ce genre.

### **Recommandation n° 11**

**Que les fabricants étudient la possibilité d'installer des systèmes de chauffage plus efficaces pour les bennes de déchargement lorsque les températures sont sous zéro.**

Aucune réponse n'a été reçue en rapport à cette recommandation.

### **Recommandation n° 12**

**Que la liste de contrôle de l'équipement comprenne une case pour le système de chauffage de la benne de déchargement.**

L'entreprise Gulf Operators Ltée affirme avoir donné suite à cette recommandation. Les registres révisés en conséquence seront introduits graduellement afin de succéder aux anciens registres devant être remplacés.

### **Recommandation n° 13**

**Que l'adhérence de tous les marchepieds soient vérifiée chaque année et qu'ils soient remplacés au besoin pour assurer la sécurité des conducteurs.**

---

### **Inquest No. 3 - Robert Beaulieu continued**

WorkSafeNB agrees with this recommendation. It should be noted that current legislation requires employers and employees to inspect equipment regularly (in some cases daily) to ensure it is in safe working condition. When defective or unsafe equipment is found, there are legislative requirements for these hazards to be reported and repaired. It is the opinion of WorkSafeNB that the intent of this recommendation is already addressed in existing legislation.

Gulf Operators Ltd. advised that they have complied with this recommendation. It is also noted that the provincially mandated annual motor vehicle inspection includes steps and there is evidence that Gulf Operators Ltd. repairs and replaces as necessary.

#### **Recommendation #14**

**We, the jury, recommend that safety instruction become a central part of ongoing training and education.**

WorkSafeNB agrees and is of the opinion that this recommendation is supported in existing legislation. New Brunswick legislation requires that truck operators be licensed in order to operate a truck on public roads. Further, health and safety legislation in New Brunswick requires employers to train employees to recognize, address and report hazards in the work environment.

Gulf Operators Ltd. advised that they have complied with this recommendation.

### **Troisième enquête - Robert Beaulieu (suite)**

Travail sécuritaire NB appuie cette recommandation. Il est à noter que la législation actuelle exige que les employeurs et les employés inspectent l'équipement sur une base régulière (quotidiennement dans certains cas) pour s'assurer de son bon état de fonctionnement. Si l'équipement est défectueux ou non sécuritaire, les dispositions législatives actuelles exigent que les problèmes soient signalés et réglés. Selon Travail sécuritaire NB, la législation actuelle tient compte de l'esprit de cette recommandation.

L'entreprise Gulf Operators ltée affirme avoir donné suite à cette recommandation. Les marchepieds sont vérifiés lors des inspections annuelles obligatoires des véhicules à moteur. Il existe des preuves que Gulf Operators ltée répare et remplace bel et bien ces pièces au besoin.

#### **Recommandation n° 14**

**Qu'un cours sur la sécurité devienne partie intégrale des initiatives de formation et d'éducation permanente.**

Travail sécuritaire NB est d'accord et estime que la législation actuelle appuie cette recommandation. En vertu des mesures législatives en vigueur au Nouveau-Brunswick, les conducteurs de camions doivent être titulaires d'un permis pour conduire sur les voies publiques. Par ailleurs, les lois en matière de santé et de sécurité au travail obligent les employeurs à former leurs employés à reconnaître et à signaler les dangers en milieu de travail et à trouver des moyens d'y remédier.

L'entreprise Gulf Operators ltée affirme avoir donné suite à cette recommandation.

---

### **Inquest No. 3 - Robert Beaulieu continued**

The Chairman of the Board of Directors of the New Brunswick Construction Safety Association advises that many of the recommendations that the jury listed were changes to manufacturer's equipment. Although they may feel that these changes would address the problems they have seen, very few of them would ever be addressed as it would require a change in manufacture practices, in some cases world wide. On the recommendations referring to marking and testing this would not work on many of the construction sites that are out there today. Several times a truck driver will be dumping loads in several different places, in some cases homeowner's property. Truck drivers are already instructed to inspect their dump areas by ground softness, slope, etc. If we counted on markers and pylons (which could be moved by anyone in many of our remote work areas) to be the norm and not the visuals that the drivers use, there would likely be more problems. As for several of the other recommendations in regards to training, load conditions and repairs, NBCSA feels that their industry already follows most of these recommendations. Safety training for construction workers has greatly increased and improved over the last 10 years. They believe that the safety culture in their industry has greatly increased and as an association, NBCSA will continue to work at increasing it.

### **Troisième enquête - Robert Beaulieu (suite)**

Le président du conseil d'administration de la New Brunswick Construction Safety Association (NBCSA) indique qu'un bon nombre de recommandations formulées par les membres du jury sont en fait des modifications à l'équipement de fabricants. Les membres du jury peuvent croire que ces changements régleraient les problèmes relevés. Cependant, très peu d'entre eux seraient réglés, car il serait nécessaire de modifier les pratiques des fabricants, dans certains cas, du monde entier. La recommandation sur le marquage et les mises à l'essai ne pourrait pas être appliquée dans la plupart des chantiers de construction qui existent à l'heure actuelle. Il arrive régulièrement qu'un camionneur vide des chargements à divers endroits, dans certains cas sur le terrain d'un propriétaire foncier. Les camionneurs savent déjà qu'ils doivent inspecter les caractéristiques de l'endroit où ils doivent déverser leur chargement, comme la mollesse du sol, la pente et autres. Si la norme était de se fier à des indicateurs et des pylônes, qui peuvent être déplacés par n'importe qui sur les chantiers de travail éloignés, plutôt qu'aux repères visuels utilisés par les camionneurs, il est probable que davantage de problèmes se produiraient. La NBCSA est d'avis que l'industrie respecte déjà la plupart des autres recommandations concernant la formation, l'état des chargements et les réparations. La formation en sécurité des travailleurs de la construction s'est grandement améliorée au cours des dix dernières années. La NBCSA est d'avis qu'il existe davantage une culture de sécurité au sein de la sécurité maintenant et l'association poursuivra ses efforts en vue de la développer encore plus.

---

## **Inquest No. 3 - Robert Beaulieu continued**

### **Recommendations of the Presiding Coroner:**

#### **Recommendation #1**

**That Gulf Operators share with the New Brunswick Construction Safety Association and the New Brunswick Road Builders Association the initiatives that they have undertaken to prevent tip over incidents in an effort to reduce the possibility of death or severe injury.**

Gulf Operators Ltd. advised that they have complied with this request. A Hazard Alert bulletin was developed with a summary of this incident and key findings that will assist other operators in recognizing and controlling hazards related to dump operations. This bulletin has been forwarded to both the New Brunswick Construction Safety Association and the New Brunswick Road Builders and Heavy Construction Association with a request to share it with their respective memberships.

NBSCA would like to note that it is not their mandate to develop procedures for companies. It is not their mandate to train companies in the areas of hazard assessment and safety program management. NBSCA gives them the tools that they need and expect that they develop their own safety work practices as these change from company to company and even from site to site.

## **Troisième enquête - Robert Beaulieu (suite)**

### **Recommandations du coroner ayant présidé l'enquête :**

#### **Recommandation n° 1**

**Que l'entreprise Gulf Operators communique à la New Brunswick Construction Safety Association et l'Association des constructeurs de routes et de la construction lourde du Nouveau-Brunswick les initiatives qu'elle en mise en œuvre pour prévenir les incidents de renversement afin de réduire le nombre de décès et de blessures graves.**

L'entreprise Gulf Operators ltée a affirmé avoir donné suite à cette recommandation. Un bulletin d'alerte au danger a été créé et comprend un résumé de l'incident et les résultats clés de l'enquête qui pourront aider d'autres conducteurs à reconnaître les dangers et à les éviter lors du déchargement de leur camion. Ce bulletin a été envoyé à la New Brunswick Construction Safety Association et à l'Association des constructeurs de routes et de la construction lourde du Nouveau-Brunswick afin qu'il soit distribué à leurs membres.

La NBCSA tient à souligner le fait qu'il ne relève pas de son mandat d'établir des marches à suivre pour les entreprises. Il ne relève pas de son mandat de fournir une formation aux entreprises sur l'évaluation des dangers et la gestion des programmes de sécurité. La NBCSA leur donne les outils dont elles ont besoin et s'attend à ce qu'elles mettent en place leurs propres pratiques de travail sécuritaires, car ces pratiques peuvent changer d'une entreprise à l'autre et même d'un chantier de construction à l'autre.

---

## **Inquest No. 4 - Kirk McGeachy**

An inquest was held December 7 - 8, 2010 in Saint John, New Brunswick, into the death of Duncan Kirk McGeachy.

Mr. McGeachy, 55, died on November 3, 2008, from injuries received during the course of his employment at a construction project site in Connors, New Brunswick.

Mr. McGeachy was an engineering technologist and was assigned to conduct pile driving tests on steel piles being installed at the site. This procedure involved attaching sensors to the pile to be tested. These sensors were connected to instruments and a computer located in the rear of Mr. McGeachy's personal vehicle, a late model SUV. The power source to run the equipment was an electric inverter attached to the vehicle battery.

Just prior to the incident, Mr. McGeachy was talking to other workers on the site as they were going on their lunch break. Following this conversation, which took place beside the vehicle, McGeachy would have entered the excavation behind his vehicle and the other workers would have left to go to the site trailer for their lunch. One of these workers looked around and saw the vehicle rolling backward into the excavation. Attempts to alert Mr. McGeachy to the danger were too late and Mr. McGeachy was pinned under the rear bumper and trailer hitch of the vehicle. Emergency Services were summoned and the vehicle was turned off and the parking brake applied (later proven to be in good working condition). The vehicle was then secured against any further movement by another piece of equipment.

## **Quatrième enquête - Kirk McGeachy**

Une enquête publique a eu lieu les 7 et 8 décembre 2010 à Saint John, au Nouveau-Brunswick, concernant le décès de M. Duncan Kirk McGeachy.

M. McGeachy est décédé le 3 novembre 2008, à l'âge de 55 ans, des suites de blessures subies dans le cadre de son emploi sur un chantier de construction à Connors, au Nouveau-Brunswick.

M. McGeachy travaillait à titre de technicien-spécialiste en ingénierie et avait pour tâche d'effectuer des mises à l'essai de battage de pieux sur des pieux de métal qui allaient être installés sur le site. Pour ce faire, il devait attacher des capteurs sur le pieu mis à l'essai. Ces capteurs étaient branchés à des instruments et à un ordinateur qui se trouvaient à l'arrière du véhicule personnel de M. McGeachy, un VUS d'un modèle récent. Cet équipement était alimenté par un convertisseur de courant électrique fixé à la batterie du véhicule.

Juste avant l'incident, M. McGeachy discutait avec d'autres travailleurs sur le site avant qu'ils ne prennent leur pause-dîner. À la suite de cette conversation, qui a pris place à côté du véhicule, M. McGeachy serait descendu dans la fosse qui se trouvait derrière son véhicule et les autres travailleurs auraient quitté les lieux pour aller manger dans la remorque qui se trouvait sur le site. L'un des travailleurs s'est retourné et a vu le véhicule en question rouler à reculons dans la fosse. On a tenté d'alerter M. McGeachy du danger, mais il était trop tard. Ce dernier s'est retrouvé cloué au sol, coincé sous le pare-choc arrière et le dispositif d'attelage du véhicule. Les services d'urgence ont été dépêchés sur les lieux, le véhicule a été arrêté et le frein de stationnement, dont l'examen a révélé qu'il était en bon état de marche, a été appliqué. Une autre pièce d'équipement a ensuite été placée de sorte à empêcher tout autre mouvement du véhicule.

---

## Inquest No. 4 - Kirk McGeachy continued

First Responders from the local volunteer fire department and Ambulance New Brunswick arrived on-scene and it was determined that Mr. McGeachy had already succumbed to his injuries. The jury determined the cause of death to be mechanical traumatic asphyxia and the death was ruled accidental.

The inquest examined issues surrounding the use of a vehicle-reliant power source, the proper securing of vehicles against movement at construction sites and the level of first aid training and access to emergency communication when working in isolated areas.

The jury made the following recommendations:

1. A consultation with an electrical engineer to explore the possibility of using uninterrupted power supply (UPS) technology combined with a generator to perform pile driver analysis (PDA) testing. This technology converts AC current to DC current and back to AC current thus eliminating the noise issue and the use of a vehicle for the PDA testing.
2. That construction site workers in New Brunswick do not work alone.

The Presiding Coroner made the following recommendation:

That WorkSafe NB regulate the use of wheel chocks for all vehicles required to be used by the employee for a power supply or otherwise, to ensure the safety of those working in the vicinity of the vehicle.

## Quatrième enquête - Kirk McGeachy (suite)

À l'arrivée sur les lieux des premiers secouristes du service de pompiers volontaires local et d'Ambulance Nouveau-Brunswick, il a été déterminé que M. McGeachy avait déjà succombé à ses blessures. Selon le jury, le décès est attribuable à une asphyxie traumatique mécanique et est d'origine accidentelle.

L'enquête a notamment porté sur des questions relatives à l'utilisation de véhicules à des fins d'alimentation électrique, aux mesures pouvant être prises afin d'éviter tout mouvement incontrôlé des véhicules sur les chantiers de construction, ainsi qu'au niveau de formation en premiers soins et d'accès aux communications d'urgence des employés qui travaillent dans des régions isolées.

Le jury a formulé les recommandations suivantes :

1. Qu'une consultation ait lieu avec un ingénieur électrique afin d'examiner la possibilité d'utiliser un système d'alimentation sans coupure combiné à une génératrice afin d'effectuer des mises à l'essai relatives au battage de pieux. Ce système permet de convertir le courant alternatif en courant continu, puis à nouveau en courant alternatif, ce qui a pour effet d'éliminer le problème du bruit et l'utilisation d'un véhicule pour effectuer des mises à l'essai PDA.
2. Que les travailleurs de chantier au Nouveau-Brunswick ne travaillent pas seuls.

Le coroner président a formulé la recommandation suivante :

Que Travail sécuritaire NB réglemente l'utilisation de cales de roues pour tous les types de véhicules dont peut se servir un employé à des fins d'approvisionnement en électricité, entre autres, en vue d'assurer la sécurité des autres employés s'affairant autour du véhicule.

---

## **Inquest No. 4 - Kirk McGeachy continued**

The recommendations were forwarded for consideration to WorkSafe NB and Stantec.

### **Recommendation #1**

**A consultation with an electrical engineer to explore the possibility of using uninterrupted power supply (UPS) technology combined with a generator to perform pile driver analysis (PDA) testing. This technology converts AC current to DC current and back to AC current thus eliminating the noise issue and the use of a vehicle for the PDA testing.**

Stantec Consulting Ltd. has consulted with an electrical engineer to determine the feasibility of using an uninterrupted power supply in conjunction with a portable generator to provide power to the testing equipment used in pile driving. Stantec advises that it has a possible solution which they will continue to test.

### **Recommendation #2**

**That construction site workers in New Brunswick do not work alone.**

The Acting President and CEO of WorkSafeNB responses that WorkSafeNB acknowledges that workers who are required to work alone (including construction workers) may be exposed to additional risks while carrying out their duties. However, it is also recognized that there may be circumstances where it is necessary for employees to work alone

## **Quatrième enquête - Kirk McGeachy (suite)**

Les recommandations ont été transmises à Travail sécuritaire NB et Stantec.

### **Recommandation N° 1**

**Qu'une consultation ait lieu avec un ingénieur électrique afin d'examiner la possibilité d'utiliser un système d'alimentation sans coupure combiné à une génératrice afin d'effectuer des mises à l'essai relatives au battage de pieux. Ce système permet de convertir le courant alternatif en courant continu, puis à nouveau en courant alternatif, ce qui a pour effet d'éliminer le problème du bruit et l'utilisation d'un véhicule pour effectuer des mises à l'essai PDA.**

Stantec Consulting Ltd. a communiqué avec un ingénieur en électricité pour déterminer s'il est possible d'utiliser un système d'alimentation sans coupure combiné à une génératrice portative pour alimenter l'outillage d'essai servant au battage de pieux. Stantec signale qu'il s'agit d'une solution possible et qu'elle continuera à effectuer des essais.

### **Recommandation N° 2**

**Que les travailleurs de chantier au Nouveau-Brunswick ne travaillent pas seuls.**

Selon le président et directeur général par intérim de Travail sécuritaire NB, l'organisme reconnaît que les travailleurs qui exercent leurs fonctions seuls, dont les travailleurs de la construction, s'exposent à des risques supplémentaires. Cependant, il est aussi reconnu que certaines circonstances forcent des employés à exercer leurs fonctions seuls. C'est

---

## Inquest No. 4 - Kirk McGeachy continued

while carrying out their duties. For this reason, the Province of New Brunswick has had legislation (since 1992) to address this issue and help reduce the risks. The regulation, which is referred to as *Code of Practice for Working Alone Regulation - Occupational Health and Safety Act* and can be found at <http://www.gnb.ca/0062/regs/92-133.htm>. As current occupational health and safety legislation addresses the matter of employees who are required to work alone, WorkSafeNB is of the opinion that no further action is required at this time with respect to this recommendation. It should be noted that our agency will continue to monitor this matter to ensure that the health and safety of employees who work alone is adequately addressed.

### **The recommendation of the Presiding Coroner:**

**That WorkSafe NB regulate the use of wheel chocks for all vehicles required to be used by the employee for a power supply or otherwise, to ensure the safety of those working in the vicinity of the vehicle.**

WorkSafeNB supports this recommendation. The agency has acted upon this recommendation by requesting that the General Committee on Construction-related Legislation Review consider this recommendation for the purposes of a proposed amendment. The Committee held its first meeting early in July, beginning a two-year comprehensive review and consultation process pertaining to construction industry workplace safety legislative issues.

## Quatrième enquête - Kirk McGeachy (suite)

pourquoi le Nouveau-Brunswick a en place des dispositions législatives depuis 1992 qui traitent de cette question et contribuent à réduire les risques. Le règlement en question, cité sous le titre *Règlement sur le code de directives pratiques en matière de travail solitaire – Loi sur l'hygiène et la sécurité au travail* se trouve en ligne à l'adresse <http://www.gnb.ca/0062/regl/92-133.htm>. Puisque les dispositions législatives actuelles en matière de santé et de sécurité au travail traitent de la question des employés qui doivent travailler seul, Travail sécuritaire NB est d'avis qu'il n'est pas nécessaire de prendre tout autre mesure à l'égard de cette recommandation. L'organisme continuera à surveiller cette question de près pour s'assurer de ne pas compromettre la santé et la sécurité des employés qui travaillent seuls.

### **Le recommandation du coroner président :**

**Que Travail sécuritaire NB réglemente l'utilisation de cales de roues pour tous les types de véhicules dont peut se servir un employé à des fins d'approvisionnement en électricité, entre autres, en vue d'assurer la sécurité des autres employés s'affairant autour du véhicule.**

Travail sécuritaire NB appuie cette recommandation. L'organisme a donné suite à cette recommandation en demandant au comité général de révision des mesures législatives sur la construction d'examiner cette recommandation en vue de proposer une modification. Le comité a tenu sa première réunion au début du mois de juillet, entamant du même coup un processus exhaustif d'examen et de consultation au sujet des dispositions législatives sur la sécurité en milieu de travail dans l'industrie de la construction.

---

## Other Cases of Interest

The following cases were investigated and concluded with a decision that no public inquest would be held. However, recommendations for change were identified in each instance.

### Case #1

This 14 year old female died on November 30, 2009 of injuries suffered after being struck by a motor vehicle.

The deceased was walking home from school at approximately 5:00 in the evening. She was crossing McLaughlin Drive at Hennessey Road in Moncton, New Brunswick, at a signed crosswalk when she was struck by a north bound motor vehicle. There was heavy rain and poor visibility at the time of the accident.

The crosswalk at McLaughlin and Hennessey is heavily used by local children to and from two local schools on McLaughlin Drive. During school hours the crosswalk is manned by a crossing guard.

The coroner did not recommend a public inquest into this death, but has made the following recommendation:

That a button-activated pedestrian traffic control device be installed at the intersection of McLaughlin Drive and Hennessey Road

The recommendation was forwarded to the City of Moncton for a response.

## Autres cas dignes d'intérêt

Les cas suivants ont fait l'objet d'une évaluation après laquelle on a conclu qu'une enquête du coroner n'était pas nécessaire. Des recommandations ont toutefois été formulées pour chacun de ces cas.

### Cas n° 1

Cette jeune fille de 14 ans est décédée le 30 novembre 2009 à la suite de blessures subies après avoir été happée par un véhicule à moteur.

La victime rentrait de l'école à pied vers 17 h. Elle traversait la promenade McLaughlin à l'intersection du chemin Hennessey, à Moncton, au Nouveau-Brunswick, en empruntant un passage pour piétons muni de panneaux lorsqu'elle a été happée par un véhicule à moteur circulant en direction nord. Il pleuvait abondamment et la visibilité était faible au moment de l'accident.

Le passage pour piétons situé à l'intersection de la promenade McLaughlin et du chemin Hennessey est très fréquenté par les enfants des environs qui se rendent aux deux écoles situées sur la promenade McLaughlin ou qui en reviennent. Pendant les heures de classe, un brigadier ou une brigadière assure la traversée sécuritaire des piétons à cet endroit.

Le coroner n'a pas ordonné la tenue d'une enquête publique relativement à ce décès, mais a formulé la recommandation suivante :

Qu'un dispositif de signalisation de passage pour piétons actionné par un bouton soit installé à l'intersection de la promenade McLaughlin et du chemin Hennessey.

La recommandation a été acheminée à la Ville de Moncton afin qu'elle y réponde.

---

## Other Cases of Interest continued

### **Recommendation: That a button-activated pedestrian traffic control device be installed at the intersection of McLaughlin Drive and Hennessey Road.**

The City of Moncton advises that following the incident and at the request of the School District and the family of the deceased, the City's Department of Engineering and Environmental Services conducted an investigation of the intersection and the facts surrounding the accident. As part of the work conducted in the spring of 2010, all of the crosswalks along McLaughlin Drive were studied. This exercise revealed that all crosswalks along McLaughlin, including the one located at the intersection with Hennessey Road, meet or exceeded Transportation Association of Canada guidelines.

Unfortunately, the study also revealed that many pedestrians, many of them children attending the schools in the area, were crossing McLaughlin Drive illegally near Southland Drive and not at the aforementioned crosswalk. Upon further review of travel patterns in the area, the City of Moncton was able to determine that the preferred route for these pedestrians was Southland Drive. Accordingly, the crosswalk at Hennessey was abandoned and a new crosswalk was installed at Southland Drive in an effort to better respond to the existing pedestrian traffic patterns. It was also decided to install overhead crosswalk signals, complete with down-lighting and flashing beacons. This work was completed during the summer of 2010. Five other locations within the City were identified for future upgrades. Those are scheduled to be completed in 2011.

## Autres cas dignes d'intérêt (suite)

### **Recommandation : Qu'un dispositif de signalisation de passage pour piétons actionné par un bouton soit installé à l'intersection de la promenade McLaughlin et du chemin Hennessey.**

La Ville de Moncton précise que, à la suite de l'accident et à la demande du district scolaire et des parents de la victime, sa Division d'ingénierie et des services environnementaux a mené une enquête sur l'intersection en question et sur les faits liés à l'accident. Au printemps 2010, la Division a étudié tous les passages pour piétons le long de la promenade McLaughlin. Cet examen a révélé que tous les passages pour piétons, y compris celui à l'intersection du chemin Hennessey, respectent ou dépassent les exigences des lignes directrices de l'Association des transports du Canada.

Malheureusement, l'étude a également montré que beaucoup de piétons, dont un grand nombre sont des enfants qui fréquentent les écoles du quartier, traversent illégalement la promenade McLaughlin près de la promenade Southland et non au passage pour piétons susmentionné. À la suite d'un examen plus approfondi des tendances de déplacement dans le quartier, la Ville de Moncton a déterminé que les piétons empruntent plus souvent la promenade Southland. Ainsi, pour tenir compte des tendances de déplacement existantes des piétons, le passage pour piétons à l'intersection de la rue Hennessey a été éliminé et un nouveau passage a été créé à l'intersection de la promenade Southland. La Ville a aussi décidé d'y installer des panneaux de signalisation de passage pour piétons munis de dispositifs d'éclairage vers le bas et de feux clignotants. Les travaux d'installation ont été achevés à l'été 2010. La Ville a également conclu que cinq autres passages pour piétons devraient être améliorés et prévoit effectuer les travaux nécessaires en 2011.

---

## Other Cases of Interest continued

### Case #2

This 73 year old female died as a result of injuries sustain during a vehicle/pedestrian collision on August 17, 2009.

The deceased was crossing Vanier Boulevard (Route 180) at Johnson Road with another individual when they were stuck by a motor vehicle. They were in a marked crosswalk but it could not be ascertained whether the traffic signals had been activated. Speed, alcohol or road conditions were not factors in this death.

The Coroner made the following recommendations:

1. That fluorescent yellow pedestrian symbol signs be erected approximately 50 meters before the crosswalk indicating that a crosswalk is ahead.
2. That the present pedestrian crosswalk signs be replaced with fluorescent yellow pedestrian symbol signs as soon as possible.
3. That the present crosswalk system be replaced with a pedestrian activated traffic signal with overhead lights on both sides of the highway.

The case summary and recommendations were forwarded to the Department of Transportation and the City of Bathurst.

## Autres cas dignes d'intérêt (suite)

### Cas n° 2

Cette femme de 73 ans est décédée le 17 août 2009 des suites de blessures subies après avoir été happée par un véhicule à moteur.

Elle traversait le boulevard Vanier (route 180) à l'intersection du chemin Johnson avec une autre personne lorsqu'elles ont été heurtées par un véhicule à moteur. Elles empruntaient un passage pour piétons munis de panneaux, mais il a été impossible de déterminer si les dispositifs de signalisation avaient été activés. La vitesse, l'alcool et les conditions routières n'ont pas contribué à ce décès.

Le coroner a formulé les recommandations suivantes :

1. Que des panneaux jaunes fluorescents avec symboles annonçant un passage pour piétons soient placés à environ 50 mètres avant le passage pour piétons;
2. Que les panneaux actuels de passage pour piétons soient remplacés dès que possible par des panneaux jaunes fluorescents avec symboles de passage pour piétons;
3. Que le système de passage pour piétons actuel soit remplacé par un système de feu de circulation activé par les piétons, avec des lampes supérieures des deux cotés de la route.

Le résumé du dossier et les recommandations ont été envoyés au ministère des Transports et la Ville de Bathurst.

---

## Other Cases of Interest continued

The Minister of Transportation advises that upon request by a municipality, the Department of Transportation reviews the potential location, on any provincially designated highway, at which the municipality wishes to install a crosswalk. An on-site evaluation is undertaken by the Maintenance and Traffic Branch to determine if a crosswalk is warranted, based upon provincial and national guidelines. Once the review is complete the municipality is notified whether the location is approved or denied. If approved, the municipality is required to complete the installation, of signing, lighting and striping, in accordance with established practices.

A review of Department records did not identify correspondence with the City indicating that this location had ever been approved for a crosswalk. Subsequently, the location has been reviewed by the Maintenance and Traffic Branch. Based on site observations, i.e. existing pedestrian activity, a Special Crosswalk known as an RA-5 under Transportation Association of Canada Guidelines would be appropriate for this location, should the City submit such request.

All RA-5 Special Crosswalks are tentatively approved with the understanding that current provincial guidelines for the signing, lighting and striping are met. The existing installation on Vanier Boulevard at Johnson Avenue would have to be upgraded by the City to comply with national and provincial standards.

## Autres cas dignes d'intérêt (suite)

Le ministre des Transports signale que son ministère, à la demande d'une municipalité, évalue tout endroit où une municipalité désire installer un passage pour piétons sur une route provinciale désignée. La Direction de l'entretien et de la circulation mène une évaluation sur place pour déterminer s'il est justifié d'installer un passage pour piétons en fonction des lignes directrices provinciales et fédérales. Au terme de l'évaluation, la municipalité est avisée de l'approbation ou du refus de la demande. Si l'endroit est approuvé, la municipalité doit se charger de mettre en place la signalisation, l'éclairage et le marquage nécessaires, conformément aux pratiques établies.

Les dossiers du Ministère ne font mention d'aucune correspondance avec la Ville précisant que cet endroit avait été approuvé de façon à servir de passage pour piétons. Depuis, la Direction de l'entretien et de la circulation a examiné l'endroit en cause. Conformément aux observations faites sur place, notamment au sujet du volume actuel de circulation de piétons, un passage pour piétons spécial, communément appelé RA-5 selon les lignes directrices de l'Association des transports du Canada, conviendrait pour cet endroit, si la Ville décide de présenter une demande à cet égard.

Tous les passages pour piétons spéciaux de type RA-5 sont approuvés de façon provisoire, pourvu que les lignes directrices provinciales sur la signalisation, l'éclairage et le marquage sont respectées. Les installations qui se trouvent sur le boulevard Vanier, à l'intersection de l'avenue Johnson, devraient être mises à niveau par la Ville pour qu'elles respectent les normes provinciales et fédérales.

---

## Other Cases of Interest continued

The Transportation Association of Canada and the Department of Transportation have reserved the use of yellow/green signs, noted as fluorescent yellow signs in the coroner's recommendations, for two specific signs only. The colour yellow/green is to be used only on 1) School Zone signs and 2) Advance School Crosswalk signs. Vanier Boulevard does not have a school located adjacent to the existing crossing and therefore is not considered a school zone. For a crosswalk to be considered a School Crosswalk a school crossing guard must be provided at morning, noon, and afternoon periods of student pedestrian activity; no crossing guard has been employed at this location. As yellow/green (fluorescent yellow) signs are reserved for the two signs noted, the use of that colour cannot be approved for an advance regular pedestrian crosswalk sign or for a regular pedestrian crosswalk sign at the crossing, as indicated in the coroner's recommendations. The use of the yellow/green colour for traffic related signs, other than the two signs noted above, would constitute a liability issue for a municipality or the Department should a mishap occur.

Based on all information available, this location does not support a recommendation for the installation of full pedestrian activated traffic signals, as requested by the investigating Coroner.

The City Engineer advises that the City of Bathurst is upgrading the crosswalk on Vanier Boulevard to the standard RA-5, Special Crosswalk.

## Autres cas dignes d'intérêt (suite)

L'Association des transports du Canada et le ministère des Transports limitent l'utilisation de la combinaison du jaune et du vert à deux types de signalisation précis. La combinaison du jaune et du vert doit uniquement servir aux panneaux indiquant une zone scolaire et aux panneaux d'avertissement d'un passage pour écoliers. Puisqu'aucune école ne se trouve à proximité de ce passage pour piétons sur le boulevard Vanier, ce secteur n'est pas considéré comme une zone scolaire. Pour qu'un passage pour piétons soit considéré comme un passage pour écoliers, il doit être doté d'un brigadier scolaire le matin, le midi et l'après-midi pour les périodes de pointe de circulation des écoliers. Aucun brigadier scolaire ne travaillait à cet endroit. Puisque la combinaison du jaune fluorescent et du vert est réservée pour les deux types de panneaux susmentionnés, il est impossible d'approuver l'utilisation de cette combinaison de couleurs pour un panneau d'avertissement d'un passage pour piétons ordinaire ou d'un panneau de passage pour piétons ordinaire à l'intersection, comme le recommande le coroner. L'utilisation de la combinaison du jaune et du vert dans un panneau de circulation autre que les deux types de panneaux susmentionnés pourrait rendre une municipalité ou le Ministère responsable d'un accident.

L'information disponible ne justifie pas l'installation d'un système complet de feu de circulation activé par les pétons à cet endroit, comme le recommande le coroner chargé de l'enquête.

L'ingénieur municipal de Bathurst signale que la Ville de Bathurst est en voie de transformer le passage pour piétons en cause sur le boulevard Vanier en passage pour piétons spécial de type RA-5.

---

## Other Cases of Interest continued

### Case #3

This 46 year old female died as a result of severe head injuries after being struck from behind by an out of control motorcycle following an upset where the driver was thrown from the motorcycle. The deceased was jogging at the time and was wearing a headset.

During the course of the coroner's investigation it was learned that the driver of the motorcycle had received his motorcycle endorsement within the previous three weeks, had not received any formal motorcycle driver training and that the motorcycle in question had been modified from its original specifications and had under inflated tires. It was further learned that there is no requirement in New Brunswick for motorcycles to undergo an annual motor vehicle inspection.

This case highlighted a number of public safety issues. The coroner made the following recommendations:

1. That the Province of New Brunswick implement a motor vehicle inspection program for motor cycles.
2. That the Province of New Brunswick implement a graduated driver's licence for new drivers of motorcycles.
3. That the Province of New Brunswick enhance the testing protocol for obtaining a motor cycle licence to include on-road testing.

## Autres cas dignes d'intérêt (suite)

### Cas n° 3

Cette femme de 46 ans est décédée de graves blessures à la tête après avoir été frappée par derrière par une motocyclette qui n'était plus guidée par son conducteur car celui-ci en avait été projeté. Au moment de l'incident, la victime faisait du jogging et portait des écouteurs.

Au cours de l'enquête du coroner, on a appris que le conducteur de la motocyclette avait seulement reçu une mention spéciale pour motocyclette sur son permis dans les trois semaines précédant l'incident, qu'il n'avait reçu aucune formation officielle pour la conduite d'une motocyclette, que la motocyclette avait été modifiée par rapport à sa conception initiale et que les pneus de cette dernière n'étaient pas assez gonflés. Il a également été déterminé qu'il n'existe aucune exigence au Nouveau-Brunswick obligeant l'inspection annuelle des motocyclettes.

Le présent cas a permis de soulever un certain nombre de préoccupations concernant la sécurité publique. Le coroner a donc formulé les recommandations suivantes :

1. Que le gouvernement du Nouveau-Brunswick mette en œuvre un programme d'inspection des véhicules à moteur visant les motocyclettes.
2. Que le gouvernement du Nouveau-Brunswick mette en œuvre un programme de permis de conduire progressif pour les conducteurs de motocyclettes.
3. Que le gouvernement du Nouveau-Brunswick modifie les essais visant l'obtention d'un permis de conduire pour motocyclette afin d'y inclure des essais sur route.

---

## Other Cases of Interest continued

4. That the Province of New Brunswick implement mandatory driver education prior to issuing motorcycle endorsements.

The case summary and recommendations were forwarded to the Department of Public Safety.

The Minister of Public Safety reports that Government deliberations on these recommendations are ongoing but expects to announce a motorcycle safety plan in late 2012.

### Case #4

This is the case of a 29 year old male driver and his 26 year old spouse who died as a result of a motor vehicle collision with a moose while he was traveling south on Highway 11 near Cocagne, NB. The vehicle struck the moose and the driver was pronounced deceased at the scene of the collision. The driver's spouse and son sustained serious injuries and were transported to the hospital where the adult passenger died the next day.

The coroner's investigation revealed that the alder bushes along Highway 11 may have been a contributing factor to the accident. The coroner made the following two recommendations:

1. That the bushes along the main thoroughfare, specifically Route 11, be trimmed annually, according to Department of Transportation guidelines, to provide drivers with improved visibility of approaching animals.

## Autres cas dignes d'intérêt (suite)

4. Que le gouvernement du Nouveau-Brunswick mette en œuvre un cours de conduite obligatoire avant d'accorder des mentions spéciales relatives aux motocyclettes sur les permis de conduire.

Le résumé du dossier et les recommandations ont été envoyés au ministère de la Sécurité publique.

Le ministre de la Sécurité publique signale que le gouvernement poursuit son examen des recommandations, mais s'attend à pouvoir annoncer la mise en œuvre d'un plan de sécurité sur les motocyclettes à la fin de 2012.

### Cas n° 4

Cet homme de 29 ans, qui était le conducteur, et son épouse de 26 ans sont décédés à la suite d'un accident de la route après être entré en collision avec un orignal lorsqu'ils circulaient en direction sud sur la route 11 près de Cocagne, au Nouveau-Brunswick. Le véhicule a heurté un orignal et le décès du conducteur a été constaté sur les lieux de l'accident. L'épouse et le fils du conducteur ont subi de graves blessures et ont été transportés à l'hôpital. La passagère adulte est décédée le lendemain.

L'enquête du coroner a révélé qu'il est possible que les buissons d'aulne longeant la route 11 aient été un facteur contributif de l'accident. Le coroner a formulé les recommandations suivantes :

1. Les buissons longeant la voie de passage principale, particulièrement la route 11, devraient taillés tous les ans conformément aux lignes directrices du ministère des Transports pour permettre aux conducteurs de mieux voir les animaux s'approchant de la route.

---

## Other Cases of Interest continued

2. That consideration is given to placing animal fencing along Route 11 during the planning of the twinning of the said route, to prevent moose and other animals from crossing into the path of passing vehicles.

The case summary and recommendations were forwarded to the Department of Transportation.

The Minister of Transportation advises that brush cutting along a significant section of Route 11, from Route 15 to Route 535, including the area where the fatal collision occurred, was completed in the late fall of 2010. It should be noted that bushes were also removed on a section of Route 134 (Grand Digue to Cocagne) that parallels Route 11. Brush cutting along the provincial roadway network is an ongoing process. The Province utilizes significant resources to conduct this task; however, the locations must be prioritized to allow annual completion as funding allotments allow. The Department will consider the installation of wildlife fencing along Route 11 during the planning stage for the twinning of this highway. Established criteria will be utilized to determine the areas where fencing is an appropriate mitigation measure.

## Autres cas dignes d'intérêt (suite)

2. La possibilité d'installer des clôtures le long de la route 11 devrait être étudiée pendant la planification de son élargissement à quatre voies pour empêcher que des orignaux ou tout autre animal se retrouvent dans la voie des véhicules.

Le résumé du dossier et les recommandations ont été envoyés au ministère des Transports.

Le ministre des Transports fait savoir que le débroussaillage le long d'une bonne partie de la route 11, soit le tronçon de la route 15 à la route 535 englobant l'endroit où l'accident mortel est survenu, s'est terminé à la fin de l'automne 2010. Il faut également souligner que le Ministère a aussi effectué le débroussaillage d'un tronçon de la route 134 parallèle à la route 11, soit de Grande-Digue à Cocagne. Le débroussaillage le long des routes provinciales se poursuit. Le gouvernement provincial affecte d'importantes ressources à ces travaux. Cependant, il faut dresser une liste de priorités des endroits visés de façon à terminer les travaux la même année au cours de laquelle les fonds sont attribués. Le Ministère étudiera la possibilité d'installer des clôtures le long de la route 11 pendant la planification de son élargissement à quatre voies. Le Ministère se servira de critères établis pour déterminer les secteurs où il convient d'installer des clôtures comme mesures d'atténuation.

