

Le bureau du coroner en chef

Rapport annuel
2016

Rapport annuel 2016

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

Mai 2019

Couverture :

Service Nouveau-Brunswick

Photocomposition :

Le bureau du coroner en chef

Imprimerie et reliure :

Service Nouveau-Brunswick

ISBN 978-1-4605-1625-6

ISSN 0848-5666

Imprimé au Nouveau-Brunswick

L'honorable Carl Urquhart
Ministère de la Sécurité publique
Fredericton
Province du Nouveau-Brunswick

Monsieur le Ministre,

J'ai l'honneur de vous présenter le quarante-cinquième rapport annuel du coroner en chef pour la période du 1^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2016 en application de l'article 43 de *la Loi sur les coroners*.

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



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

Table des matières	Page
Énoncé de mission	5
Survol historique	5
Origine de la fonction de coroner	5
Le système des coroners du Nouveau-Brunswick	6
Structure administrative.....	6
Déclaration	6
Pouvoirs d'enquête du Service des coroners.....	6
But de l'investigation	7
La décision de mener une enquête	7
Résumé.....	8
Résumé statistique des investigations menées à la suite de décès	8
Tableau « A.1 » - Nombre total de décès par catégorie	10
Tableau « A.2 » - Nombre total de décès par mois	11
Tableau « A.3 » - Nombre total de décès par circonscription judiciaire.....	12
Tableau « B.1 » - Morts accidentelles par groupe d'âge, sexe et circonscription judiciaire.....	13
Tableau « B.2 » - Morts accidentelles par groupe d'âge, sexe et facteur de mortalité.....	14
Tableau « B.3 » - Morts accidentelles par groupe d'âge, sexe et lieu de l'incidence	17
Tableau « C.1 » - Morts par suicide par groupe d'âge, sexe et circonscription judiciaire	21
Tableau « C.2 » - Morts par suicide par groupe d'âge, sexe et facteur de mortalité	22

Tableau « C.3 » - Morts par suicide par groupe d'âge, sexe et lieu de l'incidence	25
Tableau « D.1 » - Morts par homicide par groupe d'âge, sexe et circonscription judiciaire	27
Tableau « D.2 » - Morts par homicide par groupe d'âge, sexe et facteur de mortalité	28
Tableau « D.3 » - Morts par homicide par groupe d'âge, sexe et lieu de l'incidence	29
Tableau « E.1 » - Morts naturelles par groupe d'âge, sexe et circonscription judiciaire	30
Tableau « E.2 » - Morts naturelles par groupe d'âge, sexe et par facteur de mortalité.....	31
Tableau « E.3 » - Morts naturelles par groupe d'âge, sexe et lieu de l'incidence	32
Tableau « F.1 » - Décès d'origine inconnue par groupe d'âge, sexe et circonscription judiciaire	36
Tableau « F.2 » - Décès d'origine inconnue par groupe d'âge, sexe et facteur de mortalité.....	37
Tableau « F.3 » - Décès d'origine inconnue par groupe d'âge, sexe et lieu de l'incidence	38
Tableau « F. » - Décès d'origine inconnue.....	39
Résumé des enquêtes et des recommandations	42
Autres cas dignes d'intérêt	44

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 où 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 décédée? »

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. Nous faisons appel à des procédures inquisitoriales par opposition à des procédures accusatoires ou contradictoires.

Nous avons 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, le Service des coroners au Nouveau-Brunswick relève du ministère de la Sécurité publique. La surveillance du service comme tel 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 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.

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 ou à un corps de police municipale qui ont chacun leur domaine de compétence. Les coroners peuvent aussi faire appel aux services des pathologistes 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 Jean 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 chercher 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 que doit prendre le coroner est de savoir s'il y a lieu ou non de mener une enquête.

Le coroner en chef peut ordonner que l'on enquête sur un décès. Dans certaines circonstances, un coroner peut procéder à une enquête sur demande écrite 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, 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 des 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 22.4 pour cent des quelques 7 200 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 dû à des causes naturelles. Le coroner ordonne la tenue d'une autopsie dans environ 30.3 pour cent des cas alors que moins d'un pour cent nécessite une enquête du coroner sur les décès.

Au cours de l'exercice couvert par ce rapport, la registraire générale des statistiques de l'état civil a rapporté 7 217 décès dans la province dont 1 612 ou 22,3 pour cent ont été signalés aux coroners. En comparaison, pour l'exercice précédent, 7 290 décès sont survenus dans la province dont 1 491 ou 20,5 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 lui faire part de ses observations ou de ses suggestions qui pourraient contribuer à améliorer ce rapport et les services offerts par le bureau du coroner de la province.

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

Bureau du coroner en chef

C.P. 6000

Fredericton (Nouveau-Brunswick)

E3B 5H1

Téléphone : (506) 453-3604

Télécopieur : (506) 453-7124

Résumé statistique des investigations menées à la suite de décès

Les renseignements fournis dans le présent rapport annuel concernent l'année civile 2016.

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, le 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^{er} 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, accidentelle, suicide, homicide et origine inconnue.

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

La catégorie « **accidentelle** » comprend les décès attribuables aux blessures non intentionnelles ou imprévues. Elle comprend les décès résultant de complications raisonnablement attribuables à l'accident.

La catégorie « **suicide** » englobe tous les cas évidents de suicide.

La catégorie « **homicide** » 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.

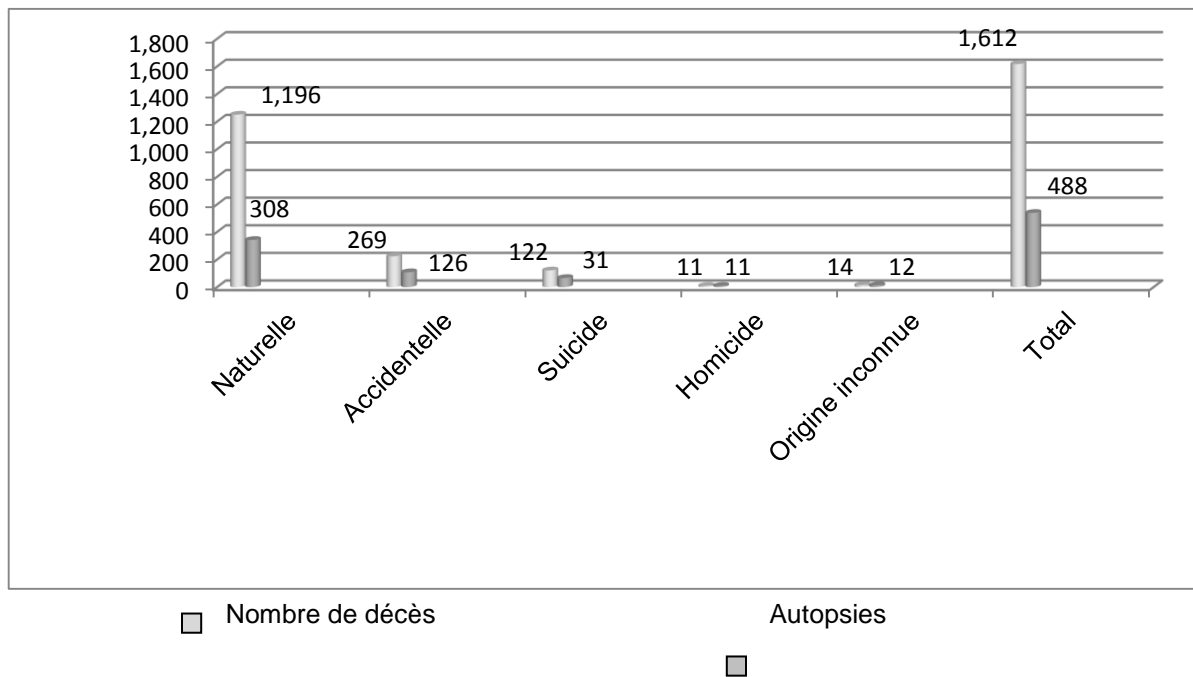
La catégorie des décès « **origine inconnue** » englobe les cas où il est impossible de déterminer s'il s'agit de l'une ou l'autre des quatre catégories décrites ci-dessus. Les coroners se doivent évidemment de tout faire pour n'en arriver à cette conclusion qu'en dernier recours. Un exemple de cas difficile 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 l'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.

SOMMAIRE PROVINCIAL - TABLEAU A-1
du 2016.01.01 au 2016.12.31

Catégorie de décès	Nombre de décès	% de décès	Taux d'incidence par 100 000 habitants	Autopsies	% de la catégorie de décès
Naturelle	1,196	74.2	157.9	308	25.8
Accidentelle	269	16.7	35.5	126	46.8
Suicide	122	7.6	16.1	31	25.4
Homicide	11	0.7	1.5	11	100.0
Origine inconnue	14	0.9	1.8	12	85.7
Total	1,612	100.0		488	
Sur une population de	757,384				

SOMMAIRE PROVINCIAL - TABLEAU A-1
du 2016.01.01 au 2016.12.31



NOTE : Données fondées sur les estimations post censitaires de Statistique Canada pour les Divisions de recensement du Nouveau-Brunswick (publiées le 8 mars 2017). Les estimations relatives aux régions à l'intérieur des comtés sont fondées sur les données du recensement de 2011 sur la proportion de population dans chaque comté.

Sommaire provincial - Nombre de décès examinés par catégorie, par mois - Tableau A-2
du 2016.01.01 au 2016.12.31

Catégorie de décès	Jan	Fev	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	Total
Naturelle	109	103	109	89	118	85	105	90	87	104	97	100	1,196
Accidentelle	16	17	21	27	18	21	23	24	34	22	25	21	269
Suicide	5	7	9	7	11	14	15	15	12	7	9	11	122
Homicide	2	3	0	1	2	0	1	1	0	1	0	0	11
Décès d'origine inconnue	1	0	1	4	0	0	2	3	1	1	0	1	14
Total	133	130	140	128	149	120	146	133	134	135	131	133	1,612

NOMBRE DE DÉCÈS EXAMINÉS PAR CIRCONSCRIPTION JUDICIAIRE - TABLEAU A-3
du 2016.01.01 au 2016.12.31

	Circonscriptions judiciaires										Province
	Bathurst	Campbellton	Edmundston	Fredericton	Miramichi	Moncton	Saint John	Woodstock			
Naturelle	104	53	79	168	68	220	475	29			1,196
Accidentelle	28	18	16	44	23	68	61	11			269
Suicide	19	9	15	7	8	43	19	2			122
Homicide	0	2	2	1	2	1	3	0			11
Décès d'origine inconnue	2	0	0	2	3	6	1	0			14
Total	153	82	112	222	104	338	559	42			1,612
% de cas par rapport au total provincial	9.5	5.1	6.9	13.8	6.5	20.9	34.7	2.6			100
Population	74,956	30,999	39,824	141,227	46,610	214,298	171,962	37,508			757,384
Taux de mortalité par 100 000 habitants											
Morts naturelles	138.7	170.9	198.4	118.9	145.9	102.7	276.2	77.3			157.9
Accident	37.4	58.1	40.2	31.2	49.3	31.7	35.5	29.3			35.5
Suicide	25.3	29.0	37.7	5.0	17.2	20.1	11.0	5.3			16.1
Homicide	0.0	6.5	5.0	0.7	4.3	0.5	1.7	0.0			1.5
Décès d'origine inconnue	2.7	0.0	0.0	1.4	6.4	2.8	0.6	0.0			1.8
Total de décès par trauma (accident, suicide, homicide)	47	29	33	52	33	112	83	13			402
Taux d'incidence par 100 000 habitants	62.7	93.6	82.9	36.8	70.8	52.3	48.3	34.6			53.1

SOMMAIRE PROVINCIAL
MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET CIRCONSCRIPTIONS JUDICIAIRES – TABLEAU B-1
 du 2016.01.01 au 2016.12.31

Circonscriptions judiciaires	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Plus de 70		Total Hommes	Total Femmes	Total	% par Catégorie	Autopsies	par Catégorie
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F						
Bathurst	1	0	2	1	4	1	2	0	2	3	3	1	4	4	18	10	28	10.4	10	7.9
Campbellton	0	0	1	0	3	0	0	1	4	0	2	0	3	4	13	5	18	6.7	8	6.3
Edmundston	1	0	0	0	1	0	1	1	2	0	1	0	4	5	10	6	16	5.9	5	4.0
Fredericton	0	1	4	1	1	1	2	1	2	1	4	3	11	12	24	20	44	16.4	22	17.5
Miramichi	0	0	2	0	1	1	3	0	1	0	6	0	2	7	15	8	23	8.6	8	6.3
Moncton	2	1	9	2	3	0	4	3	12	4	4	3	13	8	47	21	68	25.3	31	24.6
Saint-Jean	0	2	5	1	2	2	4	2	10	5	2	2	13	11	36	25	61	22.7	32	25.5
Woodstock	2	1	2	0	1	0	0	0	2	1	1	0	1	0	9	2	11	4.0	10	7.9
Hommes	6		25		16		16		35		23		51		172					
% Total - Hommes	2.2		9.2		5.9		5.9		13.0		8.6		19.0		63.8		269		100.0	
Femmes	5		5		5		8		14		9		51		97					
% Total - Femmes	1.9		1.9		1.9		3.0		5.2		3.3		19.0		36.2					
Total par groupe d'âge	11		30		21		24		49		32		102							
% pour total de la catégorie	4.1		11.2		7.8		8.9		18.2		11.9		37.9							

SOMMAIRE PROVINCIAL
MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ – TABLEAU B-2
du 2016.01.01 au 2016.12.31

Description du facteur de mortalité	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Plus de 70		Total Hommes	Total Femmes	Total	% par Catégorie	Autopsies	% par Catégorie
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F						
Noyade – en eau libre	0	0	1	0	0	0	2	0	2	0	2	0	0	0	7	0	7	2.6	4	3.2
Noyade - autre - marais - barrage, etc.	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0.4	1	0.8
Complication thérapeutique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0.4	0	0.0
Électrocution	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0.4	1	0.8
Traumatisme dû à une collision de véhicule	1	2	8	2	3	2	3	1	9	4	3	1	5	0	32	12	44	16.5	21	16.6
Traumatisme à la suite du renversement d'un véhicule à moteur	2	0	6	1	2	0	1	1	2	0	1	0	0	0	14	2	16	5.9	12	9.5
Traumatisme résultant d'une collision entre un véhicule à moteur et un piéton	0	1	1	1	0	0	0	1	3	0	2	0	4	2	10	5	15	5.7	5	4.0
Traumatisme dû à une collision de véhicule récréatif	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	1	0	0	0	4	0	4	1.5	1	0.8
Traumatisme à la suite du renversement d'un véhicule récréatif	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2	1	3	1.1	3	2.4

**SOMMAIRE PROVINCIAL
MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ – TABLEAU B-2**
du 2016.01.01 au 2016.12.31

Description du facteur de mortalité	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Plus de 70		Total Hommes	Total Femmes	Total	% par Catégorie	Autopsies	% par Catégorie
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F						
Traumatisme dû à une accident – d'avion	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0.7	1	0.8
Empoisonnement au monoxyde de carbone	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	2	0.7	2	1.6
Hypothermie	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	3	0	3	1.1	3	2.4
Incendie des bâtiments	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0	2	2	2	1	8	2	10	3.7	8	6.3
Immolation par le feu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0.4	0	0.0
Chute ou saut - à partir du sol	0	0	0	0	1	0	1	0	4	2	5	3	31	44	42	49	91	33.6	10	7.9
Chute ou saut - à partir de hauteurs différentes, par ex. d'un pont, d'un bâtiment	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	3	3	4	7	2.6	1	0.8
Traumatisme dû à un objet contondant - accidentel	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	4	0	4	1.5	2	1.6
Traumatisme dû à un objet contondant	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0.4	1	0.8
Coupures faites par un outil manuel ou électrique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0.4	1	0.8

**SOMMAIRE PROVINCIAL
MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU B-2**
du 2016.01.01 au 2016.12.31

Description du facteur de mortalité	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Plus de 70		Total Hommes	Total Femmes	Total	% par Catégorie	Autopsies	% par Catégorie
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F						
Prise dans une machine	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.4	1	0.8
Objet obstruant la gorge et causant l'étouffement	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	2	0.7	0	0.0
Explosion	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.4	1	0.8
Asphyxie	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2	2	0	0	0	3	3	6	2.2	5	4.0
Aspiration	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	2	0.7	2	1.6
Intoxication alcoolique	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.4	1	0.8
Combinaison drogue et alcool	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	2	0.7	2	1.6
Médicament sur ordonnance	0	0	6	1	3	3	5	4	3	5	0	3	0	1	17	17	34	12.7	31	24.5
Drogue	0	0	1	0	1	0	1	1	2	0	0	0	0	0	5	1	6	2.2	6	4.8
Hommes	6		25		16		16		35		23		51		172		269	100.0	126	100.0
Femmes	5		5		5		8		14		9		51		97					
Total par groupe d'âge	11		30		21		24		49		32		102							

SOMMAIRE PROVINCIAL
MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET LIEU DE L'INCIDENCE – TABLEAU B-3
 du 2016.01.01 au 2016.12.31

Description du lieu de l'incidence	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Plus de 70		Total Hommes	Total Femmes	Total	% par Catégorie	Autopsies	% par Catégorie
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F						
Lieu de travail	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	0	0	0	5	0	5	1.9	4	3.2
Manufacture, usine, entrepôt (à l'intérieur)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0.4	1	0.8
Pêche commerciale	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2	0	2	0.7	0	0.0
Chauffeur de véhicules utilitaires - camion, taxi, autobus scolaire, etc.	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.4	1	0.8
Ferme ou ranch	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.4	1	0.8
Eaux libres (fleuve, rivière, ruisseau, lac)	0	0	1	0	1	0	1	0	2	0	1	0	0	0	6	0	6	2.2	6	4.8
Plage ou rivage	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	2	0.7	2	1.6
Bateau - embarcation personnelle, jet ski, etc.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0.4	0	0.0

SOMMAIRE PROVINCIAL
MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET LIEU DE L'INCIDENCE – TABLEAU B-3
du 2016.01.01 au 2016.12.31

Description du lieu de l'incidence	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Plus de 70		Total Hommes	Total Femmes	Total	% par Catégorie	Autopsies	% par Catégorie
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F						
Motoneige (N'importe où hors d'une route publique) conducteur	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	3	0	3	1.1	1	0.8
VTT conducteur - sur une route publique	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2	0	2	0.7	1	0.8
VTT conducteur - n'importe où hors route publique	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0.7	2	1.6
Avion - passager	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0.7	1	0.8
Route publique – conducteur	0	1	11	0	3	2	4	1	5	3	3	0	4	0	30	7	37	13.8	18	14.2
Route publique – passager	3	1	1	3	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	6	6	12	4.5	8	6.3
Route publique – motocycliste	0	0	2	0	1	0	0	1	4	0	0	0	0	0	7	1	8	3.0	4	3.2
Route publique - vélo (non motorisé)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0.4	0	0.0
Route publique - piéton	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	2	0	4	2	8	3	11	4.1	4	3.2

SOMMAIRE PROVINCIAL
MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU B-3
 du 2016.01.01 au 2016.12.31

Description du lieu de l'incidence	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Plus de 70		Total Hommes	Total Femmes	Total	% par Catégorie	Autopsies	% par Catégorie
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F						
Voie ferrée – non passager (traverser voie)	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.4	0	0.0
Autres services à l'hôpital (unité, soins intensifs, autres)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3	2	3	5	1.9	0	0.0
À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur la propriété	1	2	7	1	7	3	7	5	13	7	8	7	28	29	71	54	125	46.4	66	52.3
À l'intérieur d'un bâtiment autre qu'une résidence (centre commercial, brasserie, restaurant)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.4	0	0.0	
Résidence pour aînés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	2	1	3	1.1	0	0.0
Foyer de soins spéciaux	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	1	5	1	8	9	3.3	0	0.0
Foyers de soins	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	9	8	9	17	6.3	1	0.8
Hôtel / Motel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0.4	1	0.8

SOMMAIRE PROVINCIAL
MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU B-3
 du 2016.01.01 au 2016.12.31

Description du lieu de l'incidence	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Plus de 70		Total Hommes	Total Femmes	Total	% par Catégorie	Autopsies	% par Catégorie
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F						
À l'extérieur, en milieu urbain - lieu public ou autre (pas un domicile)	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	2	1	5	1	6	2.2	1	0.8
À l'extérieur, en milieu rural (loin de bâtiments ou des résidences)	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	3	1	4	1.5	3	2.4
Hommes	6		25		16		16		35		23		51		172		269	100.0	126	100.0
Femmes	5		5		5		8		14		9		51		97					
Total par groupe d'âge	11		30		21		24		49		32		102							

SOMMAIRE PROVINCIAL
SUICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET CIRCONSCRIPTIONS JUDICIAIRES - TABLEAU C-1
du 2016.01.01 au 2016.12.31

Circonscriptions judiciaires	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Plus de 70		Total Hommes	Total Femmes	Total	% par Catégorie	Autopsies	% par Catégorie	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F							
Bathurst	0	0	0	0	0	1	5	0	4	2	2	1	4	0	15	4	19	15.6	7	22.6	
Campbellton	0	0	0	0	1	0	2	0	4	1	0	1	0	0	7	2	9	7.4	2	6.5	
Edmundston	0	0	2	1	4	0	2	0	3	0	1	0	2	0	14	1	15	12.3	0	0.0	
Fredericton	1	0	2	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	6	1	7	5.7	0	0.0	
Miramichi	0	0	0	0	2	0	1	1	2	0	2	0	0	0	7	1	8	6.6	0	0.0	
Moncton	2	1	9	2	3	0	9	3	4	2	4	1	2	1	33	10	43	35.2	10	32.3	
Saint-Jean	1	0	4	0	2	2	3	0	3	2	1	0	0	1	14	5	19	15.6	12	38.7	
Woodstock	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	2	1.6	0	0.0	
Hommes	4		17		13		23		21		10		9		97						
% Total - Hommes	3.3		13.9		10.6		18.8		17.2		8.2		7.4		79.4		122	100.0	31	100.0	
Femmes	1		4		3		4		8		3		2			25					
% Total - Femmes	0.8		3.3		2.5		3.3		6.6		2.5		1.6			20.6					
Total par groupe d'âge	5		21		16		27		29		13		11								
% pour total de la Catégorie	4.1		17.2		13.1		22.1		23.8		10.7		9.0								

SOMMAIRE PROVINCIAL
SUICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU C-2
 du 2016.01.01 au 2016.12.31

Description du facteur de mortalité	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Plus de 70		Total Hommes	Total Femmes	Total	% par Catégorie	Autopsies	% par Catégorie
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F						
Pendaison	3	1	9	2	6	0	13	1	11	1	4	0	1	0	47	5	52	42.7	6	19.4
Électrocution	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.8	0	0.0
Coupures, coups de poignard	0	0	1	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	5	0	5	4.1	1	3.2
Noyade - en eau libre	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	3	1	4	3.3	4	12.9
Asphyxie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0.8	1	3.2
Étranglement	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.8	1	3.2
Empoisonnement au monoxyde de carbone - gaz d'échappement d'un véhicule	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.8	0	0.0
Empoisonnement au monoxyde de carbone	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.8	0	0.0
Poison ou solvant	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0.8	1	3.2

SOMMAIRE PROVINCIAL
SUICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU C-2
 du 2016.01.01 au 2016.12.31

Description du facteur de mortalité	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Plus de 70		Total Hommes	Total Femmes	Total	% par Catégorie	Autopsies	% par Catégorie
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F						
Fusillade – carabine	1	0	1	0	1	0	2	0	3	0	4	0	5	0	17	0	17	14.0	2	6.5
Fusillade - fusil de chasse	0	0	3	0	3	0	1	0	1	0	1	0	1	0	10	0	10	8.3	2	6.5
Fusillade - arme de poing	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	0	2	1.6	0	0.0
Combinaison drogue et alcool	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	2	3	2.5	0	0.0
Médicament sur ordonnance	0	0	1	0	1	2	1	3	3	4	0	2	0	0	6	11	17	13.9	11	35.5
Chute ou saut - à partir de hauteurs différentes	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1.6	1	3.2
Traumatisme à la suite du renversement d'un véhicule à moteur	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0.8	0	0.0
Traumatisme résultant d'une collision entre un véhicule à moteur et un piéton	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0.8	1	3.2

**SOMMAIRE PROVINCIAL
SUICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ – TABLEAU C-2**
du 2016.01.01 au 2016.12.31

Description du facteur de mortalité	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Plus de 70		Total Hommes	Total Femmes	Total	% par Catégorie	Autopsies	% par Catégorie
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F						
Traumatisme dû à un objet tranchant	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0.8	0	0.0
Traumatisme dû à un objet contondant	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.8	0	0.0
Hommes	4		17		13		23		21		10		9		97		122	100.0	31	100.0
Femmes	1		4		3		4		8		3		2			25				
Total par groupe d'âge	5		21		16		27		29		13		11							

SOMMAIRE PROVINCIAL
SUICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU C-3
du 2016.01.01 au 2016.12.31

Description du lieu de l'incidence	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Plus de 70		Total Hommes	Total Femmes	Total	% par Catégorie	Autopsies	% par Catégorie
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F						
Garde dans un établissement fédéral	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.8	0	0.0
À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur la propriété	4	1	12	2	11	2	16	4	15	38	9	3	8	1	75	21	96	78.7	21	67.7
Chambre louée/maison de pension/maison de transition/foyer de groupe	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0.8	0	0.0
Foyer de soins spéciaux	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	2	1.6	0	0.0
Lieu de travail	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	1.6	0	0.0
Route publique – conducteur	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	1	3	2.5	1	3.2
Route publique – piéton	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0.8	1	3.2
Route non publique - conducteur	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0.8	1	3.2
Voie ferrée - non passager (traverser voie)	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.8	0	0.0

SOMMAIRE PROVINCIAL
SUICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU C-3
 du 2016.01.01 au 2016.12.31

Description du lieu de l'incidence	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Plus de 70		Total Hommes	Total Femmes	Total	% par Catégorie	Autopsies	% par Catégorie
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F						
Eaux libres (fleuve, rivière, ruisseau, lac)	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	4	3.3	3	9.7
Océan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0.8	1	3.2
À l'extérieur, en milieu urbain - lieu public ou autre (pas un domicile)	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	1	3	2.5	2	6.5
À l'extérieur, en milieu rural (loin de bâtiments ou des résidences)	0	0	2	0	0	0	3	0	1	0	0	0	0	0	6	0	6	4.9	1	3.2
Hommes	4		17		13		23		21		10		9		97		122	100.0	31	100.0
Femmes	1		4		3		4		8		3		2		25					
Total par groupe d'âge	5		21		16		27		29		13		11							

SOMMAIRE PROVINCIAL
HOMICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET CIRCONSCRIPTIONS JUDICIAIRES - TABLEAU D-1
 du 2016.01.01 au 2016.12.31

Circonscriptions judiciaires	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Plus de 70		Total Hommes	Total Femmes	Total	% par Catégorie	Autopsies	% par Catégorie
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F						
Campbellton	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	2	2	18.2
Edmundston	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	2	2	18.2
Fredericton	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	9.1
Miramichi	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	2	2	18.2
Moncton	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	9.1
Saint-Jean	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	1	0	3	3	27.2
Hommes	0	0	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	9					
% Total - Hommes	0.0	0.0	18.2	18.2	18.2	18.2	18.2	18.2	9.1	9.1	9.1	9.1	9.1	9.1	81.9			11	11	100.0
Femmes	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1		2				
% Total - Femmes	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	9.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	9.1	9.1		18.2				
Total par groupe d'âge	0	0	2	2	2	2	3	3	1	1	1	1	2	2						
% pour total de la catégorie	0.0	0.0	18.2	18.2	18.2	18.2	27.2	27.2	9.1	9.1	9.1	9.1	18.2	18.2						

SOMMAIRE PROVINCIAL
HOMICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU D-2
du 2016.01.01 au 2016.12.31

Description du facteur de mortalité	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Plus de 70		Total Hommes	Total Femmes	Total	% par Catégorie	Autopsies	% par Catégorie
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F						
Blessure contondante par voies de fait	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	9.1	1	9.1
Traumatisme dû à un objet contondant	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	9.1	1	9.1
Traumatisme dû à un objet tranchant	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0	1	18.2	2	18.2
Coupures, coups de poignard	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	2	1	3	27.2	3	27.2
Fusillade - fusil de chasse	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	0	2	18.2	2	18.2
Étranglement	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	9.1	1	9.1
Facteur de décès non déterminée	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	9.1	1	9.1
Hommes	0	0	2	0	2	0	2	1	1	1	1	1	1	1	9	0	11	100.0	11	100.00
Femmes	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0
Total par groupe d'âge	0	0	2	0	2	0	3	1	1	1	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0

SOMMAIRE PROVINCIAL
HOMICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU D-3
 du 2016.01.01 au 2016.12.31

Description du lieu de l'incidence	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Plus de 70		Total Hommes	Total Femmes	Total	% par Catégorie	Autopsies	% par Catégorie
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F						
À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur la propriété	0	0	1	0	2	0	2	1	0	0	0	1	0	1	1	2	9	81.8	9	81.8
À l'extérieur, en milieu rural (loin de bâtiments ou des résidences)	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	2	18.2	2	18.2
Hommes	0	0	2	0	2	0	2	2	1	1	1	1	1	1	9	0	11	100.0	11	100.0
Femmes	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2	2	0	2	100.0	0	0.0
Total par groupe d'âge	0	0	2	0	2	0	3	1	1	1	1	1	2	2	11	2	11	100.0	11	100.0

SOMMAIRE PROVINCIAL
MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET CIRCONSCRIPTIONS JUDICIAIRES - TABLEAU E-1
du 2016.01.01 au 2016.12.31

Circonscriptions judiciaires	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Plus de 70		Total Hommes	Total Femmes	Total	% par Catégorie	Autopsies	% par Catégorie	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F							
Bathurst	0	2	0	1	0	1	2	2	13	4	22	15	18	24	55	49	104	8.7	33	10.7	
Campbellton	0	0	0	0	0	0	1	2	12	5	10	1	16	6	39	14	53	4.4	16	5.2	
Edmundston	0	0	0	0	2	1	4	2	9	4	13	3	27	14	55	24	79	6.6	15	4.9	
Fredericton	1	0	4	0	4	3	4	2	20	4	25	8	46	47	104	64	168	14.0	77	25.0	
Miramichi	0	1	0	0	4	1	6	2	6	3	11	2	25	7	52	16	68	5.7	19	6.2	
Moncton	0	2	3	1	3	3	9	8	17	5	26	23	73	47	131	89	220	18.4	69	22.3	
Saint-Jean	3	7	1	3	3	3	12	6	38	23	85	53	135	103	277	198	475	39.8	67	21.8	
Woodstock	0	0	0	0	0	0	1	0	3	2	8	3	4	8	16	13	29	2.4	12	3.9	
Hommes	4		8		16		39		118		200		344		729						
% Total - Hommes	0.3		0.7		1.3		3.3		9.9		16.7		28.8		61.0						
Femmes	12		5		12		24		50		108		256		467		1,196	100.0	308	100.0	
% Total - Femmes	1.0		0.4		1.0		2.0		4.2		9.0		21.4		39.0						
Total par groupe d'âge	16		13		28		63		168		308		600								
% pour total de la catégorie	1.3		1.1		2.3		5.3		14.0		25.8		50.2								

SOMMAIRE PROVINCIAL
MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU E-2
 du 2016.01.01 au 2016.12.31

Description du facteur de mortalité	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Plus de 70		Total Hommes	Total Femmes	Total	% par Catégorie	Autopsies	% par Catégorie
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F						
Objet obstruant la gorge et causant l'étouffement	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0.1	0	0.0
Intervention médicale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	2	0.2	0	0.0
Bébé ayant vécu moins d'une journée	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0.1	0	0.0
Décès naturel	4	11	8	5	16	12	39	24	117	50	199	107	344	255	727	464	1191	99.5	308	100.0
Abus chronique de l'alcool	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0.1	0	0.0
Hommes	4		8		16		39		118		200		344		729		1196	100.0	308	100.0
Femmes	12		5		12		24		50		108		256		467					
Total par groupe d'âge	16		13		28		63		168		308		600							

SOMMAIRE PROVINCIAL
MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU E-3
du 2016.01.01 au 2016.12.31

Description du lieu de l'incidence	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Plus de 70		Total Hommes	Total Femmes	Total	% par Catégorie	Autopsies	% par Catégorie
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F						
Manufacture, usine, entrepôt (à l'intérieur)	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.1	1	0.3
Manufacture, usine, entrepôt (à l'extérieur)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0.1	1	0.3
Lieu de travail	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0.1	1	0.3
Ferme ou ranch	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.1	1	0.3
Travail en forêt, coupe des arbres - but commercial	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0.1	0	0.0
Résidence pour aînés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	8	6	8	7	15	1.2	1	0.3
Établissement résidentiel communautaire	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	2	0.2	0	0.0
Foyer de soins	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	5	4	22	32	28	36	64	5.3	7	2.4
Foyer de soins spéciaux	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	2	11	17	13	20	33	2.7	4	1.3
Foyers sans permis (maison de retraite, de repos, autres)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	2	0.2	0	0.0

SOMMAIRE PROVINCIAL
MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU E-3
 du 2016.01.01 au 2016.12.31

Description du lieu de l'incidence	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Plus de 70		Total Hommes	Total Femmes	Total	% par Catégorie	Autopsies	% par Catégorie
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F						
À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur la propriété	3	6	5	5	11	12	31	22	106	47	174	95	271	192	601	379	980	81.8	260	84.5
Chambre louée/maison de pension/maison de transition/foyer de groupe	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0	2	0.2	0	0.0
À l'intérieur d'un bâtiment autre qu'une résidence (centre commercial, brasserie, restaurant)	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	6	2	9	2	11	0.9	1	0.3
Hôtel/Motel	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	2	0	6	0	6	0.5	3	1.1
Salle d'urgence - victime vivante à l'arrivée	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0.1	0	0.0
Salle de réveil	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	2	0	2	0.2	1	0.3
Autres services à l'hôpital (unité, soins intensifs, autres)	1	4	0	0	0	0	1	0	2	1	1	4	5	2	10	11	21	1.7	1	0.3
Hôpital psychiatrique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	2	0.2	1	0.3
Garde dans un établissement provinciale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0.1	0	0.0

SOMMAIRE PROVINCIAL
MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU E-3
 du 2016.01.01 au 2016.12.31

Description du lieu de l'incidence	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Plus de 70		Total Hommes	Total Femmes	Total	% par Catégorie	Autopsies	% par Catégorie
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F						
Bateau de croisière	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2	2	0.2	0	0.0
Plage ou rivage	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	2	1	3	0.3	2	0.6
Eaux libres (fleuve, rivière, ruisseau, lac)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	2	0.2	2	0.6
Camping / Tenting	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	2	0	1	0	6	1	7	0.6	4	1.3
Autres moyens de récréation extérieure	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0.1	0	0.0
Route publique – conducteur	0	0	0	0	1	0	2	0	1	0	4	0	0	0	8	0	8	0.7	5	1.6
Route publique – passager	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	2	0.2	2	0.6
Route publique – piéton	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0.1	1	0.3
Motoneige (n'importe où hors d'une route publique) conducteur	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0.1	0	0.0

SOMMAIRE PROVINCIAL
MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU E-3
du 2016.01.01 au 2016.12.31

Description du lieu de l'incidence	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Plus de 70		Total Hommes	Total Femmes	Total	% par Catégorie	Autopsies	% par Catégorie
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F						
À l'extérieur, en milieu urbain - lieu public ou autre (pas un domicile)	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	6	1	15	1	16	7	1.2	2.4	
À l'extérieur, en milieu rural (loin de bâtiments ou des résidences)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	3	0	6	0	6	2	0.5	0.6	
Hommes	4		8		16		39		118		200	344	729			1,196	308	100.0		
Femmes	12		5		12		24		50		108	256	467							
Total par groupe d'âge	16		13		28		63		168		308	600								

**SOMMAIRE PROVINCIAL
DÉCÈS D'ORIGINE INCONNUE PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET CIRCONSCRIPTIONS JUDICIAIRES – TABLEAU F-1**
du 2016.01.01 au 2016.12.31

Circonscriptions judiciaires	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Plus de 70		Total Hommes	Total Femmes	Total	% par Catégorie	Autopsies	% par Catégorie	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F							
Bathurst	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	2	14.3	1	8.3	
Fredericton	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	2	14.3	2	16.7	
Miramichi	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3	3	21.4	2	16.7	
Moncton	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4	2	6	42.9	6	50.0	
Saint-Jean	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	7.1	1	8.3	
Hommes	3		2		0		0		0		2		0		7						
% Total – Hommes	21.4		14.3		0.0		0.0		0.0		14.3		0.0		50.0						
Femmes	4		0		0		1		1		1		0		7		14	100.0	12	100.0	
% Total - Femmes	28.7		0.0		0.0		7.1		7.1		7.1		0.0		50.0						
Total par groupe d'âge	7		2		0		1		1		3		0								
% pour total de la catégorie	50.0		14.3		0.0		7.1		7.1		21.4		0.0								

SOMMAIRE PROVINCIAL
DÉCÈS D'ORIGINE INCONNUE PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU F-2
 du 2016.01.01 au 2016.12.31

Description du facteur de mortalité	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Plus de 70		Total Hommes	Total Femmes	Total	% par Catégorie	Autopsies	% par Catégorie
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F						
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	7.1	1	8.3
Médicament sur ordonnance	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	7.1	0	0.0
Aucune cause anatomique	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	2	14.3	2	16.7
Facteur de décès non déterminé	3	3	1	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	6	4	10	71.4	9	75.0
Hommes	3		2		0		0		0		2		0		7		14		100.0	
Femmes	4		0		0		1		1		1		0		7		14		100.0	
Total par groupe d'âge	7		2		0		1		1		3		0		14		14		100.0	

SOMMAIRE PROVINCIAL
DÉCÈS D'ORIGINE INCONNUE PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU F-3
 du 2016.01.01 au 2016.12.31

Description du lieu de l'incidence	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Plus de 70		Total Hommes	Total Femmes	Total	% par Catégorie	Autopsies	% par Catégorie
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F						
À l'extérieur, en milieu rural (loin de bâtiments ou des résidences)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	7.1	1	8.3
À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur la propriété	2	4	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	3	7	10	71.6	8	66.8
Foyer de soins spéciaux	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	7.1	1	8.3
Route publique – piéton	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	7.1	1	8.3
Berceau, parc d'enfant, glissoire, balançoire	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	7.1	1	8.3
Hommes	3		2		0		0		0		2		0		7		14	100.0	12	100.0
Femmes	4		0		0		1		1		1		0			7				
Total par groupe d'âge	7		2		0		1		1		3		0							

Tableau F

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

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

Deux décès sont survenus dans la circonscription judiciaire de Bathurst :

Premier cas

Facteur de mortalité : Facteur de décès non déterminé
Lieu : À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur la propriété
Groupe d'âge : 0 - 10
Sexe : Homme
Une autopsie a été pratiquée.

Deuxième cas

Facteur de mortalité : Facteur de décès non déterminé
Lieu : À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur la propriété
Groupe d'âge : 40 - 50
Sexe : Femme
Une autopsie n'a pas été pratiquée.

Deux décès sont survenus dans la circonscription judiciaire de Fredericton :

Premier cas

Facteur de mortalité : Aucune cause anatomique
Lieu : À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur la propriété
Groupe d'âge : 60 - 70
Sexe : Femme
Une autopsie a été pratiquée.

Deuxième cas

Facteur de mortalité : Facteur de décès non déterminé
Lieu : À l'extérieur, en milieu rural (loin de bâtiments ou des résidences)
Groupe d'âge : 60 - 70
Sexe : Homme
Une autopsie a été pratiquée.

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

Trois décès sont survenus dans la circonscription judiciaire de Miramichi :

Premier cas

Facteur de mortalité : Facteur de décès non déterminé
Lieu : À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur la propriété
Groupe d'âge : 0 - 10
Sexe : Femme
Une autopsie a été pratiquée.

Deuxième cas

Facteur de mortalité : Facteur de décès non déterminé
Lieu : À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur la propriété
Groupe d'âge : 0 - 10
Sexe : Femme
Une autopsie a été pratiquée.

Troisième cas

Facteur de mortalité : Médicament sur ordonnance
Lieu : À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur la propriété
Groupe d'âge : 50 - 60
Sexe : Femme
Un examen externe du corps a été effectué.

Six décès sont survenus dans la circonscription judiciaire de Moncton :

Premier cas

Facteur de mortalité : Aucune cause anatomique
Lieu : À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur la propriété
Groupe d'âge : 0 - 10
Sexe : Femme
Une autopsie a été pratiquée.

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

Deuxième cas

Facteur de mortalité : Facteur de décès non déterminé
Lieu : À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur la propriété
Groupe d'âge : 0 - 10
Sexe : Femme
Une autopsie a été pratiquée.

Troisième cas

Facteur de mortalité : Facteur de décès non déterminé
Lieu : À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur la propriété
Groupe d'âge : 0 - 10
Sexe : Homme
Une autopsie a été pratiquée.

Quatrième cas

Facteur de mortalité : Facteur de décès non déterminé
Lieu : Berceau, parc d'enfant, glissoire, balançoire
Groupe d'âge : 0 - 10
Sexe : Homme
Une autopsie a été pratiquée.

Cinquième cas

Facteur de mortalité : Facteur de décès non déterminé
Lieu : À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur la propriété
Groupe d'âge : 30 - 40
Sexe : Homme
Une autopsie a été pratiquée.

Sixième cas

Facteur de mortalité : Facteur de décès non déterminé
Lieu : Foyer de soins spéciaux
Groupe d'âge : 60 - 70
Sexe : Homme
Une autopsie a été pratiquée.

Un décès est survenu dans la circonscription judiciaire de Saint-Jean :

Facteur de mortalité : Traumatisme résultant d'une collision entre un véhicule à moteur et un piéton
Lieu : Route publique – piéton
Groupe d'âge : 20 - 30
Sexe : Homme
Une autopsie a été pratiquée.

Résumé des enquêtes et des recommandations

Une enquête a été tenue au cours de la période couverte par ce rapport. On y trouve les réponses reçues par le Bureau du coroner en mai 2016 relativement aux recommandations effectuées lors des enquêtes menées au cours de l'année 2015.

Première enquête – Glen Wareham

Une enquête a eu lieu à Moncton, au Nouveau-Brunswick, le 17 octobre 2016, sur la mort de Glen Edward Wareham, décédé à l'âge de 28 ans le 29 avril 2010, alors qu'il était incarcéré au Centre de rétablissement Shepody, à Dorchester, au Nouveau-Brunswick.

Agressé sexuellement dès un très jeune âge par divers adultes en position d'autorité et de responsabilité à son égard, M. Wareham avait des antécédents de diverses formes de comportements autodestructeurs et d'automutilation continus et fréquents, ainsi que des antécédents de toxicomanie et d'activité criminelle subséquente. Il avait été condamné à une peine de trois ans et demi dans un établissement fédéral, après avoir plaidé coupable à deux chefs d'accusations de vol et d'autres accusations connexes. En raison de la complexité de ses problèmes de santé mentale et de ses comportements d'automutilation, M. Wareham avait été envoyé directement au Centre de rétablissement Shepody en novembre 2003.

Tout au long de son incarcération, afin de tenter de l'empêcher de se blesser et en dernier recours seulement, divers types de dispositifs de contention ont été utilisés sur M. Wareham pendant de longues périodes. Cette situation a posé un dilemme à son équipe de traitement pendant son séjour dans les établissements fédéraux. L'utilisation de dispositifs de contention n'a cependant pas rendu impossible son traitement ou sa thérapie ni n'a eu d'incidence sur ceux-ci.

En avril 2006, M. Wareham a été mis en liberté d'office et assigné à résidence à Halifax, en Nouvelle-Écosse. Quelques jours plus tard, il a été déclaré illégalement en liberté. Arrêté après avoir commis six vols à main armée, M. Wareham a une fois de plus plaidé coupable aux chefs d'accusation et a été condamné à une peine d'emprisonnement de huit ans et demi. Il a été renvoyé au Centre de rétablissement Shepody. Ses comportements d'automutilation ont recommencé dès qu'il a été appréhendé.

Première enquête – Glen Wareham (suite)

En août 2007, M. Wareham a été transféré à l'Établissement du Pacifique (centre régional de traitement), après que son équipe de traitement ait épuisé toutes les possibilités de traitement dont elle avait connaissance et dans le but d'obtenir un deuxième avis. Ce transfert visait aussi à offrir à M. Wareham la possibilité de repartir à neuf ainsi qu'un répit au personnel du Centre de rétablissement Shepody.

M. Wareham a été transféré à nouveau au Centre de rétablissement Shepody en octobre 2008, le personnel de l'Établissement du Pacifique ayant lui aussi épuisé ses méthodes de traitement. D'ailleurs, son transfert à cet établissement ne devait durer qu'un an.

De retour au Centre de rétablissement Shepody, M. Wareham a continué à s'automutiler, allant jusqu'à s'ouvrir l'abdomen. Il a été retrouvé l'intestin sorti, perforé et laissant s'échapper des selles et de la bile. Le 7 janvier 2009, il a été transporté à l'Hôpital de Moncton, où il est resté jusqu'à son décès, le 29 avril 2010. Pendant cette période, deux médecins-conseils ont évalué sa condition afin de lui fournir des options de gestion de la douleur et d'améliorer son confort et ses soins palliatifs.

Au cours de son incarcération, M. Wareham a commis 172 gestes d'automutilation ayant été consignés.

Dans le cadre de l'enquête sur son décès, divers membres de son équipe de traitement ont fait valoir que sa situation était très complexe et qu'il était presque impossible d'établir un diagnostic. La plupart d'entre eux ont confirmé qu'il n'était pas suicidaire et qu'il ne souffrait pas de dépression ni de troubles psychotiques. Or, ses problèmes de toxicomanie ont assurément contribué à sa mort, tout comme certains aspects de son trouble du contrôle des impulsions. De plus, M. Wareham présentait des symptômes ou affichait des comportements associés à un trouble factice grave.

Son équipe de traitement a essayé de nombreuses thérapies différentes auprès de lui, sans égard à son diagnostic, quand il n'était pas traité pour ses blessures auto-infligées. M. Wareham était réceptif aux traitements, y compris à la thérapie cognitivo-comportementale et à la thérapie comportementale dialectique. Il était important de le traiter pour ses troubles sous-jacents, afin de l'aider à cesser de s'automutiler.

Même si aucun traitement ne semblait fonctionner à long terme, et même si deux équipes de traitement ont épuisé leurs ressources en tentant de l'aider, aucune aide spécialisée extérieure à Service correctionnel Canada et aux conseillers qu'il embauche n'a été demandée. Partout où il a été incarcéré, M. Wareham a reçu beaucoup plus d'attention que tous les autres détenus. De nombreux témoins ont affirmé qu'il avait repoussé les limites du système. Sa situation était très particulière. Les fournisseurs de Services n'avaient jamais vu auparavant un cas où une personne posait des gestes d'automutilation aussi graves et aussi fréquents que M. Wareham et n'en ont jamais vu

Première enquête – Glen Wareham (suite)

depuis. Malgré cela, certains témoins ont suggéré qu'il n'aurait pas reçu le même niveau de service s'il avait été placé en milieu communautaire.

Plus d'une personne a laissé entendre que les services correctionnels n'étaient pas appropriés pour les détenus souffrant de graves troubles de santé mentale comme ceux dont souffrait M. Wareham, et que la sécurité était toujours le premier facteur à considérer au moment d'élaborer un plan de traitement. Même si l'inverse était possible, il aurait fallu fournir une formation sur les problèmes de santé mentale et sur le soutien et les soins des détenus aux prises avec de tels problèmes.

Dans le cadre de l'enquête, il a également été soulevé que M. Wareham avait tenté à deux reprises d'obtenir une libération conditionnelle accordée à titre exceptionnel au cours des derniers mois et des dernières semaines de sa vie et qu'il souhaitait être renvoyé au Cap Breton pour être plus près de sa mère. Nonobstant les efforts concertés de l'équipe, ces tentatives n'ont pas porté leurs fruits pour de nombreuses raisons.

Le D^r Landry a décrit les derniers jours de la vie de M. Wareham et la façon dont il a rempli le formulaire d'enregistrement de décès de ce dernier. Il a indiqué dans ce formulaire que la cause du décès de M. Wareham était la déshydratation, qui résultait d'une occlusion intestinale irréversible, ou paralysie de l'intestin, d'une perforation de l'intestin et des gestes d'automutilation. La mort a été classée comme étant naturelle.

Trois comités d'enquête nationale ont été mis sur pied par Service correctionnel Canada, dont deux ont formulé plusieurs recommandations. Des témoignages ont été offerts sur les mesures prises pour donner suite aux recommandations des comités d'enquête qui ont été mises en application, et des explications ont été fournies quant aux recommandations ayant été rejetées. Lors de l'enquête, des renseignements ont également été fournis sur la formation mise en œuvre et prévue pour les agents des services correctionnels et les fournisseurs de services en santé mentale, ainsi que sur la formation obligatoire pour l'ensemble du personnel des services correctionnels afin de mieux le préparer à de telles situations, compte tenu des besoins accrus en santé mentale des détenus qui entrent dans le système et ceux qui y sont déjà.

Le jury de l'enquête n'a formulé aucune recommandation.

Autres cas dignes d'intérêt

Le défunt était un homme de 77 ans qui habitait dans un foyer de soins agréé. Il y vivait depuis environ 5 ans au moment de sa mort, survenue le 12 novembre 2015. Il souffrait de sclérose en plaques depuis 30 ans, mais il se sentait bien et il se déplaçait au moyen de son fauteuil roulant, jusqu'au 5 novembre.

Autres cas dignes d'intérêt (suite)

Dans le cadre de son traitement, l'homme s'était vu prescrire du baclofène, qu'il devait prendre dans une suspension buvable en raison de ses difficultés à avaler. Les suspensions buvables sont obtenues au moyen d'un processus de préparation des composés, qui doit être effectué par des pharmaciens formés. Dans le cas présent, la prescription officinale était de 2 mg/ml dans 5 ml de suspension. À la suite d'une erreur commise par la pharmacienne responsable du composé, les doses administrées à partir du 3 novembre 2015 étaient de 10 mg/ml dans 5 ml de suspension, soit 5 fois plus que la dose prescrite. En raison de cette erreur, l'homme a commencé à montrer des signes de confusion et de désorientation puis il a perdu conscience.

L'enquête a révélé que la mauvaise dose a été administrée au résident du 3 au 9 novembre, date à laquelle l'une des membres du personnel du foyer de soins s'est rendu compte que le médicament ne semblait pas avoir le même aspect ni la même couleur que d'habitude. L'employée a alors choisi de ne pas administrer la dose au résident, et le reste du médicament a été renvoyé à la pharmacie. Il a été déterminé que le défunt a reçu de 15 à 16 doses du médicament pendant cette période. En vertu d'une ordonnance médicale, le médicament a cessé d'être administré au résident, mais les symptômes de ce dernier se sont poursuivis et il a dû être transporté à l'hôpital, où il est mort le 12 novembre. L'autopsie et le rapport toxicologique ont permis d'établir que le décès était survenu à la suite d'une bronchopneumonie aiguë, et que la sclérose en plaques dont souffrait le résident depuis de nombreuses années, combinée à des déficits neurologiques et à une surdose de baclofène, y avait contribué. La mort a été déclarée accidentelle.

Compte tenu des circonstances du décès, le coroner en chef a entrepris un examen en profondeur de celles-ci, ainsi que des mesures prises en matière de prévention à la suite du décès. Cette initiative avait pour but d'examiner toutes les enquêtes menées après l'incident, de même que la documentation ci-dessous.

Examen des documents

- Rapport d'enquête du coroner, y compris le rapport d'autopsie et le rapport toxicologique
- Rapport d'incident du foyer de soins
- Rapport d'incident médicamenteux de la pharmacie, y compris la feuille de travail relativement à la suspension buvable de baclofène
- Rapport de suivi d'un incident majeur du foyer de soins
- Rapport d'enquête des Services de protection des adultes de Développement social
- Rapport d'incident majeur des Services de foyers de soins de Développement social
- Rapport sur les plaintes de l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick

Autres cas dignes d'intérêt (suite)

Entrevues

- Entrevue avec la directrice générale du foyer de soins où demeurait le défunt
- Entrevue avec le propriétaire/pharmacien de la pharmacie concernée

Examen des recommandations à envisager

Selon le coroner en chef, le rapport d'incident et le rapport de suivi d'un incident majeur du foyer de soins ont permis d'établir que tout le personnel du foyer de soins avait agi de manière appropriée. Toutes les directives et les procédures concernant l'administration de médicaments avaient été examinées avec le personnel concerné.

La pharmacie en question a mené une analyse des causes profondes relativement à ses méthodes de préparation des composés, cernant des secteurs où le contrôle de qualité devait être amélioré. Elle a notamment entrepris d'augmenter le nombre de vérifications à effectuer par le personnel et les pharmaciens et de changer la formulation de toutes les feuilles de travail pour les composés pour y inscrire les unités dans le format « par ml », dans le but de réduire les possibilités d'erreur. La pharmacie s'est également dotée d'une politique de vérification aléatoire, en vertu de laquelle chaque 100^e composé préparé est envoyé à une installation d'essais indépendante aux fins d'analyse.

L'enquête des Services de protection des adultes de Développement social a déterminé que le foyer de soins s'était conformé aux normes établies des foyers de soins. Aucune preuve de négligence ni preuve selon laquelle les mesures d'intervention prises par le foyer de soins après l'incident auraient causé la mort du résident n'ont été trouvées.

L'enquête sur l'incident majeur menée par les Services des foyers de soins de Développement social a permis d'établir que le foyer de soins était conforme aux normes sur tous les plans. Une recommandation a toutefois été formulée en ce qui concerne l'établissement de lignes directrices ou d'exigences en matière d'externalisation des services de composés pharmaceutiques au sein des foyers de soins réglementés.

L'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick a reçu une plainte au sujet de la pharmacie et de la pharmacienne impliquées dans cet incident, laquelle a donné lieu à une réprimande, à des directives concernant les mesures d'amélioration de la qualité et la surveillance de celle-ci, ainsi qu'à la publication de la plainte et de la décision de l'Ordre sur le site Web de ce dernier. L'Ordre a également communiqué les résultats du processus de traitement de la plainte avec les pharmaciens de l'ensemble de la province, afin de leur rappeler leurs responsabilités relativement aux méthodes de préparation des composés et au contrôle de la qualité.

Autres cas dignes d'intérêt (suite)

L'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments (ISMP) est un organisme canadien indépendant à but non lucratif, qui se consacre à la promotion de la sécurité des médicaments dans le domaine des soins de santé. Le 25 mai 2017, dans le numéro 5, volume 17, de son bulletin, qui contenait par ailleurs un article sur la mort d'un enfant de 18 mois, l'Institut a formulé plusieurs recommandations sur les méthodes de préparation des composés et en collaboration avec l'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie, afin d'orienter la mise à jour des normes de pratique en matière de sécurité des composés.

D'après les résultats de toutes les enquêtes menées concernant les circonstances entourant le décès, y compris les recommandations formulées par l'unité des normes des foyers de soins de Développement social, l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick et l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada, le coroner en chef est convaincu qu'aucune autre mesure ne peut être prise pour prévenir des décès ou toute blessure grave dans des circonstances semblables à l'avenir.