



Le bureau du coroner en chef

RAPPORT ANNUEL 2022

Rapport annuel 2022

Publié par :

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

décembre 2023

Couverture :

Service Nouveau-Brunswick

Photocomposition :

Le bureau du coroner en chef

Imprimerie et reliure :

Service Nouveau-Brunswick

ISBN 978-1-4605-3838-8

ISSN 0848-5666

Imprimé au Nouveau-Brunswick

L'honorable Kris Austin
Ministère de la Justice et de la Sécurité publique
Fredericton
Province du Nouveau-Brunswick

Monsieur le Ministre,

J'ai l'honneur de vous présenter le cinquante et unième rapport annuel du coroner en chef pour la période du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2022 en application de l'article 43 de *la Loi sur les coroners*.

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



Heather Brander
La 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	20
Tableau « C.2 » - Morts par suicide par groupe d'âge, sexe et facteur de mortalité	21

Tableau « C.3 » - Morts par suicide par groupe d'âge, sexe et lieu de l'incidence	23
Tableau « D.1 » - Morts par homicide par groupe d'âge, sexe et circonscription judiciaire	25
Tableau « D.2 » - Morts par homicide par groupe d'âge, sexe et facteur de mortalité	26
Tableau « D.3 » - Morts par homicide par groupe d'âge, sexe et lieu de l'incidence	27
Tableau « E.1 » - Morts naturelles par groupe d'âge, sexe et circonscription judiciaire	28
Tableau « E.2 » - Morts naturelles par groupe d'âge, sexe et par facteur de mortalité.....	29
Tableau « E.3 » - Morts naturelles par groupe d'âge, sexe et lieu de l'incidence	31
Tableau « F.1 » - Décès d'origine inconnue par groupe d'âge, sexe et circonscription judiciaire	35
Tableau « F.2 » - Décès d'origine inconnue par groupe d'âge, sexe et facteur de mortalité.....	36
Tableau « F.3 » - Décès d'origine inconnue par groupe d'âge, sexe et lieu de l'incidence	37
Tableau « F » - Décès d'origine inconnue.....	38
Résumé des enquêtes et des recommandations	41
Steven Lutes.....	41
Camille Cayouette.....	43
Derek Whalen.....	46
James Martin.....	56
Rapport du Comité d'examen des décès d'enfants.....	60
Rapport du Comité d'examen de la mortalité liée à la violence familiale...63	63

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 Justice et 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 six 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 six coroners régionaux, environ 35 coroners communautaires des 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.

Les coroners régionaux fournissent un soutien aux coroners responsables des investigations et aux coroners communautaires 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, 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 21.7 pour cent des quelques 7 500 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 34 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 9 110 décès dans la province dont 2 027 ou 22.3 pour cent ont été signalés aux coroners. En comparaison, pour l'exercice précédent, 8 076 décès sont survenus dans la province dont 1 709 ou 21.2 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 2022.

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** » couvre tous les cas où une personne cause intentionnellement la mort d'une autre personne. Il est important de comprendre que la catégorie « homicide » dans une enquête du coroner renvoie à tout cas où une personne perd la vie en raison des actions d'une autre personne. Cela ne signifie pas nécessairement qu'il y a culpabilité, qui est une détermination qui ne relève pas du mandat d'un coroner ou du jury d'une enquête.

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.

Les statistiques suivantes ont été ventilées par région et rendent compte des données en fonction de la région où une mort est survenue, et non pas nécessairement de la région où la personne morte résidait. Ce serait le cas, par exemple, si la personne morte était en visite dans une autre région de la province au moment de sa mort, ou si un patient est mort dans un grand hôpital après y avoir été transféré pour être traité par un spécialiste.

SOMMAIRE PROVINCIAL - TABLEAU A-1
du 2022.01.01 au 2022.12.31

Catégorie de décès	Nombre de décès	% de décès	Taux d'incidence par 100,000 habitants	Autopsies	% de la catégorie de décès
Naturel	1 509	74,4	186	550	36,5
Accidentel	364	18,0	45	208	57,1
Suicide	126	6,2	16	50	39,7
Homicide	14	0,7	2	14	100
Cause Non Déterminée	14	0,7	2	11	78,6
Total	2 027	100,0	250	833	41,1

NOTE : Basé sur les estimations postcensitaires de la population de Statistique Canada de 812 061 personnes pour le Nouveau-Brunswick. Divisions de recensement, 3e trimestre 2022. Les estimations des sous pays sont basées sur la part de la population du pays lors du recensement de 2020

SOMMAIRE PROVINCIAL - NOMBRE DE DÉCÈS EXAMINÉS PAR CATÉGORIE, PAR MOIS - TABLEAU A-2
 du 2022.01.01 au 2022.12.31

Classification	jan	fév	mar	avril	mai	juin	juil	août	sept	oct	nov	déc	Total
Naturel	152	107	124	129	127	131	113	101	117	128	118	162	1 509
Accidentel	26	21	22	31	24	30	25	42	40	31	32	40	364
Suicide	6	9	11	12	15	9	13	7	9	17	10	8	126
Homicide	1	0	1	1	0	1	0	2	0	3	2	3	14
Cause Non Déterminée	0	2	0	0	1	1	3	1	2	1	1	2	14
Total	185	139	158	173	167	172	154	153	168	180	163	215	2 027

NOMBRE DE DÉCÈS EXAMINÉS PAR CIRCOMSCRIPTION JUDICIAIRE - TABLEAU A-3

du 2022.01.01 au 2022.12.31

	Circonscriptions judiciaires								
	Bathurst	Campbellton	Edmundston	Fredericton	Miramichi	Moncton	Saint John	Woodstock	Province
Nombre	212	107	146	269	144	599	470	80	2 027
Naturel	155	77	102	203	112	426	375	59	1 509
Accidentel	37	17	27	47	26	134	67	9	364
Suicide	17	10	15	17	5	28	23	11	126
Homicide	1	2	0	2	1	5	3	0	14
Cause Non Déterminée	2	1	2	0	0	6	2	1	14
% de cas par rapport au total provincial	10 %	5%	7%	13%	7%	30%	23%	4%	100%
Taux de mortalité par 100 000 habitants	266,9	348,0	349,0	175,7	308,7	246,8	261,3	211,7	256,5
Naturel	195,2	250,4	243,8	132,6	240,1	175,5	208,5	156,1	190,9
Accidentel	46,6	55,3	64,5	30,7	55,7	55,2	37,3	23,8	46,1
Suicide	21,4	32,5	35,9	11,1	10,7	11,5	12,8	29,1	15,9
Homicide	1,3	6,5	0,0	1,3	2,1	2,1	1,7	0,0	1,8
Cause Non Déterminée	2,5	3,3	4,8	0,0	0,0	2,5	1,1	2,6	1,8
Total de décès par trauma (accident, suicide, homicide)	55	29	42	66	32	167	93	20	504
Taux d'incidence par 100 000 habitants	69,3	94,3	100,4	43,1	68,6	68,8	51,7	52,9	63,8

**SOMMAIRE PROVINCIAL - MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'AGE, SEXE ET CIRCONSCRIPTIONS
JUDICIAIRES - TABLEAU B-1**
du 2022.01.01 au 2022.12.31

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	2	0	2	0	1	2	5	1	2	3	1	1	8						
Campbellton	0	0	3	0	1	0	3	0	1	1	3	0	1	4	12	5	17	4.7	6	2.9
Edmundston	0	1	2	0	1	0	3	0	2	0	6	1	4	7	18	9	27	7.4	16	7.7
Fredericton	1	1	2	1	2	2	1	1	5	1	2	0	13	15	26	21	47	12.9	21	10.1
Miramichi	1	1	1	0	1	0	4	0	2	2	5	2	4	3	18	8	26	7.1	14	6.7
Moncton	6	0	8	5	10	4	13	5	12	3	11	3	21	33	81	53	134	36.8	67	32.2
Saint John	0	1	10	2	11	3	3	3	13	2	5	5	6	3	48	19	67	18.4	57	27.4
Woodstock	1	0	2	0	1	0	0	1	0	1	1	0	2	0	7	2	9	2.5	8	3.8
Hommes	11		30		28		32		37		34		59		231					
% Total - Hommes	3		8.2		7.7		8.8		10.2		9.3		16.2		63.4					
Femmes	4		8		11		11		13		12		74			133				
% Total - Femmes	1.1		2.2		3		3		3.6		3.3		20.3			36.5				
Total par groupe	15		38		39		43		50		46		133							
% pour total de la catégorie	4.1		10.4		10.7		11.8		13.7		12.6		36.5							

SOMMAIRE PROVINCIAL - MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'AGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITE - TABLEAU B-2

du 2022.01.01 au 2022.12.31

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						
Empoisonnement au monoxyde de carbone	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	2	1	3	0.8	3	1.4
Asphyxie positionnelle	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	2	0.5	2	1
Traumatisme à la suite du renversement d'un véhicule à moteur	4	0	4	0	0	0	0	0	1	0	2	0	1	1	12	1	13	3.6	9	4.3
Traumatisme résultant d'une collision entre un véhicule à moteur et un piéton	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	2	0	0	0	4	1	5	1.4	3	1.4
Traumatisme à la suite du renversement d'un véhicule récréatif	0	0	0	0	2	0	1	0	1	0	0	0	1	0	5	0	5	1.4	5	2.4
L'intoxication par l'alcool	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	3	0	3	0.8	3	1.4
Les drogues du rue	1	0	8	3	13	4	11	3	5	2	4	2	0	0	42	14	56	15.4	52	25
l'utilisation chronique de médicaments prescrits	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	3	1	4	1.1	4	1.9
Noyade - en eau libre	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	4	1	5	1.4	5	2.4

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 - baignoire	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0.3	0	0
Noyade - piscine publique	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.3	0	0
Noyade - autre - marais - barrage, etc.	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	3	0	3	0.8	3	1.4
Traumatisme dû à une collision de véhicule	2	0	8	0	3	1	2	1	7	0	1	2	0	5	23	9	32	8.8	18	8.7
Écrasé et/ou enterré	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0.3	0	0
Traumatisme dû à un objet contondant - accidentel	1	0	3	1	1	0	6	0	6	2	4	1	2	2	23	6	29	8	22	10.6
Électrocution	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0.3	1	0.5
Incendie de bâtiments	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2	0	2	1	5	2	7	1.9	7	3.4
Incendie de véhicule	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.3	0	0
Brûlures - par la chaleur	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0.5	2	1
Hypothermie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2	0.5	2	1
Chute ou saut - à partir de hauteurs différentes	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0	9	3	13	3	16	4.4	3	1.4
Chute ou saut - à partir du sol	0	1	0	1	0	0	0	1	2	0	5	2	30	53	37	58	95	26.1	5	2.4

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						
Suffocation	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0.3	0	0
Objet obstruant la gorge et causant l'étouffement	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	1	2	2	4	1.1	0	0
Aspiration	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	3	0	3	0.8	2	1
Asphyxie	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	4	3	5	8	2.2	6	2.9
Drogue	1	1	3	1	0	1	5	4	4	6	3	1	1	0	17	14	31	8.5	31	14.9
Combinaison drogue et alcool	0	0	0	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3	1	4	1.1	3	1.4
Abus chronique de l'alcool	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0	2	0.5	2	1
Décès naturel à la suite de maladie	0	0	1	0	2	3	0	0	0	1	2	1	6	0	11	5	16	4.4	9	4.3
Mort subite du nourrisson	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.3	1	0.5
Traumatisme dû à une collision de véhicule récréatifs	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0.5	2	1
Traumatisme dû à un objet contondant	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	3	2	5	1.4	3	1.4
Hommes	11		30		28		32		37		34		59		231					
Femmes	4		8		11		11		13		12		74		133					
Total par groupe d'âge	15		38		39		43		50		46		133		364		100	208	100	

SOMMAIRE PROVINCIAL - MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'AGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU B-3

du 2022.01.01 au 2022.12.31

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						
VTT conducteur - sur une route publique	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0.5	2	1
Bateau - embarcation personnelle, jet ski, etc.	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0.3	1	0.5
Centre de détoxication	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.3	0	0
Foyer de soins spéciaux	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7	8	2.2	0	0	
Salle d'urgence - victime vivante à l'arrivée	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	2	0.5	0	0
Autres services à l'hôpital (unité, soins intensifs, autres)	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	7	5	9	6	15	4.1	2	1
Hôtel/Motel	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	4	0	4	1.1	2	1
A l'intérieur d'un bâtiment autre qu'une résidence (centre commercial, brasserie, restaurant)	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2	2	4	1.1	2	1
A l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur la propriété	3	3	11	6	12	4	16	9	16	9	20	9	29	31	107	71	178	48.9	116	55.8
Foyers de soins	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	9	19	10	20	30	8.2	1	0.5
Lieu de travail	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0.3	1	0.5
Police prov. prison/centre de détention	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.3	1	0.5

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 à moteur	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0.3	1	0.5
Route publique - conducteur	3	0	7	1	4	2	4	1	8	0	4	0	1	3	31	7	38	10.4	25	12
Route publique - motocycliste	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	1	0	4	0	4	1.1	2	1
Route publique - passager sur une motocyclette	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0.3	1	0.5
Route publique - passager	5	0	4	0	0	0	2	0	0	1	1	2	0	4	12	7	19	5.2	9	4.3
Route publique - piéton	0	0	3	0	0	0	2	1	2	0	0	0	0	0	7	1	8	2.2	6	2.9
Route publique - vélo (non motorisé)	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	2	0.5	2	1
Chambre louée/maison de pension/maison de transition/foyer de groupe	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	2	0.5	1	0.5
A l'extérieur, en milieu rural (loin de bâtiments ou des résidences)	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	0	0	1	3	2	5	1.4	5	2.4
Motoneige (n'importe ou hors d'une route publique) conducteur	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0.5	2	1
Motoneige (sur route publique) conducteur	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.3	1	0.5
A l'extérieur, en milieu urbain - lieu public ou autre (pas un domicile)	0	0	0	0	3	1	3	0	1	0	2	0	3	0	12	1	13	3.6	10	4.8
Eaux libres (fleuve, rivière, ruisseau, lac)	0	1	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	3	1	4	1.1	4	1.9

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						
VTT conducteur - n'importe où hors route publique	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	3	0	3	0.8	2	1
Refuge pour sans-abri	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3	0.8	3	1.4
Garde dans un établissement provinciale	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	3	1	4	1.1	4	1.9
La plage/rivage	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0.3	1	0.5
complexe pour personnes âgées	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	2	3	5	1.4	0	0
autre résidence ou propriété privée	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.3	1	0.5
Hommes	11		30		28		32		37		34		59		231					
Femmes	4		8		11		11		13		12		74		133					
Total par groupe d'âge	15		38		39		43		50		46		133		364		100	208	100	

SOMMAIRE PROVINCIAL - SUICIDE PAR GROUPE D'AGE, SEXE ET CIRCONSCRIPTIONS JUDICIAIRES - TABLEAU C-1

du 2022.01.01 au 2022.12.31

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	1	0	6	0	1	0	4	1	2	0	1	0	16	1	17	13.5	5	10
Campbellton	0	0	1	0	2	0	0	0	2	0	3	0	2	0	10	0	10	7.9	4	8
Edmundston	1	0	0	1	6	1	1	1	1	0	0	2	1	0	10	5	15	11.9	4	8
Fredericton	0	0	0	1	2	1	5	2	1	1	0	1	2	1	10	7	17	13.5	6	12
Miramichi	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	4	1	5	4	2	4
Moncton	0	1	2	1	2	0	0	1	5	0	7	2	6	1	22	6	28	22.2	5	10
Saint John	0	0	1	0	5	1	2	1	3	1	4	1	4	0	19	4	23	18.3	13	26
Woodstock	0	0	1	0	0	0	1	2	1	1	1	1	3	0	7	4	11	8.7	11	22
Hommes	2		6		24		10		18		18		20		98		126	100	50	100
% Total - Hommes	1.6		4.8		19		7.9		14.3		14.3		15.9		77.8					
Femmes	1		4		3		7		4		7		2		28					
% Total - Femmes	0.8		3.2		2.4		5.6		3.2		5.6		1.6		22.4					
Total par groupe	3		10		27		17		22		25		22							
% pour total de la catégorie	2.4		7.9		21.4		13.5		17.5		19.8		17.5							

SOMMAIRE PROVINCIAL - SUICIDE PAR GROUPE D'AGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITE - TABLEAU C-2
 du 2022.01.01 au 2022.12.31

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						
Empoisonnement au monoxyde de carbone	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	1	0	1	0	5	0	5	4	5	10
L'intoxication par l'alcool	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0.8	0	0
Traumatisme par force tranchante	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	0	3	2.4	3	6
Les drogues du rue	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0.8	1	2
Noyade - en eau libre	0	0	1	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	1	5	1	6	4.8	5	10
Coupures, coups de poignard	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	1	0	4	0	4	3.2	1	2
Traumatisme dû à une collision de véhicule	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	2.4	2	4
Fusillade, carabine	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	5	0	8	0	15	0	15	11.9	6	12
Fusillade, fusil de chasse	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	2	0	5	0	5	4	1	2
Fusillade, arme de poing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	2	1.6	1	2
Hypothermie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0.8	1	2
Chute ou saut - à partir de hauteurs différentes	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	3	3	2.4	1	2

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							
Suffocation	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.8	1	2	
Asphyxie	0	0	0	0	3	0	2	1	1	0	0	0	0	0	6	1	7	5.6	3	6	
Pendaison	2	0	4	2	12	3	6	2	5	1	5	1	2	0	36	9	45	35.7	6	12	
Empoisonnement au monoxyde de carbone - Gaz d'échappement d'un véhicule	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	1	0	1	0	5	0	5	4	2	4	
Drogue	0	0	0	1	0	0	1	4	0	3	3	5	1	1	5	14	19	15.1	11	22	
Hommes	2		6		24		10		18		18		20		98						
Femmes	1		4		3		7		4		7		2		28						
Total par groupe d'âge	3		10		27		17		22		25		22		126				100	50	100

SOMMAIRE PROVINCIAL - SUICIDE PAR GROUPE D'AGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU C-3
du 2022.01.01 au 2022.12.31

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						
Usine, entrepôt (à l'intérieur)	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.8	0	0
Salle d'urgence - victime vivante à l'arrivée	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0.8	0	0
Autres services à l'hôpital (unité, soins intensifs, autres)	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1.6	0	0
Hôtel/Motel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0	2	1.6	0	0
A 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	1	0	1	0	1	0.8	1	2
A l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur la propriété	2	0	5	3	16	2	7	6	11	3	16	6	16	1	73	21	94	74.6	33	66
Prison provinciale/centre de détention	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.8	1	2
Route publique - conducteur	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	2.4	2	4
Route publique - passager	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0.8	0	0
A l'extérieur, en milieu rural (loin de bâtiments ou des résidences)	0	0	0	0	2	0	1	1	1	0	0	0	2	0	6	1	7	5.6	3	6
Station-service, Garage, Mécanicien	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.8	0	0

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							
A l'extérieur, en milieu urbain - lieu public ou autre (pas un domicile)	0	0	0	1	1	0	0	0	2	1	1	1	0	0	4	3	7	5.6	6	12	
Eaux libres (fleuve, rivière, ruisseau, lac)	0	0	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	4	0	4	3.2	3	6	
Océan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.8	1	2		
Hommes	2		6		24		10		18		18		20		98						
Femmes	1		4		3		7		4		7		2		28						
Total par groupe d'âge	3		10		27		17		22		25		22		126				100	50	100

**SOMMAIRE PROVINCIAL - HOMICIDES PAR GROUPE D'AGE, SEXE ET CIRCONSCRIPTIONS JUDICIAIRES -
TABLEAU D-1**
du 2022.01.01 au 2022.12.31

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	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	7.1	1	7.1
Campbellton	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	14.3	2	14.3
Edmundston	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fredericton	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	2	14.3	2	14.3
Miramichi	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	7.1	1	7.1
Moncton	1	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	5	35.7	5	35.7
Saint John	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	21.4	3	21.4
Woodstock	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hommes	1		4		5		2		2		0		0		14					
% Total - Hommes	7.1		28.6		35.7		14.3		14.3		0		0		100					
Femmes	0		0		0		0		0		0		0			0	14	100	14	100
% Total - Femmes	0		0		0		0		0		0		0			0				
Total par groupe	1		4		5		2		2		0		0							
% pour total de la catégorie	7.1		28.6		35.7		14.3		14.3		0		0							

SOMMAIRE PROVINCIAL - HOMICIDES PAR GROUPE D'AGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITE - TABLEAU D-2
 du 2022.01.01 au 2022.12.31

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 par force tranchante	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	14.3	2	14.3
Coupures, coups de poignard	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	21.4	3	21.4
Blessure contondant par voies de fait	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	3	0	3	21.4	3	21.4
Fusillade, fusil de chasse	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	14.3	2	14.3
Fusillade, arme non identifiée	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	21.4	3	21.4
Traumatisme dû à un objet contondant	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	7.1	1	7.1
Hommes	1		4		5		2		2		0		0		14					
Femmes	0		0		0		0		0		0		0			0				
Total par groupe d'âge	1		4		5		2		2		0		0				14	100	14	100

SOMMAIRE PROVINCIAL - HOMICIDES PAR GROUPE D'AGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU D-3
 du 2022.01.01 au 2022.12.31

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	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	7.1	1	7.1
A l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur la propriété	1	0	1	0	5	0	0	0	2	0	0	0	0	0	9	0	9	64.3	9	64.3
A l'extérieur, en milieu rural (loin de bâtiments ou des résidences)	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	7.1	1	7.1
A l'extérieur, en milieu urbain - lieu public ou autre (pas un domicile)	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	14.3	2	14.3
Garde dans un établissement provinciale	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	7.1	1	7.1
Hommes	1		4		5		2		2		0		0		14					
Femmes	0		0		0		0		0		0		0			0				
Total par groupe d'âge	1		4		5		2		2		0		0				14	100	14	100

**SOMMAIRE PROVINCIAL - MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'AGE, SEXE ET CIRCONSCRIPTIONS JUDICIAIRES
- TABLEAU E-1**

du 2022.01.01 au 2022.12.31

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	1	2	2	1	5	4	14	8	22	19	46	30	91	64	155	10.3	43	7.8
Campbellton	1	0	1	0	1	1	1	1	6	8	12	8	20	17	42	35	77	5.1	21	3.8
Edmundston	0	0	0	2	1	0	1	1	9	6	21	9	28	24	60	42	102	6.8	21	3.8
Fredericton	1	0	1	1	2	1	10	1	25	8	40	17	56	40	135	68	203	13.5	87	15.9
Miramichi	1	0	1	0	1	1	5	0	13	3	14	10	34	29	69	43	112	7.4	38	6.9
Moncton	0	1	1	0	7	4	8	7	31	15	66	33	133	120	246	180	426	28.2	141	25.7
Saint John	3	3	2	0	4	8	8	10	26	9	69	35	110	88	222	153	375	24.9	166	30.1
Woodstock	0	2	1	0	1	0	3	2	6	3	13	6	14	8	38	21	59	3.9	33	6
Hommes	7		8		19		41		130		257		441		903		1509	100	550	100
% Total - Hommes	0.5		0.5		1.3		2.7		8.6		17		29.2		59.8					
Femmes	6		5		16		26		60		137		356		606					
% Total - Femmes	0.4		0.3		1.1		1.7		4		9.1		23.6		40.2					
Total par groupe	13		13		35		67		190		394		797							
% pour total de la catégorie	0.9		0.9		2.3		4.4		12.6		26.1		52.8							

SOMMAIRE PROVINCIAL - MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'AGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITE - TABLEAU E-2

du 2022.01.01 au 2022.12.31

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						
Intervention médicale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0.1	0	0	
Alcool	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	2	0.1	0	0
L'intoxication par l'alcool	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.1	1	0.2
Catastrophe naturelle	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0.1	0	0
Exposition à la chaleur	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0.1	1	0.2
Chute ou saut - à partir de hauteurs différentes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0.1	0	0
Chute ou saut - à partir du sol	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0.1	2	0.4
Suffocation	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0.1	1	0.2
Asphyxie	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	2	0.1	2	0.4
Abus chronique de l'alcool	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0.1	1	0.2
Appareil médicale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0.1	1	0.2
Maladie infectieuse	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	2	0.1	0	0

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						
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
Décès naturel à la suite de maladie	6	5	8	3	18	16	40	26	129	59	256	136	434	354	891	599	1490	98.7	539	98.4
Epilepsie	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0.1	1	0.2
Facteur de décès non déterminée	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	2	0.1	1	0.2
Hommes	7		8		19		41		130		257		441		903					
Femmes	6		5		16		26		60		137		356		606					
Total par groupe d'âge	13		13		35		67		190		394		797		1509		100	550	100	

SOMMAIRE PROVINCIAL - MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'AGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU E-3

du 2022.01.01 au 2022.12.31

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						
Avion - passager	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0.1	1	0.2
Camping	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.1	0	0	
Chauffeur de véhicules utilitaires - camion, taxi, autobus scolaire, etc.	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0.1	1	0.2
Centre de santé mental communautaire	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0.1	1	0.2
Établissement résidentiel communautaire	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0.1	0	0	
Gymnastique/club de conditionnement physique	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.1	0	0
Foyer de soins spéciaux	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	4	1	7	16	13	20	33	2.2	3	0.5
Hôpital (pour la constatation du décès)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0.1	1	0.2
Salle d'urgence - victime morte à l'arrivée	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	0	0	0	4	1	5	0.3	2	0.4
Salle d'urgence - victime vivante à l'arrivée	1	0	1	0	0	0	1	0	3	1	5	3	5	6	16	10	26	1.7	7	1.3
Salle d'opération	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0.1	1	0.2
Autres services à l'hôpital (unité, soins intensifs, autres)	2	0	0	0	0	0	0	1	2	1	6	2	16	10	26	14	40	2.7	11	2

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						
Hôtel/Motel	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	1	0	0	0	4	0	4	0.3	4	0.7
A l'intérieur d'un bâtiment autre qu'une résidence (centre commercial, brasserie, restaurant)	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	3	2	4	1	9	3	12	0.8	5	0.9
A l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur la propriété	4	6	5	5	18	14	34	24	102	48	218	124	368	286	749	507	1256	83.2	477	86.8
Route non publique - piétons	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0.1	0	0
Foyers de soins	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	2	1	22	23	26	27	53	3.5	4	0.7
Lieu de travail	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	2	0	0	2	4	3	7	0.5	4	0.7
Bateau à moteur	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.1	1	0.2
Hôpital psychiatrique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0.1	1	0.2
Route publique - conducteur	0	0	0	0	0	0	1	0	3	0	2	0	6	0	12	0	12	0.8	7	1.3
Route publique - passager	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	2	0.1	2	0.4
Route publique - piéton	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0	2	0.1	1	0.2
Chambre louée/maison de pension/maison de transition/foyer de groupe	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2	0	2	0.1	1	0.2
A l'extérieur, en milieu rural (loin de bâtiments ou des résidences)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	3	0	3	0.2	2	0.4

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						
Station-service, Garage, Mécanicien	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	2	0.1	0	0
Motoneige (n'importe ou hors d'une route publique) conducteur	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.1	1	0.2
Foyers sans permis (maison de retraite, de repos, autres)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0.1	0	0
A l'extérieur, en milieu urbain - lieu public ou autre (pas un domicile)	0	0	0	0	1	0	2	0	2	1	3	1	1	2	9	4	13	0.9	5	0.9
Établissement correctionnel fédéral	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.1	1	0.2
VTT conducteur - n'importe où hors route publique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0.1	1	0.2
Refuge pour sans-abri	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	3	0	3	0.2	1	0.2
Garde dans un établissement provinciale	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.1	1	0.2
Route non-publique-conducteur	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0.1	1	0.2
Plage/rivage	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0.1	1	0.2
Complexe pour personnes âgées	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	5	8	7	9	16	1.1	1	0.2
Hommes	7		8		19		41		130		257		441		903					
Femmes	6		5		16		26		60		137		356		606					

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								
Total par groupe d'âge	13		13		35		67		190		394		797				1509	100	550	100

**SOMMAIRE PROVINCIAL - DÉCÈS D'ORIGINE INCONNUE PAR GROUPE D'AGE, SEXE ET CIRCONSCRIPTIONS
JUDICIAIRES - TABLEAU F-1**
du 2022.01.01 au 2022.12.31

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	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	14.3	2	18.2
Campbellton	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	7.1	1	9.1
Edmundston	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2	2	14.3	1	9.1
Fredericton	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Miramichi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Moncton	0	2	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	2	4	6	42.9	5	45.5
Saint John	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	14.3	1	9.1
Woodstock	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	7.1	1	9.1
Hommes	1		1		2		0		1		1		0		6					
% Total - Hommes	7.1		7.1		14.3		0		7.1		7.1		0		42.7					
Femmes	2		0		3		1		1		1		0			8	14	100	11	100
% Total - Femmes	14.3		0		21.4		7.1		7.1		7.1		0			57				
Total par groupe	3		1		5		1		2		2		0							
% pour total de la catégorie	21.4		7.1		35.7		7.1		14.3		14.3		0							

**SOMMAIRE PROVINCIAL - DÉCÈS D'ORIGINE INCONNUE PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITE -
TABLEAU F-2**

du 2022.01.01 au 2022.12.31

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								
Drogue	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	2	14.3	2	18.2		
Décès naturel à la suite de maladie	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	7.1	1	9.1		
Mort subite du nourrisson	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	7.1	1	9.1		
Facteur de décès non déterminée	1	0	1	0	2	1	0	1	1	1	1	0	0	0	6	3	9	64.3	6	54.5		
Aucune cause anatomique	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	7.1	1	9.1		
Hommes	1		1		2		0		1		1		0		6							
Femmes	2		0		3		1		1		1		0		8							
Total par groupe d'âge	3		1		5		1		2		2		0				14		100			
																			11		100	

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

du 2022.01.01 au 2022.12.31

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						
Ferme ou ranch	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	7.1	0	0
Salle d'opération	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	7.1	1	9.1
A l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur la propriété	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	3	4	7	50	6	54.5
Route publique - passager	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	14.3	2	18.2
A l'extérieur, en milieu rural (loin de bâtiments ou des résidences)	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	7.1	0	0
Eaux libres (fleuve, rivière, ruisseau, lac)	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	7.1	1	9.1
Océan	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	7.1	1	9.1
Hommes	1		1		2		0		1		1		0		6					
Femmes	2		0		3		1		1		1		0		8					
Total par groupe d'âge	3		1		5		1		2		2		0		14		100	11	100	

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.

Une décès est survenu dans la circonscription judiciaire de Woodstock :

Facteur de mortalité : Facteur de décès non déterminée
Lieu : À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur la propriété
Groupe d'âge : 0 - 19
Sexe : Homme
Une autopsie a été pratiquée.

Une décès est survenu dans la circonscription judiciaire de Campbellton :

Facteur de mortalité : Facteur de décès non déterminée
Lieu : À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur la propriété
Groupe d'âge : 31-40
Sexe : Femme
Une autopsie a été pratiquée.

Deux décès sont survenus dans la circonscription judiciaire de Bathurst :

Premier cas :

Facteur de mortalité : Facteur de décès non déterminée
Lieu : A l'extérieure, en milieu rural
Groupe d'âge : 31-40
Sexe : Homme
Un examen d'anthropologie médico-légale a été effectué.

Deuxième cas :

Facteur de mortalité : Facteur de décès non déterminée
Lieu : Route publique, passager
Groupe d'âge : 31-40
Sexe : Homme
Une autopsie a été pratiquée. Le dossier est en cours d'examen par la pathologiste.

Deux décès sont survenus dans la circonscription judiciaire de Saint Jean :

Premier cas :

Facteur de mortalité : Facteur de décès non déterminée

Lieu : Route publique, passager

Groupe d'âge : 31-40

Sexe : Femme

Une autopsie a été pratiquée. Le dossier est en cours d'examen par la pathologiste.

Deuxième cas :

Facteur de mortalité : Facteur de décès non déterminée

Lieu : Océan

Groupe d'âge : 31-40

Sexe : Homme

Une autopsie a été pratiquée.

Deux décès sont survenus dans la circonscription judiciaire d'Edmundston :**Premier cas :**

Facteur de mortalité : Facteur de décès non déterminée

Lieu : À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur la propriété

Groupe d'âge : 61-70

Sexe : Femme

Une autopsie a été pratiquée.

Deuxième cas :

Facteur de mortalité : Facteur de décès non déterminée

Lieu : Ferme ou ranch

Groupe d'âge : 41-50

Sexe : Femme

Un examen d'anthropologie médico-légale a été effectué.

Six décès sont survenus dans la circonscription judiciaire de Moncton :**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 - 19

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 : 51 - 60
Sexe : Femme
Un examen externe a été pratiqué.

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 : 51 - 60
Sexe : Homme
Une autopsie a été pratiquée.

Quatrième cas

Facteur de mortalité : Facteur de décès non déterminé
Lieu : Salle d'opération
Groupe d'âge : 0 - 19
Sexe : Femme
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 : 61 - 70
Sexe : Homme
Une autopsie a été pratiquée.

Sixième cas

Facteur de mortalité : Facteur de décès non déterminé
Lieu : Eaux libres (fleuve, rivière, ruisseau, lac)
Groupe d'âge : 31 - 40
Sexe : Femme
Une autopsie a été pratiquée. Le dossier est en cours d'examen par la pathologiste.

Résumé des enquêtes et des recommandations

Une enquête du coroner est une procédure judiciaire officielle qui permet la présentation publique de toute preuve relative à un décès. Elle n'attribue aucune responsabilité juridique ni aucun blâme. Cependant, des recommandations peuvent être formulées dans le but d'éviter que des décès similaires se produisent dans l'avenir.

Les recommandations et les réponses fournies par des organismes appropriés suite de quatre enquêtes se trouvent ci-dessous. Les recommandations et les réponses reçues par le Bureau du coroner en chef relativement aux recommandations formulées à la suite de l'enquête de Chantel Moore ont été incluses dans le Rapport Annuel de 2021.

STEVEN LUTES

Une enquête obligatoire du coroner sur le décès de Steven Lutes a eu lieu les 27 et 28 juin 2022 à Saint John. M. Lutes est décédé le 30 janvier 2017 à la suite de blessures subies dans le cadre de son emploi chez Lead Formwork Ltd à Fredericton.

Le jury, composé de cinq personnes choisies dans la collectivité, a formulé la recommandation suivante :

Tous les milieux de travail à risque élevé doivent être dotés de surveillants de la sécurité chargés d'assurer sur place la conformité aux normes de sécurité. Les milieux de travail à risque élevé peuvent être définis par Travail sécuritaire NB.

Travail sécuritaire NB a remarqué « qu'une modification législative apportée après le décès de M. Lutes en 2017 répond aux objectifs de cette recommandation.

En 2019, Travail sécuritaire NB a travaillé en collaboration avec le ministère de l'Éducation postsecondaire, de la Formation et du Travail et avec le Bureau du Conseil exécutif afin de faire modifier la Loi sur l'hygiène et la sécurité au travail de façon à moderniser et à préciser les obligations des surveillants de la sécurité en milieu de travail. De concert avec la formation et le matériel offerts par Travail sécuritaire NB dans les milieux de travail, cette mesure législative a permis aux gestionnaires et aux surveillants de mieux comprendre le rôle essentiel que jouent les surveillants dans la création et le maintien d'un milieu de travail sécuritaire.

Il est impossible de savoir si le surveillant de M. Lutes, ou si M. Lutes lui-même, à titre de surveillant du chantier pour ce projet, aurait agi différemment et ainsi prévenu son tragique décès, mais il est raisonnable de croire que la connaissance des obligations accrues des surveillants aurait favorisé un dénouement différent.

Travail sécuritaire NB a entrepris une vaste campagne de publicité et de sensibilisation en 2019 au moment de la modernisation et de l'élargissement des obligations des surveillants et renouvellera cette campagne afin de promouvoir la gestion de la sécurité par les surveillants de tous les niveaux en milieu de travail.

Bien que cela ne soit pas directement lié à cette recommandation, il y a lieu de noter que l'article 17.1 de la Loi sur l'hygiène et la sécurité au travail prévoit des exigences quant à la présence d'un délégué à l'hygiène et à la sécurité ou d'un comité d'hygiène et de sécurité sur les chantiers (de construction), selon l'ampleur du projet. Sans être responsables de surveiller en permanence la sécurité du chantier, ces représentants et membres du comité constituent une ressource importante pour les employés en ce qui concerne les questions de santé et de sécurité et peuvent prêter main-forte aux surveillants afin d'assurer la santé et la sécurité des employés sous leur direction. »

CAMILLE CAYOUCETTE

Une enquête obligatoire du coroner sur le décès de Camille Cayouette a eu lieu les 20 et 21 septembre 2022 à Edmundston. M. Cayouette est décédé le 2 janvier 2019 des blessures subies dans le cadre de son emploi chez Dubé Trucking à Saint-Quentin.

Les cinq membres du jury ont entendu 20 témoins au cours de l'enquête et ont formulé les cinq recommandations suivantes :

1. Il faut rendre obligatoire l'inspection rigoureuse des véhicules et des remorques avant chaque quart de travail, pour les conducteurs détenant un permis de classe 1, y compris remplir et signer systématiquement une liste de contrôle (obligation plutôt que pratique exemplaire).
2. Un mécanicien d'équipement lourd ou un préposé à l'entretien désigné doit inspecter les véhicules et les remorques toutes les semaines. Les défaillances doivent être consignées et corrigées, notamment le réglage des freins.
3. Quand un surveillant relève un danger, les chemins forestiers doivent être fermés jusqu'à ce que les réparations nécessaires soient apportées.
4. Le surveillant ou le préposé à l'entretien doit veiller à ce que tous les conducteurs du quart en cours et ceux du prochain quart soient mis au courant de la fermeture de la route et leur fournir tout autre renseignement pertinent.
5. Il faut ajouter les relais radioélectriques avec fréquence pour les premiers intervenants aux tours de J.D. Irving afin de combler les lacunes.

Le coroner qui présidait l'enquête a ajouté les recommandations suivantes :

6. Tous les employés et les employés contractuels qui conduisent des camions surdimensionnés et qui travaillent sur des terres privées ou de la Couronne doivent suivre l'équivalent des formations sur les tonneaux (Anatomy of a Rollover) et sur le plus grand risque que courent les conducteurs (Your Greatest Risk), en particulier pour la conduite en hiver. Il incombera à l'employeur d'offrir la formation dans les deux langues officielles.
7. Tous les conducteurs de camions surdimensionnés devront répondre aux critères établis par Travail sécuritaire NB avant de pouvoir conduire ce type de camion.

Recommandation #1

Il faut rendre obligatoire l'inspection rigoureuse des véhicules et des remorques avant chaque quart de travail, pour les conducteurs détenant un permis de classe 1, y compris remplir et signer systématiquement une liste de contrôle (obligation plutôt que pratique exemplaire).

Travail sécuritaire NB a répondu que l'article 230.5 du Règlement général 91-191 comprend actuellement l'obligation de mener une inspection quotidienne des véhicules. Aucune autre mesure n'est nécessaire.

Recommandation #2

Un mécanicien d'équipement lourd ou un préposé à l'entretien désigné doit inspecter les véhicules et les remorques toutes les semaines. Les défaillances doivent être consignées et corrigées, notamment le réglage des freins.

Travail sécuritaire NB a répondu que l'article 230.5 du Règlement général 91-191 comprend actuellement l'obligation de mener une inspection quotidienne des véhicules. Aucune autre mesure n'est nécessaire.

Recommandation #3

Quand un surveillant relève un danger, les chemins forestiers doivent être fermés jusqu'à ce que les réparations nécessaires soient apportées.

Travail sécuritaire NB a répondu qu'en 2022, l'obligation pour l'employeur d'établir un code de directives pratiques en matière de facteurs environnementaux, touchant entre autres à la conduite dans des conditions météorologiques dangereuses, a été ajoutée à l'article 345.3 du Règlement général. Puisqu'il s'agit d'une nouvelle disposition, Travail sécuritaire NB effectuera un suivi auprès de l'employeur afin d'assurer la mise en œuvre adéquate de cette recommandation.

Recommandation #4

Le surveillant ou le préposé à l'entretien doit veiller à ce que tous les conducteurs du quart en cours et ceux du prochain quart soient mis au courant de la fermeture de la route et leur fournir tout autre renseignement pertinent.

Travail sécuritaire NB a répondu qu'en 2022, l'obligation pour l'employeur d'élaborer un plan de communication pour les activités forestières (articles 345.1 et 345.2) a également été ajoutée au Règlement général 91-191. Le plan de communication exige que les employeurs informent les employés des dangers présents dans le secteur où ils doivent travailler et des interventions visant à réduire ou éliminer les dangers. Puisqu'il s'agit d'une nouvelle disposition, Travail sécuritaire NB effectuera un suivi auprès de l'employeur afin d'assurer la mise en œuvre adéquate de cette recommandation.

Recommandation #5

Il faut ajouter les relais radioélectriques avec fréquence pour les premiers intervenants aux tours de J.D. Irving afin de combler les lacunes.

Travail sécuritaire NB a répondu qu'il a le pouvoir de s'assurer que l'employeur dispose de protocoles fonctionnels de communication et de transport en cas d'urgence. Cependant, l'employeur peut compléter ses protocoles d'urgence et de communication de répéteurs radio dotés de fréquences réservées aux secouristes, s'ils le veulent. Cette option irait au-delà des dispositions du règlement et Travail sécuritaire NB effectuera un suivi auprès de l'employeur pour l'en informer.

Recommandation #6

Tous les employés et les employés contractuels qui conduisent des camions surdimensionnés et qui travaillent sur des terres privées ou de la Couronne doivent suivre l'équivalent des formations sur les tonneaux (Anatomy of a Rollover) et sur le plus grand risque que courent les conducteurs (Your Greatest Risk), en particulier pour la conduite en hiver. Il incombera à l'employeur d'offrir la formation dans les deux langues officielles.

Travail sécuritaire NB a répondu qu'il appuie cette recommandation. Cependant, il n'a pas le pouvoir d'exécuter sa mise en œuvre puisqu'elle s'étend au-delà des exigences en matière de formation établies par le Règlement. Il effectuera un suivi avec l'employeur et l'informeront que le respect de cette recommandation améliorerait vraisemblablement la sécurité routière.

Recommandation #7

Tous les conducteurs de camions surdimensionnés devront répondre aux critères établis par Travail sécuritaire NB avant de pouvoir conduire ce type de camion.

Travail sécuritaire a répondu que les critères qui régissent la conduite des camions, y compris les camions surdimensionnés, sont établis dans le Règlement général 91-191. L'employeur a été informé de ces critères et aucune autre mesure n'est donc nécessaire.

DEREK WHALEN

Une enquête sur la mort de Derek James Whalen a eu lieu du 17 au 20 octobre au palais de justice de Saint John. M. Whalen est décédé accidentellement, le 3 mai 2020, à la suite d'un incident survenu au Centre correctionnel régional du Sud-Est, à Shediac.

Les cinq membres du jury ont entendu 21 témoins et formulé 23 recommandations.

1. Rédiger une directive pour s'assurer que les dossiers sur l'inventaire du matériel et les dossiers d'entretien soient conservés et à la disposition de la direction. Ces dossiers devraient être passés en revue annuellement.
2. Obtenir un accès à l'échelle de la province à des services de soutien médical en ligne rapide qui permettrait au personnel infirmier et aux agents sur place, au besoin, de recevoir des conseils cliniques.
3. Rédiger une directive sur les clients qui se trouvent dans des salles ou des zones non sécurisées de l'établissement.
4. Rédiger une directive visant à rendre obligatoire la présence de personnel infirmier auprès de cas de codes 1099 pour refléter la politique du Réseau de santé Horizon sur la composition de l'équipe auprès de patients en « code blanc » ou potentiellement violents et veiller à ce qu'un niveau d'effectifs suffisant puisse appuyer cette intervention en tout temps.
5. Veiller à ce qu'il y ait des caméras portatives ou des caméras d'intervention avec audio fonctionnelles pour enregistrer tous les incidents.
6. Permettre au personnel infirmier d'avoir accès aux antécédents médicaux critiques à l'aide du dossier de santé électronique et des systèmes de données des services sociaux.
7. Veiller à la mise en place d'une directive qui soutient les procédures opérationnelles normalisées concernant une approche fondée sur des données probantes en matière d'overdose, de toxicologie et de délire agité.
8. Adopter l'utilisation d'une liste de vérification d'interventions difficiles pour déterminer les cas de délire agité pendant tous les événements 1099.
9. Obliger la prise des signes vitaux, au moins la fréquence du pouls, la fréquence respiratoire, la saturation en oxygène, la pression artérielle, la glycémie et la température, dans le cadre de l'évaluation méthodique de la sécurité et de la stabilité du patient. S'assurer que ces mesures physiologiques, si elles sont anormales, soient consignées pour déterminer toute tendance.

10. Obliger la collecte de données cliniques à l'aide d'un examen primaire organisé ou d'une évaluation selon la règle ABCDE et consigner le tout dans le rapport du patient. S'assurer que le formulaire fasse l'objet d'une vérification.
11. Concevoir une formation pour le personnel infirmier en établissements correctionnels en fonction des besoins.
12. Faire de la pédagogie inversée avec le personnel infirmier et les agents des services correctionnels avec discussions de cas pour reconnaître les surdoses de drogue, le délire agité, l'utilisation de la force, l'asphyxie positionnelle, et faire des simulations en équipe pour le traitement des dépendances dans un milieu opérationnel réaliste à l'aide de mannequins reproduits peu fidèlement (RCR/DEA). S'assurer que cette formation fasse partie de l'intégration du personnel et soit revue annuellement.
13. Rédiger une directive pour obliger l'utilisation d'un scanner corporel et d'un scanner à ions lors de l'admission dans un établissement.
14. Rédiger une directive pour permettre aux infirmières immatriculées de l'établissement d'administrer des contentions chimiques.
15. Veiller à ce qu'un agent des services correctionnels par secteur d'activités soit formé sur l'utilisation d'un pistolet électrique (Taser).
16. Veiller à ce que les clients et les membres du personnel aient accès à des travailleurs sociaux, à des services de santé mentale et à des services de traitement des dépendances.
17. Fournir sur place un accès à un dispositif d'immobilisation WRAP ou des produits semblables comme dispositif de remplacement aux menottes et aux chaînes.
18. Donner la formation au personnel infirmier pour lui permettre d'effectuer, à un niveau reconnu et approuvé, un examen primaire pour orienter les prochaines mesures à prendre et aider à déterminer les menaces à la vie. Les formations sont les suivantes : intervenant médical d'urgence, soins intensifs postréanimation cardiaque, cours International Trauma Life Support, premier intervenant médical.
19. Améliorer les compétences médicales des agents des services correctionnels. Puisqu'il n'y a pas de services infirmiers en tout temps, veiller à ce que les agents des services correctionnels aient les compétences requises pour détecter les maladies graves et fournir des interventions fondamentales de sauvetage efficaces. Il est recommandé que les agents des services correctionnels suivent une formation de premier intervenant médical (Ambulance Saint-Jean) et maintiennent leur certification. En attendant, tous les agents devraient suivre une formation en premiers soins et il faudrait tenir des dossiers de formation.
20. Reconnaître que le délire agité ou d'autres signes de détresse, comme la difficulté à respirer, doivent être traités comme une urgence médicale. S'assurer que la directive

précise que les services médicaux internes et les services d'urgence médicale doivent être appelés dès le début de l'incident. Lorsque le personnel infirmier n'est pas disponible, il faut appeler le 911 immédiatement.

21. Adopter un principe de recours minimal à la force après le menottage pour que les clients ne restent pas couchés sur leur ventre plus longtemps que nécessaire. Conformément aux pratiques exemplaires, ils devraient être assis ou couchés sur le côté le plus rapidement possible.
22. Réutiliser la cagoule anti-crachat comme outil lorsqu'un client crache au visage d'un agent, avec la formation requise et la surveillance de son utilisation.
23. Veiller à ce que la formation sur le système de commandement des interventions (SCI) soit fournie aux membres du personnel des Services correctionnels à l'échelle de la province afin que l'étendue des responsabilités et la chaîne de commandement soient bien établies.

Recommandation #1

Rédiger une directive pour s'assurer que les dossiers sur l'inventaire du matériel et les dossiers d'entretien soient conservés et à la disposition de la direction. Ces dossiers devraient être passés en revue annuellement.

Le Réseau de santé Horizon a répondu que son équipe biomédicale s'assure du bon fonctionnement de l'équipement médical et le personnel infirmier vérifie tous les mois l'inventaire de l'équipement (glucomètres, défibrillateurs, etc.). Ces contrôles sont documentés au moyen d'une liste de vérification qui est transmise électroniquement au gestionnaire responsable et conservée pendant 12 mois.

Les Services correctionnels ont répondu qu'ils ont travaillé directement avec le Réseau de santé Horizon pour que les recommandations portées à l'attention des deux entités soient mises en œuvre en temps opportun.

Recommandation #2

Obtenir un accès à l'échelle de la province à des services de soutien médical en ligne rapide qui permettrait au personnel infirmier et aux agents sur place, au besoin, de recevoir des conseils cliniques.

Le Réseau de santé Horizon a répondu que le personnel infirmier peut consulter des médecins ou des infirmières praticiennes, mais il importe de noter que les services de santé en établissement correctionnel ne sauraient être comparés aux unités de soins infirmiers. Ils ressemblent plutôt aux soins ambulatoires ou aux cliniques de soins primaires. En cas d'urgence médicale, le personnel infirmier et les agents des Services correctionnels doivent appeler le 9-1-1.

Recommandation #3

Rédiger une directive sur les clients qui se trouvent dans des salles ou des zones non sécurisées de l'établissement.

Les Services correctionnels ont répondu qu'ils sont en faveur de l'élaboration d'une directive à cet égard. Nous croyons que la directive permettra au personnel des services correctionnels de mieux connaître et de mieux comprendre les mesures à prendre dans les situations où les clients ne sont pas dans un endroit sécurisé. Afin de rédiger une directive comportant les critères appropriés dans une telle situation, nous demandons aux Services du coroner de nous fournir tout matériel de référence qu'ils pourraient détenir pour nous aider dans le processus de rédaction.

Recommandation #4

Rédiger une directive visant à rendre obligatoire la présence de personnel infirmier auprès de cas de codes 1099 pour refléter la politique du Réseau de santé Horizon sur la composition de l'équipe auprès de patients en « code blanc » ou potentiellement violents et veiller à ce qu'un niveau d'effectifs suffisant puisse appuyer cette intervention en tout temps.

Le Réseau de santé Horizon a répondu que le personnel infirmier ne répond pas aux codes 1099. Si nécessaire, il intervient après que les agents des Services correctionnels du ministère de la Justice et de la Sécurité publique ont maîtrisé la situation et s'il est sécuritaire de la faire. Le personnel des Services de santé continuera à intervenir (évaluation, soins, aide) au besoin si la sécurité des personnes impliquées dans le code 1099 est assurée.

Recommandation #5

Veiller à ce qu'il y ait des caméras portatives ou des caméras d'intervention avec audio fonctionnelles pour enregistrer tous les incidents.

Les Services correctionnels ont répondu que tous les établissements correctionnels de la province disposent actuellement de caméras portatives. De plus, les Services correctionnels ont lancé un processus d'approvisionnement pour équiper tous les agents correctionnels de caméras d'intervention avec audio AXON.

Recommandation #6

Permettre au personnel infirmier d'avoir accès aux antécédents médicaux critiques à l'aide du dossier de santé électronique et des systèmes de données des services sociaux.

Le Réseau de santé Horizon a répondu que le personnel infirmier peut consulter les dossiers de santé électroniques (DSE) ainsi que le système des Services de traitement

des dépendances et de santé mentale (Système de prestation des services aux clients [SPSC]).

Recommandation #7

Veiller à la mise en place d'une directive qui soutient les procédures opérationnelles normalisées concernant une approche fondée sur des données probantes en matière d'overdose, de toxicologie et de délire agité.

Le Réseau de santé Horizon a répondu que le personnel infirmier est formé pour intervenir lors d'une surdose ou de toute autre situation médicale ou psychiatrique s'il est informé de besoins particuliers par les agents des Services correctionnels ou lorsque des clients sont amenés à la clinique. Cependant, comme souligné ci-dessus, les équipes des services de santé en établissement correctionnel donnent des soins de première ligne et appellent le 9-1-1 lors d'une situation d'urgence.

Recommandation #8

Adopter l'utilisation d'une liste de vérification d'interventions difficiles pour déterminer les cas de délire agité pendant tous les événements 1099.

Les Services correctionnels ont répondu que cette recommandation visent les Services correctionnels et le Réseau de santé Horizon et nécessitent la collaboration des deux entités pour leur mise en œuvre. Les Services correctionnels travaillent directement avec le Réseau de santé Horizon pour que les recommandations portées à l'attention des deux entités soient mises en œuvre en temps opportun. Les Services correctionnels ont terminé leur part de ce qui a été recommandé essentiellement aux deux parties et s'engagent à poursuivre leur collaboration avec Horizon en vue de garantir une plus grande sécurité pour tous les clients dont ils ont la charge.

Le Réseau de santé Horizon a répondu que le personnel infirmier est formé pour évaluer tous les problèmes de santé. Si un client est amené pour une consultation ou si un agent des Services correctionnels se préoccupe de l'état de santé d'un détenu, le personnel intervient comme il se doit.

Recommandation #9

Obliger la prise des signes vitaux, au moins la fréquence du pouls, la fréquence respiratoire, la saturation en oxygène, la pression artérielle, la glycémie et la température, dans le cadre de l'évaluation méthodique de la sécurité et de la stabilité du patient. S'assurer que ces mesures physiologiques, si elles sont anormales, soient consignées pour déterminer toute tendance.

Le réseau de santé Horizon a répondu que le personnel infirmier évalue l'état de santé des clients à leur arrivée en centre correctionnel, notamment en vérifiant leurs signes

vitaux (pouls, respiration, tension artérielle et température). L'état de santé est par la suite évalué au besoin. L'évaluation initiale porte sur les points suivants :

- les antécédents médicaux;
- l'état de santé actuel et les capacités fonctionnelles;
- les problèmes de langage et de littératie;
- la revue de la médication et le bilan comparatif prescription-observance;
- le statut vaccinal;
- le bilan des allergies (médicamenteuses, environnementales et alimentaires);
- le portrait de la consommation d'alcool et de drogues;
- le système de soutien familial du client;
- le dépistage de la tuberculose;
- le continuum des soins de santé.

Recommandation #10

Obliger la collecte de données cliniques à l'aide d'un examen primaire organisé ou d'une évaluation selon la règle ABCDE et consigner le tout dans le rapport du patient. S'assurer que le formulaire fasse l'objet d'une vérification.

Le Réseau de santé Horizon a répondu que l'évaluation médicale réalisée par le personnel infirmier sert à obtenir des renseignements sur la santé des clients qui sont ensuite consignés dans leur dossier. Le personnel infirmier et les travailleurs sociaux suivent les lignes directrices du Réseau de santé Horizon en matière de tenue de dossiers.

Recommandation #11

Concevoir une formation pour le personnel infirmier en établissements correctionnels en fonction des besoins.

Le Réseau de santé Horizon a répondu qu'en plus de la séance d'orientation en soins infirmiers du Réseau de santé Horizon, une séance sur les soins de santé en établissement correctionnel est offerte au personnel infirmier. Il doit également suivre les formations obligatoires suivantes :

- Offre active
- Initiative des amis des bébés Prévention des blessures au dos Mauvais traitements et négligence envers des enfants

- Cleveland Clinic : Communicate with H.E.A.R.T. Procédures d'urgence
- Vidéo sur la compétence culturelle à l'égard des Premières Nations Introduction à la sécurité des patients Introduction à la gestion des risques
- Hygiène et sécurité au travail : diligence raisonnable Milieu de travail respectueux : passer à l'action SIMDUT
- Prévention de la violence en milieu de travail

En plus de :

- Administration de produits sanguins
- Prévention et gestion des chutes pour tout le personnel (obligatoire pour TOUT le personnel) Prévention et gestion des chutes pour le personnel clinique
- Culture du moins de contention possible Pleins feux sur la guérison des plaies Pleins feux sur l'évaluation des plaies
- Bilan comparatif prescription-observance lors d'un transfert Sécurité médicamenteuse
- Don d'organes et de tissus
- Modèle d'Ottawa sur l'abandon du tabac pour le personnel de première ligne Douleur : ses composantes
- Douleur : une évaluation complète Douleur : traitement et prise en charge
- Pompe à perfusion Plum A+ avec logiciel Hospira MedNet – Gestion des pompes à perfusion programmables Plaies de lit : stades, prévention et prise en charge
- Protocole de pansement

Le personnel infirmier est invité à proposer aux responsables cliniques et à la direction des formations supplémentaires.

Recommandation #12

Faire de la pédagogie inversée avec le personnel infirmier et les agents des services correctionnels avec discussions de cas pour reconnaître les surdoses de drogue, le délire agité, l'utilisation de la force, l'asphyxie positionnelle, et faire des simulations en équipe pour le traitement des dépendances dans un milieu opérationnel réaliste à l'aide de mannequins reproduits peu fidèlement (RCR/DEA). S'assurer que cette formation fasse partie de l'intégration du personnel et soit revue annuellement.

Le Réseau de santé Horizon a répondu que les membres du personnel infirmier sont tenus de garder à jour leurs compétences dans plusieurs domaines. Il est essentiel que les agents des Services correctionnels sachent quand aviser le personnel infirmier qu'un client pourrait avoir besoin de soins infirmiers ou médicaux. La possibilité de donner des

formations conjointes doit être explorée, de façon à favoriser la cohésion et la collaboration au sein des équipes.

Les Services correctionnels ont répondu qu'ils travaillent directement avec le Réseau de santé Horizon pour s'assurer que la formation conjointe soit développée et mise en œuvre en temps opportun en vue de garantir une plus grande sécurité pour tous les clients dont ils ont la charge.

Recommandation #13

Rédiger une directive pour obliger l'utilisation d'un scanner corporel et d'un scanner à ions lors de l'admission dans un établissement.

Les Services correctionnels ont répondu que deux des cinq établissements correctionnels utilisent un scanner corporel et un scanner à ions à l'entrée de leur établissement. D'ici le 1^{er} avril 2023, tous les établissements disposeront de ces appareils, conformément à la politique ministérielle.

Recommandation #14

Rédiger une directive pour permettre aux infirmières immatriculées de l'établissement d'administrer des contentions chimiques.

Le Réseau de santé Horizon a répondu que le personnel infirmier des Services correctionnels n'administre pas de contentions chimiques et celles-ci ne sont pas acceptées en milieu correctionnel. Le personnel infirmier des Services correctionnels observe et évalue les clients qui sont ou peuvent être soumis à des contentions ou à des contraintes. Il ne participe pas à l'application des mesures de contention.

Recommandation #15

Veiller à ce qu'un agent des services correctionnels par secteur d'activités soit formé sur l'utilisation d'un pistolet électrique (Taser).

Les Services correctionnels ont répondu que, selon la procédure opérationnelle normalisée en vigueur, plusieurs membres du personnel autorisés à utiliser un pistolet électrique doivent être présents lors de chaque quart de travail de 12 heures. Les Services correctionnels veilleront au respect permanent de celle-ci.

Recommandation #16

Veiller à ce que les clients et les membres du personnel aient accès à des travailleurs sociaux, à des services de santé mentale et à des services de traitement des dépendances.

Le Réseau de santé Horizon a répondu qu'il y a des travailleurs sociaux sur place pendant les heures normales de bureau dans les trois centres correctionnels du territoire du

Réseau de santé Horizon et dans la mesure du possible, les clients qui recevaient des services avant leur incarcération continuent à voir leur clinicien, en personne ou de façon virtuelle. Comme nous l'avons déjà indiqué, il y a du personnel infirmier sur place 16 heures par jour, sept jours par semaine.

Recommandation #17

Fournir sur place un accès à un dispositif d'immobilisation WRAP ou des produits semblables comme dispositif de remplacement aux menottes et aux chaînes.

Les Services correctionnels ont répondu que tous les établissements correctionnels disposent déjà d'un dispositif d'immobilisation WRAP, ou d'un autre produit semblable, comme dispositif de remplacement aux menottes et aux chaînes.

Recommandation #18

Donner la formation au personnel infirmier pour lui permettre d'effectuer, à un niveau reconnu et approuvé, un examen primaire pour orienter les prochaines mesures à prendre et aider à déterminer les menaces à la vie. Les formations sont les suivantes : intervenant médical d'urgence, soins intensifs post-réanimation cardiaque, cours International Trauma Life Support, premier intervenant médical.

Le Réseau de santé Horizon a répondu que le personnel infirmier est formé en soins immédiats en réanimation (ce qui comprend le RCR) et renouvelle sa certification annuellement. Les personnes qui travaillent dans certaines unités de soins de courte durée doivent suivre la formation en soins avancés en réanimation cardiaque, mais pas celles qui travaillent dans des unités ambulatoires ou de soins primaires comme les services de santé en établissement correctionnel.

Recommandation #19

Améliorer les compétences médicales des agents des services correctionnels. Puisqu'il n'y a pas de services infirmiers en tout temps, veiller à ce que les agents des services correctionnels aient les compétences requises pour détecter les maladies graves et fournir des interventions fondamentales de sauvetage efficaces. Il est recommandé que les agents des services correctionnels suivent une formation de premier intervenant médical (Ambulance Saint-Jean) et maintiennent leur certification. En attendant, tous les agents devraient suivre une formation en premiers soins et il faudrait tenir des dossiers de formation.

Les Services correctionnels ont répondu que les agents des services correctionnels reçoivent actuellement une formation en premiers soins de deux jours. Ils suivront dorénavant la formation de premier intervenant médical de cinq jours d'Ambulance Saint John. Tous les nouveaux cadets devront suivre cette formation dès leur entrée en fonction à Services correctionnels et tous les agents déjà en poste, dans tous les établissements, devront suivre la formation de premier intervenant médical de cinq jours d'ici deux ans.

Recommandation #20

Reconnaître que le délire agité ou d'autres signes de détresse, comme la difficulté à respirer, doivent être traités comme une urgence médicale. S'assurer que la directive précise que les services médicaux internes et les services d'urgence médicale doivent être appelés dès le début de l'incident. Lorsque le personnel infirmier n'est pas disponible, il faut appeler le 911 immédiatement.

Le Réseau de santé Horizon a répondu que le personnel infirmier des Services correctionnel est habituellement le premier à intervenir lorsque le personnel de JSP signale un cas de maladie, une urgence ou un traumatisme. Il est chargé d'apporter l'équipement d'urgence, de procéder à une évaluation complète et de déterminer si l'état du détenu nécessite un traitement d'urgence. Il donne des premiers soins ou des soins immédiats en réanimation en attendant l'arrivée des Services médicaux d'urgence. Si l'état du patient ne nécessite pas une visite à la salle d'urgence, l'infirmière peut communiquer avec un médecin ou une infirmière praticienne pour obtenir des directives.

Recommandation #21

Adopter un principe de recours minimal à la force après le menottage pour que les clients ne restent pas couchés sur leur ventre plus longtemps que nécessaire. Conformément aux pratiques exemplaires, ils devraient être assis ou couchés sur le côté le plus rapidement possible.

Les Services correctionnels ont répondu qu'ils ont mis à jour leur formation relative au recours à la force pour préciser que les clients soumis à un dispositif de contention doivent être couchés sur le côté ou en position assise. Le client fait l'objet d'une surveillance étroite et le dispositif de contention est retiré lorsque le client n'est plus une menace pour lui-même ou pour autrui.

Recommandation #22

Réutiliser la cagoule anti-crachat comme outil lorsqu'un client crache au visage d'un agent, avec la formation requise et la surveillance de son utilisation.

Les Services correctionnels ont répondu que les agents ont été formés pour gérer adéquatement ces situations et ont accès à de l'équipement de protection individuelle (EPI), comme des écrans faciaux, pour se protéger. La protection des agents à l'aide d'EPI s'est révélée plus efficace et moins restrictive que l'utilisation de cagoules à crachat, ce type de contention présentant un risque trop élevé pour les clients.

Selon des recherches, les cagoules à crachat peuvent augmenter le risque de blessures pour la personne à qui on la met et pourraient présenter un risque de suffocation. L'utilisation d'EPI réduit les risques pour toutes les personnes concernées.

Recommandation #23

Veiller à ce que la formation sur le système de commandement des interventions (SCI) soit fournie aux membres du personnel des Services correctionnels à l'échelle de la province afin que l'étendue des responsabilités et la chaîne de commandement soient bien établies.

Les Services correctionnels ont répondu que cette recommandation visent les Services correctionnels et le Réseau de santé Horizon et nécessitent la collaboration des deux entités pour le mise en œuvre en temps opportun en vue de garantir une plus grande sécurité pour tous les clients dont ils ont la charge.

Planification pour l'avenir

Le Réseau de santé Horizon a fourni de plus amples renseignements sur la planification future de ses activités. À la suite du rapport de 2018 du Bureau du vérificateur général sur les services de santé dans les établissements correctionnels, de nombreuses améliorations ont été apportées à la prestation des services aux clients. Des travailleurs sociaux sont maintenant disponibles pour intervenir en situation de crise et aider individuellement des clients ayant des besoins en matière de traitement des dépendances et de santé mentale. Le Réseau de santé Horizon tente d'accroître ses effectifs en personnel infirmier pour assurer la présence de deux membres du personnel par quart de travail. Le Réseau de santé Horizon travaille en collaboration avec le ministère de la Justice et de la Sécurité publique pour faciliter les transition des clients dans la collectivité en s'assurant qu'ils ont accès à toutes les ressources disponibles avant leur remise en liberté.

JAMES MARTIN

Une enquête sur le décès de James Martin a eu lieu les 8 et 9 novembre au palais de justice de Burton. M. Martin est décédé le 29 août 2019 à la suite de blessures subies dans l'exercice de ses fonctions pour le compte du ministère des Transports et de l'Infrastructure.

Les cinq membres du jury ont entendu huit témoins et formulé deux recommandations:

1. Tous les membres du personnel participant à la construction et à l'entretien de ponts doivent suivre une formation portant sur tous les aspects de la santé et de la sécurité connexes. Un système de responsabilisation doit être mis en place pour tous les membres du personnel qui ne respectent pas les normes.
2. Des inspections doivent avoir lieu chaque matin afin de repérer les dangers sur le chantier et de s'assurer que les mesures de sécurité nécessaires sont en place.

Les recommandations suivantes ont été formulées par le coroner président l'enquête :

3. Le ministère des Transports et de l'Infrastructure doit mettre en place une campagne de sensibilisation permanente concernant la culture de la sécurité sur les chantiers. S'ils remarquent quelque chose qui ne va pas, tous les membres du personnel, peu importe leur statut d'emploi (occasionnel, temps partiel, temps plein, ou contractuel), devraient être en état d'alerte et se sentir à l'aise de le signaler.
4. Le ministère doit clairement désigner à qui il incombe d'assigner les tâches sur le chantier et préciser que les fonctions ont été déléguées de façon officielle. Il sera ainsi possible de procéder à un suivi en bonne et due forme des tâches assignées.
5. Le ministère doit rédiger un manuel à jour sur la construction de ponts. Ce manuel devrait comprendre des consignes sur la sécurité du personnel. Les membres du personnel devraient suivre une formation sur réception du manuel, ainsi qu'un cours de recyclage chaque année.
6. Le ministère doit exiger que tous les membres du personnel travaillant sur un pont, peu importe leur statut d'emploi (occasionnel, à durée déterminée ou à temps plein), soient agréés et compétents pour le travail en hauteur.

Recommandation #1

Tous les membres du personnel participant à la construction et à l'entretien de ponts doivent suivre une formation portant sur tous les aspects de la santé et de la sécurité connexes. Un système de responsabilisation doit être mis en place pour tous les membres du personnel qui ne respectent pas les normes.

Le ministère des Transports et de l'infrastructure (MTI) a répondu que, depuis 2018, les nouveaux employés sont tenus de participer à séance d'orientation sur la santé et la sécurité et les employés doivent suivre une mise à jour chaque année. Le MTI a travaillé à l'élaboration d'un système de responsabilisation pour pouvoir intervenir lorsque quelqu'un ne respecte pas les exigences de formation. À cet effet, la Division des transports a élaboré une grille pour faire le suivi de la formation des employés.

Recommandation #2

Des inspections doivent avoir lieu chaque matin afin de repérer les dangers sur le chantier et de s'assurer que les mesures de sécurité nécessaires sont en place.

Le ministère des Transports et de l'infrastructure a répondu qu'en septembre 2018, le MTI a instauré à l'échelle du Ministère un programme d'évaluation des risques inspiré des pratiques exemplaires du milieu. Le programme comprend l'évaluation des risques professionnels réalisée par un surveillant avant le début des travaux et l'évaluation des risques sur le terrain par l'équipe sur place avant d'entreprendre les tâches. Ces outils ont pour but de recenser et d'atténuer les risques propres à un chantier et à une tâche à un endroit en particulier et à communiquer les risques et les mesures d'atténuation.

L'équipe de santé et sécurité du MTI effectue des vérifications périodiques et donne régulièrement des conseils sur la bonne documentation des évaluations.

Recommandation #3

Le ministère des Transports et de l'Infrastructure doit mettre en place une campagne de sensibilisation permanente concernant la culture de la sécurité sur les chantiers. S'ils remarquent quelque chose qui ne va pas, tous les membres du personnel, peu importe leur statut d'emploi (occasionnel, temps partiel, temps plein, ou contractuel), devraient être en état d'alerte et se sentir à l'aise de le signaler.

Le ministère des Transports et de l'Infrastructure a répondu qu'en 2022, le MTI a établi sa vision, sa mission et ses valeurs. La sécurité est comprise dans les cinq valeurs. Au MTI, fournir la bonne formation et les bonnes ressources pour protéger les employés et assurer la sécurité du public est une responsabilité commune. Ces valeurs ont été mises en avant et sont affichées sur les chantiers du MTI.

Qui plus est, le programme d'évaluation des risques du MTI, qui comprend l'évaluation des risques professionnels et des chantiers, met l'accent sur une culture de la sécurité et prévoit une révision quotidienne des risques du chantier.

Notons également qu'une vidéo enregistrée à la suite du décès de M. Martin a été visionnée par les employés et qu'elle a été intégrée à l'orientation sur la santé et la sécurité du MTI. La vidéo souligne l'importance de la sécurité sur les chantiers et a été préparée avec la famille et les collègues de M. Martin.

Pour faciliter le signalement de risques et de conditions dangereuses, le MTI a développé avec l'aide de Service Nouveau-Brunswick une application mobile pour le signalement en ligne des dangers. Les employés peuvent ainsi signaler au moyen de leur appareil mobile les risques et les dangers et suivre l'état d'avancement, le suivi et les tendances.

Recommandation #4

Le ministère doit clairement désigner à qui il incombe d'assigner les tâches sur le chantier et préciser que les fonctions ont été déléguées de façon officielle. Il sera ainsi possible de procéder à un suivi en bonne et due forme des tâches assignées.

Le ministère des Transports et de l'Infrastructure a répondu que le programme d'évaluation des risques du MTI, qui comprend l'évaluation des risques professionnels et des chantiers, met l'accent sur une culture de la sécurité et prévoit une révision quotidienne des risques du chantier. Cette procédure bien établie sert à garantir que les employés sont informés des risques associés à leurs tâches quotidiennes. Par ailleurs, toutes les équipes de travail participent aux réunions informelles sur la sécurité. Chacun y est informé de ses tâches pour la journée.

Recommandation #5

Le ministère doit rédiger un manuel à jour sur la construction de ponts. Ce manuel devrait comprendre des consignes sur la sécurité du personnel. Les membres du personnel devraient suivre une formation sur réception du manuel, ainsi qu'un cours de recyclage chaque année.

Le ministère des Transports et de l'infrastructure ont répondu qu'en 2022, le MTI a révisé le contenu du Manuel d'entretien des ponts et en a remanié la structure pour y inclure des références et liens sur les pratiques de travail sécuritaire, les procédures et les évaluations des risques professionnels. Le MTI prévoit de donner une nouvelle formation sur le Manuel au début de la prochaine saison des travaux de construction. Depuis 2018, les nouveaux employés sont tenus de suivre une formation sur la santé et sécurité et il y a une mise à jour annuelle pour tous les employés.

Recommandation #6

Le ministère doit exiger que tous les membres du personnel travaillant sur un pont, peu importe leur statut d'emploi (occasionnel, à durée déterminée ou à temps plein), soient agréés et compétents pour le travail en hauteur.

Le ministère des Transports et de l'infrastructure on répondu qu'en vertu du *Règlement 91-191* du Nouveau-Brunswick, tout employé qui doit travailler en hauteur doit suivre une formation. Le programme d'évaluation des risques du MTI, qui comprend l'évaluation des risques professionnels et des chantiers, aide les employés à comprendre les risques de leurs tâches quotidiennes. Le MTI a révisé son code de directives pratiques pour les employés qui doivent travailler en hauteur. Il aborde notamment l'utilisation d'échelles et d'échafaudages et les travaux réalisés au-dessus de l'eau.

COMITÉ D'EXAMEN DES DÉCÈS D'ENFANTS

Le Comité d'examen des décès d'enfants a été établi en 1997 en tant que comité consultatif auprès du ministre responsable de la protection de l'enfance. On s'attendait à ce que des spécialistes externes examinent les dossiers et offrent des conseils au ministre de façon indépendante sur la justesse des affaires, les liens et la coordination des services et fassent des recommandations pour améliorer les services et prévenir de futurs décès.

Le mandat du gouvernement du Nouveau-Brunswick de 2006 a déterminé que le processus du Comité d'examen des décès d'enfant serait transféré au Bureau du coroner en chef. En 2022, le rôle du Comité d'examen des décès d'enfants a été établi dans la *Loi sur les coroners*.

Le Comité d'examen des décès d'enfants examine les décès de toutes les personnes de moins de 19 ans dont le décès a fait l'objet d'une enquête du coroner, ainsi que des personnes de moins de 19 ans qui ont été prises en charge par le ministère du Développement social ou dont la famille a été en contact avec ce ministère dans les 12 mois avant le décès.

Les objectifs du Comité sont les suivants :

- Examiner le mode et la cause du décès;
- Déterminer si les protocoles, politiques, procédures, normes et lois sont pertinents et ont été respectés;
- Déterminer si les liens entre les services et la coordination des services avec les parties concernées sont suffisants et adéquats;
- Formuler des recommandations pour apporter des améliorations qui permettront de prévenir d'autres décès et d'améliorer la santé, la sécurité et le mieux-être des enfants du Nouveau-Brunswick;
- Déposer un rapport écrit dans un délai de 60 jours à compter de la date où le coroner en chef soumet le dossier.

Puisque les enquêtes du coroner, de la pathologie et de la police peuvent se poursuivre au-delà de l'année civile, les rapports sont souvent rédigés qu'un à trois ans après le décès.

En 2022, le Comité a examiné 18 décès survenus de 2020 à 2022. Dans la majorité des cas qui s'agissait de morts naturelles ou lorsqu'aucune agence n'était impliquée avec l'enfant, le Comité n'a fait aucune recommandation.

Date du rapport	Données démographiques	Dossier du coroner (DC)/Implication du ministère du Développement social (DS)	Classification	Cause du décès	Recommandation et réponse
27 septembre 2022	Garçon de 7 semaines	DC	Cause naturelle	Retard staturo-pondéral et	Aucune recommandation

				anomalies génétiques sous-jacentes	
13 juin 2022	Fille de 16 ans	DC	Suicide	Toxicité médicamenteuse	Recommandation de tenir une enquête et enquête tenue du 6 au 8 novembre 2023
25 août 2022	Fille de 12 ans	DC/DS	Origine inconnue	Blessures au cou causées par un coup asséné avec un objet tranchant	Recommandation de tenir une enquête et enquête policière en cours
26 avril 2022	Fille de 10 ans	DC	Cause naturelle	Myocardite sévère avec œdème cérébral et congestion pulmonaire	Aucune recommandation
25 octobre 2022	Fille de 12 ans	DS	Cause naturelle	Tachycardie ventriculaire polymorphique catécholergique (cause plausible avancée par l'hôpital IWK)	Aucune recommandation
27 septembre 2022	Garçon de 14 ans	DC	Accident	Multiplés traumatismes contondants causés par le capotage d'un VTT	Aucune recommandation
27 septembre 2022	Fille de 15 ans	DC	Cause naturelle	Perforation de viscères creux contenant du gaz (estomac)	Aucune recommandation
27 septembre 2022	Garçon de 16 ans	DC	Accident	Multiplés traumatismes contondants causés par un accident de la route	Aucune recommandation
15 septembre 2022	Fille de 22 mois	DS	Cause naturelle	Rupture intestinale entraînant une infection de la cavité péritonéale	Aucune recommandation
31 mars 2022	Garçon de 18 ans	DC/DS	Suicide	Asphyxie faisant suite à une noyade	Aucune recommandation
27 septembre 2022	Garçon de 1 jour	DC	Cause naturelle	Dystocie sévère des épaules secondaire à une macrosomie fœtale et à un diabète de type I	Aucune recommandation
27 septembre 2022	Fille de 1 mois	DC	Cause naturelle	Trisomie 18 (syndrome d'Edwards)	Aucune recommandation
14 septembre 2022	Bébé de 7 semaines	DC	Cause naturelle	Prématurité	Aucune recommandation
15 septembre 2022	Garçon de zéro jour	DC	Cause naturelle	Arrêt cardiaque secondaire à un décollement du placenta survenu avant l'accouchement, à la 19 ^e semaine de gestation	Aucune recommandation

28 septembre 2022	Fille de 3 mois	DS	Cause naturelle	Complications de malformations cardiaques	Aucune recommandation
15 septembre 2022	Garçon de 2 semaines	DS	Cause naturelle	Complications à la suite d'une naissance prématurée (décès à l'hôpital IWK)	Aucune recommandation
5 mai 2022	Fille de 14 ans	DC/DS	Cause naturelle	Trouble épileptique avec un facteur contributif de pneumonie lymphocytaire	Aucune recommandation
28 septembre 2022	Fille de 15 ans	DS	Cause naturelle	Complications dues à la glycosylation congénitale de type 1 et à un trouble épileptique	Aucune recommandation

Dans deux des dossiers examinés en 2022, le Comité a recommandé qu'une enquête ait lieu en raison de la complexité de l'affaire :

- La première affaire est celle d'un jeune dont le mode de décès n'a pas été déterminé et, à la suite de la recommandation, l'enquête policière a été rouverte. Une enquête n'aura pas lieu pour cette affaire.
- La seconde affaire est celle de Lexi Daken qui s'est suicidée le 24 février 2021. Selon la recommandation du Comité, une enquête a eu lieu à la faculté de droit de l'Université du Nouveau-Brunswick à Fredericton les 6 et 7 novembre 2023. Les recommandations et les réponses de l'agence à cette enquête seront publiées dans le rapport annuel de 2023.

COMITÉ D'EXAMEN DE LA MORTALITÉ LIÉE À LA VIOLENCE FAMILIALE

Le Comité d'examen de la mortalité liée à la violence familiale a été mis sur pied en 2009 et son rôle a été établi dans la loi en 2022. Le Comité examine les décès des personnes décédées dans un contexte de violence conjugale et formule des recommandations pour mieux prévenir de tels décès dans des circonstances similaires. Le Comité est présidé par le coroner en chef adjoint et est composé de spécialistes des domaines de l'application de la loi, des poursuites publiques, de la santé, de l'enseignement universitaire, de la recherche et de la prestation des services, ainsi que de membres du gouvernement et des Premières Nations.

On entend par décès lié à la violence familiale un homicide ou un suicide qui résulte de violence entre des partenaires intimes ou d'ex-partenaires intimes et qui peut inclure le décès d'un enfant ou d'autres membres de la famille.

Le Comité effectue un examen multidisciplinaire confidentiel des décès liés à la violence familiale. Il a créé et tient une base de données exhaustive sur les auteurs de violence conjugale ayant causé la mort, leurs victimes et les circonstances du décès. Il contribue à définir les facteurs systémiques, les problèmes, les faiblesses ou les lacunes par rapport à chaque dossier et peut formuler des recommandations pertinentes en matière de prévention. Il aide à cerner les tendances, les facteurs de risque et les éléments communs des affaires examinées pour recommander des stratégies efficaces d'intervention et de prévention.

Les recommandations du Comité sont présentées au ministre, déposées devant l'Assemblée législative au moyen du processus d'établissement des rapports annuels et remises aux agences appropriées pour qu'elles puissent y répondre.

Il y a eu deux décès liés à la violence familiale en 2021, **mais le Comité n'a pas examiné ces cas en 2022**. Le Comité d'examen de la mortalité liée à la violence familiale ne peut pas procéder lorsqu'il y a encore des enquêtes et des procédures judiciaires en cours. Les rapports sur ces décès devraient être rendus publics en 2023 ou en 2024.

Il n'y a eu aucun décès lié à la violence familiale au Nouveau-Brunswick en 2022.