



Le Bureau du Coroner en Chef

RAPPORT ANNUEL 2023

Rapport annuel 2023

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

Mars 2025

Couverture :

Service Nouveau-Brunswick

Photocomposition :

Le bureau du coroner en chef

Imprimerie et reliure :

Service Nouveau-Brunswick

ISBN 978-1-4605-4194-4

ISSN 0848-5666

Imprimé au Nouveau-Brunswick

L'honorable Robert Gauvin
Ministère de la Sécurité publique
Fredericton
Province du Nouveau-Brunswick

Monsieur le Ministre,

J'ai l'honneur de vous présenter le cinquante-deuxième rapport annuel du coroner en chef pour la période du 1^{er} janvier 2023 au 31 décembre 2023 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 | 6 |
| Survol historique | 6 |
| Origine de la fonction de coroner | 6 |
| Le système des coroners du Nouveau-Brunswick | 7 |
| Structure administrative..... | 7 |
| Déclaration | 7 |
| Pouvoirs d'enquête du Service des coroners..... | 7 |
| But de l'investigation | 8 |
| La décision de mener une enquête | 8 |
| Résumé..... | 9 |
| Résumé statistique des investigations menées à la suite de décès | 9 |
| Tableau « A.1 » - Nombre total de décès par catégorie | 11 |
| Tableau « A.2 » - Nombre total de décès par mois | 12 |
| Tableau « A.3 » - Nombre total de décès par circonscription judiciaire..... | 13 |
| Tableau « B.1 » - Morts accidentelles par groupe d'âge, sexe et circonscription judiciaire..... | 14 |
| Tableau « B.2 » - Morts accidentelles par groupe d'âge, sexe et facteur de mortalité..... | 15 |
| Tableau « B.3 » - Morts accidentelles par groupe d'âge, sexe et lieu de l'incidence | 19 |
| Tableau « C.1 » - Morts par suicide par groupe d'âge, sexe et circonscription judiciaire | 23 |
| Tableau « C.2 » - Morts par suicide par groupe d'âge, sexe et facteur de mortalité | 24 |

| | |
|---|-----------|
| Tableau « C.3 » - Morts par suicide par groupe d'âge, sexe et lieu de l'incidence | 26 |
| Tableau « D.1 » - Morts par homicide par groupe d'âge, sexe et circonscription judiciaire | 28 |
| Tableau « D.2 » - Morts par homicide par groupe d'âge, sexe et facteur de mortalité | 29 |
| Tableau « D.3 » - Morts par homicide par groupe d'âge, sexe et lieu de l'incidence | 30 |
| Tableau « E.1 » - Morts naturelles par groupe d'âge, sexe et circonscription judiciaire | 31 |
| Tableau « E.2 » - Morts naturelles par groupe d'âge, sexe et par facteur de mortalité..... | 32 |
| Tableau « E.3 » - Morts naturelles par groupe d'âge, sexe et lieu de l'incidence | 34 |
| Tableau « F.1 » - Décès d'origine inconnue par groupe d'âge, sexe et circonscription judiciaire | 37 |
| Tableau « F.2 » - Décès d'origine inconnue par groupe d'âge, sexe et facteur de mortalité..... | 38 |
| Tableau « F.3 » - Décès d'origine inconnue par groupe d'âge, sexe et lieu de l'incidence | 39 |
| Tableau « F » - Décès d'origine inconnue..... | 40 |
| Résumé des enquêtes et des recommandations | 42 |
| Troy Bourque..... | 42 |
| Hillary Hooper.....; | 44 |
| Skyler Brent Sappier-Solomon | 53 |
| Bruce Lagace..... | 63 |
| Lexi Daken | 64 |
| Ryan Andrew Nolan | 69 |
| William Russell | 72 |
| Daniel Moore | 74 |
| Travail du Comité d'examen des décès d'enfants..... | 79 |

Travail du Comité d'examen de la mortalité liée à la violence familiale.....87

NOTRE MISSION

Le Service des coroners est un organisme indépendant avec une 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 aussi des enquêtes public pour l'intérêt de celui-ci. 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

Le bureau du 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 et non a des procédures accusatoires ou contradictoires.

Tous les coroners du Nouveau-Brunswick on reçue comme instruction 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 supervision du service est assurée par le coroner en chef qui est assisté de deux (2) chefs adjoints (opérations et administration).

Les sept 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 sept coroners régionaux, environ 35 coroners communautaires, employés rémunérés à l'acte, qui ont de l'expérience dans le domaine des enquêtes, offrent leurs services d'investigation principalement les soirs et les fins de semaine dans toute la province.

Les coroners régionaux fournissent un soutien aux coroners responsables des investigations, 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. 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.

L'identification d'un décès comme un cas de « type II », qui nécessite une attention particulière d'un médecin légiste, entraîne le recours au service médico-légal et exige que le corps soit transporté à Saint John pour l'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 notre mandat 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 public

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 public.

Le coroner en chef peut ordonner que l'on enquête publiquement 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 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 Loi sur les coroners a été modifiée à nouveau en 2023 de façon à obliger la tenue d'enquêtes dans le cas de décès mettant en cause la police, de décès dus à des causes non naturelles en détention et de décès attribuables à des causes non naturelles dans des établissements psychiatriques.

La tenue de l'enquête a pour effet d'attirer l'attention de la population sur les facteurs qui contribue au 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 faite suite a une enquête public aux personnes, organismes et ministères concernés.

Résumé

Environ 22 pour cent des quelques 8 000 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 35 pour cent des cas alors que moins d'un pour cent nécessite une enquête du coroner sur les décès.

Pour la période de temps couverte par ce rapport, la registraire générale des statistiques de l'état civil a rapporté 8 664 décès dans la province dont 1 837 ou 21.2 pour cent ont été signalés aux coroners. En comparaison, pour l'exercice précédent, 9 110 décès sont survenus dans la province dont 2 027 ou 22.3 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 2023.

Les rapports annuels du coroner en chef sont publiés une fois par année civile de façon à concorder avec les rapports statistiques publiés par les autres coroners et médecins légistes d'un bout à l'autre du Canada. Il est ainsi plus facile de partager les données et de les comparer avec celles d'autres organismes provinciaux et fédéraux.

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 classification **d'homicide** dans une enquête du coroner, public ou non, est définie comme tout cas de décès d'une personne par les actions d'une autre personne. Elle n'implique pas de culpabilité, ce qui ne relève pas du mandat du coroner ou du jury d'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 01.01.2023 au 31.12.2023

| Catégorie de décès | Nombre de décès | % de décès | Taux d'incidence par 100,000 habitants | Autopsies | % de la catégorie de décès |
|----------------------|-----------------|------------|--|-----------|----------------------------|
| Naturel | 1,296 | 70.5 | 155 | 398 | 30.7 |
| Accidentel | 394 | 21.4 | 47 | 218 | 55.3 |
| Suicide | 134 | 7.3 | 16 | 27 | 20.1 |
| Homicide | 8 | 0.4 | 1 | 8 | 100.0 |
| Cause Non Déterminée | 5 | 0.3 | 1 | 4 | 80.0 |
| Total | 1,837 | 100.0 | 220 | 655 | 35.7 |

NOTE : Basé sur les estimés de population après de le recensement de Statistiques Canada de 834,691 pour les divisions du N.-B. préparé par le conseil des Finances et du Trésor le 28 octobre 2024.

Sommaire Provincial - Nombre De Décès Examinés Par Catégorie, Par Mois - Tableau A-2

Du 01.01.2023 au 31.12.2023

| Classification | Jan | Fév | Mar | Avril | Mai | Juin | Juil | Août | Sept | Oct | Nov | Déc | Total |
|----------------------|-----|-----|-----|-------|-----|------|------|------|------|-----|-----|-----|-------|
| Naturel | 138 | 103 | 115 | 104 | 116 | 95 | 98 | 88 | 109 | 102 | 105 | 123 | 1,296 |
| Accidentel | 44 | 31 | 33 | 40 | 34 | 21 | 39 | 26 | 29 | 28 | 32 | 37 | 394 |
| Suicide | 8 | 10 | 4 | 13 | 13 | 13 | 17 | 11 | 16 | 11 | 10 | 8 | 134 |
| Homicide | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 4 | 0 | 0 | 8 |
| Cause Non Déterminée | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 5 |
| Total | 191 | 144 | 154 | 157 | 163 | 130 | 155 | 126 | 154 | 146 | 149 | 168 | 1,837 |

Nombre De Décès Examinés Par Circonscription Judiciaire - Tableau A-3

Du 01.01.2023 au 31.12.2023

| | Circonscriptions judiciaires | | | | | | | | |
|---|------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | Bathurst | Campbellton | Edmundston | Fredericton | Miramichi | Moncton | Saint John | Woodstock | Province |
| Nombre | 171 | 83 | 159 | 260 | 160 | 548 | 402 | 54 | 1,837 |
| Naturel | 116 | 60 | 110 | 189 | 106 | 378 | 299 | 38 | 1,296 |
| Accidentel | 35 | 17 | 27 | 50 | 37 | 138 | 79 | 11 | 394 |
| Suicide | 20 | 6 | 21 | 19 | 14 | 28 | 21 | 5 | 134 |
| Homicide | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 2 | 0 | 8 |
| Cause Non Déterminée | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 5 |
| % de cas par rapport au total provincial | 9% | 5% | 9% | 14% | 9% | 30% | 22% | 3% | 100% |
| Taux de mortalité par 100 000 habitants | 211.6 | 262.6 | 374.8 | 166.4 | 336.2 | 217.1 | 217.6 | 140.3 | 220.1 |
| Naturel | 142.9 | 189.8 | 259.3 | 121.0 | 222.8 | 149.8 | 161.9 | 98.7 | 155.3 |
| Accidentel | 43.1 | 53.8 | 63.6 | 32.0 | 77.8 | 54.7 | 42.8 | 28.6 | 47.2 |
| Suicide | 24.6 | 19.0 | 49.5 | 12.2 | 29.4 | 11.1 | 11.4 | 13.0 | 16.1 |
| Homicide | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.6 | 4.2 | 1.2 | 1.1 | 0.0 | 1.0 |
| Cause Non Déterminée | 0.0 | 0.0 | 2.4 | 0.6 | 2.1 | 0.4 | 0.5 | 0.0 | 0.6 |
| Total de décès par trauma (accident, suicide, homicide) | 55 | 23 | 48 | 70 | 53 | 169 | 102 | 16 | 536 |
| Taux d'incidence par 100 000 habitants | 67.7 | 72.8 | 113.1 | 44.8 | 111.4 | 67.0 | 55.2 | 41.6 | 64.2 |

Sommaire Provincial - Morts Accidentelles Par Groupe D'âge, Sexe Et Circonscriptions Judiciaires - Tableau B-1
 Du 2023.01.01 au 2023.12.31

| Circonscriptions Judiciaires | 0 - 19 | | 20 - 30 | | 31 - 40 | | 41 - 50 | | 51-60 | | 61-70 | | Plus de 70 | | Total hommes | Total femmes | Total | % par catégorie | Autopsies | % par catégorie |
|------------------------------|----------|---|---------|---|---------|----|---------|---|-------|---|-------|---|------------|----|--------------|--------------|-------|-----------------|-----------|-----------------|
| | H | F | H | F | H | F | H | F | H | F | H | F | H | F | | | | | | |
| | Bathurst | 0 | 2 | 4 | 1 | 2 | 0 | 4 | 1 | 2 | 3 | 3 | 2 | 8 | | | | | | |
| Campbellton | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 1 | 0 | 2 | 0 | 3 | 1 | 2 | 2 | 12 | 5 | 17 | 4.3 | 11 | 5 |
| Edmundston | 0 | 0 | 2 | 0 | 4 | 1 | 3 | 2 | 1 | 0 | 2 | 0 | 6 | 6 | 18 | 9 | 27 | 6.9 | 13 | 6 |
| Fredericton | 0 | 0 | 3 | 1 | 4 | 3 | 3 | 1 | 7 | 2 | 4 | 1 | 15 | 6 | 36 | 14 | 50 | 12.7 | 30 | 13.8 |
| Miramichi | 1 | 0 | 3 | 0 | 4 | 3 | 2 | 2 | 5 | 0 | 4 | 1 | 8 | 4 | 27 | 10 | 37 | 9.4 | 22 | 10.1 |
| Moncton | 2 | 1 | 12 | 3 | 9 | 10 | 14 | 0 | 17 | 6 | 8 | 5 | 25 | 26 | 87 | 51 | 138 | 35 | 62 | 28.4 |
| Saint John | 2 | 1 | 4 | 2 | 8 | 8 | 11 | 6 | 7 | 5 | 9 | 4 | 4 | 8 | 45 | 34 | 79 | 20.1 | 57 | 26.1 |
| Woodstock | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 3 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 9 | 2 | 11 | 2.8 | 9 | 4.1 |
| Hommes | 8 | | 29 | | 34 | | 41 | | 42 | | 34 | | 69 | | 257 | | 394 | 100 | 218 | 55.3 |
| % Total - Hommes | 2 | | 7.4 | | 8.6 | | 10.4 | | 10.7 | | 8.6 | | 17.5 | | 65.2 | | | | | |
| Femmes | 4 | | 7 | | 27 | | 12 | | 16 | | 14 | | 57 | | 137 | | | | | |
| % Total - Femmes | 1 | | 1.8 | | 6.9 | | 3 | | 4.1 | | 3.6 | | 14.5 | | 34.9 | | | | | |
| Total par groupe | 12 | | 36 | | 61 | | 53 | | 58 | | 48 | | 126 | | | | | | | |
| % pour total de la catégorie | 3 | | 9.1 | | 15.5 | | 13.5 | | 14.7 | | 12.2 | | 32 | | | | | | | |

Sommaire Provincial - Morts Accidentelles Par Groupe D'âge, Sexe Et Facteur De Mortalité - Tableau B-2
 Du 01.01.2023 au 31.12.2023

| 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 | | | | | | |
| Combinaison drogue et alcool | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0.3 | 1 | 0.5 |
| Intoxication alcoolique | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 1 | 4 | 1 | 4 | 1.8 |
| Empoisonnement a l'alcool | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0.3 | 1 | 0.5 |
| Abus chronique d'alcool | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0.3 | 1 | 0.5 |
| Réaction allergique | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0.3 | 0 | 0 |
| Blessures d'animaux (morsures, coups, etc.). | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0.3 | 1 | 0.5 |
| Asphyxie | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 4 | 5 | 9 | 2.3 | 2 | 0.9 |
| Aspiration | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3 | 1 | 4 | 1 | 1 | 0.5 | |
| Traumatisme dû à un objet contondant - accidentel | 0 | 2 | 3 | 1 | 0 | 5 | 1 | 0 | 4 | 0 | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 | 12 | 28 | 7.1 | 16 | 7.3 |
| Traumatisme dû à un objet contondant | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0.5 | 2 | 0.9 | |
| Brulure - Acid Caustique | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0.3 | 1 | 0.5 | |

| 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 | | | | | | |
| Brûlures – par chaleur | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 3 | 0 | 5 | 0 | 5 | 1.3 | 2 | 0.9 |
| Empoisonnement au monoxyde de carbone | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 6 | 0 | 6 | 1.5 | 6 | 2.8 |
| Utilisation chronique de médicaments prescrits | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0.5 | 1 | 0.5 |
| Écrasé et/ou enterré | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 3 | 1 | 4 | 1 | 2 | 0.9 |
| Noyade – Eau recouverte de glace | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0.3 | 1 | 0.5 |
| Noyade - en eau libre | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 4 | 0 | 8 | 0 | 8 | 2 | 4 | 1.8 |
| Noyade - autre - marais - barrage, etc. | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0.5 | 2 | 0.9 |
| Noyade – étang/carrière | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0.3 | 1 | 0.5 | |
| Noyade – Piscine privée | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0.3 | 1 | 0.5 |
| Drogues du rue | 1 | 1 | 10 | 3 | 12 | 12 | 18 | 3 | 12 | 1 | 5 | 1 | 0 | 0 | 58 | 21 | 79 | 20.1 | 64 | 29.4 |
| Drogue | 0 | 0 | 2 | 1 | 8 | 4 | 4 | 2 | 6 | 9 | 4 | 3 | 1 | 1 | 25 | 20 | 45 | 11.4 | 42 | 19.3 |
| Hypothermie | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 2 | 2 | 4 | 3 | 7 | 1.8 | 5 | 2.3 |
| Chute ou saut – niveau différent, | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 3 | 1 | 4 | 5 | 10 | 6 | 16 | 4.1 | 4 | 1.8 |

| 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 | | | | | | |
| par exemple pont, bâtiment | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Chute ou saut - à partir du sol | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 3 | 1 | 3 | 0 | 33 | 35 | 40 | 37 | 77 | 19.5 | 5 | 2.3 |
| Incendie de bâtiments | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 1 | 4 | 2 | 6 | 1.5 | 6 | 2.8 |
| Incendie de véhicule | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0.5 | 2 | 0.9 |
| Maladie infectieuse | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0.3 | 0 | 0 |
| Procédure médicale | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0.3 | 0 | 0 |
| Décès naturel à la suite de maladie | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 4 | 4 | 6 | 10 | 2.5 | 2 | 0.9 |
| Objet obstruant la gorge et causant l'étouffement | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 4 | 0 | 4 | 1 | 0 | 0 |
| Asphyxie positionnelle | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 3 | 0.8 | 3 | 1.4 |
| Fusillade, carabine | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0.3 | 1 | 0.5 |
| Suffocation | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0.3 | 1 | 0.5 |
| Traumatisme dû à une collision de véhicule récréatifs | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 10 | 0 | 10 | 2.5 | 8 | 3.7 |
| Traumatisme à la suite du | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0.5 | 1 | 0.5 |

| 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 | | | | | | |
| renversement d'un véhicule récréatif | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Traumatisme dû à une collision de véhicule | 3 | 0 | 4 | 0 | 3 | 2 | 0 | 2 | 1 | 2 | 1 | 0 | 2 | 1 | 14 | 7 | 21 | 5.3 | 13 | 6 |
| Traumatisme à la suite du renversement d'un véhicule à moteur | 1 | 1 | 5 | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 13 | 4 | 17 | 4.3 | 9 | 4.1 |
| Traumatisme résultant d'une collision entre un véhicule à moteur et un piéton | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3 | 4 | 3 | 7 | 1.8 | 2 | 0.9 |
| Facteur de décès non déterminée | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0.3 | 0 | 0 |
| Hommes | 8 | | 29 | | 34 | | 41 | | 42 | | 34 | | 69 | | 257 | | | | | |
| Femmes | 4 | | 7 | | 27 | | 12 | | 16 | | 14 | | 57 | | 137 | | | | | |
| Total par groupe d'âge | 12 | | 36 | | 61 | | 53 | | 58 | | 48 | | 126 | | 394 | | 100 | 218 | 55.3 | |

Sommaire Provincial - Morts Accidentelles Par Groupe D'âge, Sexe Et Par Lieu De L'incidence - Tableau B-3
 Du 01.01.2023 au 31.12.2023

| Description de l'environnement | 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 - hors route publique | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0.5 | 2 | 0.9 |
| VTT conducteur - sur route publique | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 3 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 8 | 0 | 8 | 2 | 6 | 2.8 |
| VTT passage – sur route publique | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0.3 | 0 | 0 |
| Plage/rivage | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0.5 | 2 | 0.9 |
| Bateau - embarcation personnelle, jet ski, etc. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0.3 | 1 | 0.5 |
| Camping | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0.3 | 0 | 0 |
| Chauffeur de véhicules utilitaires - camion, taxi, autobus scolaire, etc. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0.3 | 0 | 0 |
| Détention dans un établissement fédéral | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0.3 | 1 | 0.5 |
| Détention-durant un transport | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0.3 | 1 | 0.5 |
| Ferme ou ranch | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0.3 | 1 | 0.5 |
| Foyer de soins spéciaux | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 4 | 2 | 6 | 8 | 2 | 2 | 0.9 |
| Salle d'urgence – personne vivante à l'arrivée | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0.5 | 1 | 0.5 |
| Salle d'opération | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0.3 | 0 | 0 |

| Description de l'environnement | 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 | | | | | | |
| | Autre l'hôpital (unité, soins intensifs, autres) | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 9 | | | | | | |
| Hôtel/Motel | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 0 | 5 | 1.3 | 2 | 0.9 |
| Intérieur du véhicule | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0.5 | 1 | 0.5 |
| A l'intérieur d'un bâtiment autre qu'une résidence (centre commercial, brasserie, restaurant) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 2 | 0.5 | 1 | 0.5 |
| Dans leur résidence ou sur la propriété | 0 | 3 | 9 | 4 | 12 | 15 | 22 | 8 | 23 | 12 | 22 | 11 | 34 | 29 | 122 | 82 | 204 | 51.8 | 126 | 57.8 |
| Route non publique – conducteur | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0.3 | 1 | 0.5 |
| Foyers de soins | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 13 | 8 | 13 | 21 | 5.3 | 0 | 0 |
| Océan | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0.5 | 0 | 0 |
| Motocyclette hors-route (motocross, etc.) | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0.3 | 1 | 0.5 |
| Eaux libres (fleuve, rivière, ruisseau, lac) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0.5 | 2 | 0.9 |
| Autre activité récréatives extérieure | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0.3 | 0 | 0 |
| Autre résidence ou propriété privée | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 5 | 3 | 8 | 2 | 6 | 2.8 |
| Bateau à moteur | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0.3 | 0 | 0 |
| Route publique - vélo (non motorisé) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0.3 | 1 | 0.5 |

| Description de l'environnement | 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 | | | | | | |
| | Route publique – conducteur | 4 | 0 | 9 | 0 | 4 | 6 | 2 | 2 | 3 | 1 | 3 | 1 | 3 | | | | | | |
| Route publique – motocycliste | 0 | 0 | 3 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 | 6 | 1.5 | 2 | 0.9 |
| Route publique - passager sur une motocyclette | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0.3 | 1 | 0.5 |
| Route publique – passager | 2 | 1 | 3 | 1 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 5 | 9 | 14 | 3.6 | 10 | 4.6 |
| Route publique – piéton | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 5 | 3 | 8 | 2 | 4 | 1.8 |
| A l'extérieur, en milieu rural (loin de bâtiments ou des résidences) | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 6 | 2 | 8 | 2 | 5 | 2.3 |
| Résidence pour personnes âgées | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 0.5 | 0 | 0 |
| Station-service, Garage, Mécanicien | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0.3 | 1 | 0.5 |
| Motoneige (hors d'une route publique) conducteur | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 3 | 0.8 | 3 | 1.4 |
| Motoneige (sur route publique) conducteur | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0.3 | 1 | 0.5 |
| Baignade – piscine privée | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 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 | 1 | 0 | 6 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 13 | 0 | 13 | 3.3 | 7 | 3.2 |
| Lieu de travail | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 5 | 0 | 5 | 1.3 | 2 | 0.9 |
| Hommes | 8 | | 29 | | 34 | | 41 | | 42 | | 34 | | 69 | | 257 | | | | | |

| Description de l'environnement | 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 | | | | | | |
| Femmes | | 4 | | 7 | | 27 | | 12 | | 16 | | 14 | | 57 | | 137 | | | | |
| Total par groupe d'âge | | 12 | | 36 | | 61 | | 53 | | 58 | | 48 | | 126 | | | 394 | 100 | 218 | 55.3 |

Sommaire Provincial - Suicide Par Groupe D'age, Sexe Et Circonscriptions Judiciaires - Tableau C-1

Du 01.01.2023 au 31.12.2023

| 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 | 1 | 2 | 0 | 2 | 1 | 5 | 0 | 2 | 1 | 3 | 1 | 16 | 4 | 20 | 14.9 | 0 | 0 |
| Campbellton | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 | 6 | 4.5 | 1 | 3.7 |
| Edmundston | 0 | 0 | 0 | 1 | 5 | 0 | 4 | 1 | 2 | 1 | 4 | 0 | 3 | 0 | 18 | 3 | 21 | 15.7 | 3 | 11.1 |
| Fredericton | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 | 3 | 0 | 5 | 2 | 2 | 1 | 0 | 0 | 14 | 5 | 19 | 14.2 | 8 | 29.6 |
| Miramichi | 0 | 0 | 2 | 0 | 4 | 0 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 10 | 4 | 14 | 10.4 | 3 | 11.1 |
| Moncton | 0 | 1 | 7 | 0 | 1 | 1 | 3 | 0 | 5 | 3 | 2 | 3 | 2 | 0 | 20 | 8 | 28 | 20.9 | 2 | 7.4 |
| Saint John | 0 | 0 | 2 | 1 | 4 | 1 | 4 | 1 | 4 | 0 | 2 | 0 | 1 | 1 | 17 | 4 | 21 | 15.7 | 7 | 25.9 |
| Woodstock | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 4 | 1 | 5 | 3.7 | 3 | 11.1 |
| Hommes | 2 | | 15 | | 18 | | 21 | | 24 | | 16 | | 9 | | 105 | | 134 | 100 | 27 | 20.1 |
| % Total - Hommes | 1.5 | | 11.2 | | 13.4 | | 15.7 | | 17.9 | | 11.9 | | 6.7 | | 78.3 | | | | | |
| Femmes | 2 | | 4 | | 3 | | 4 | | 7 | | 7 | | 2 | | 29 | | | | | |
| % Total - Femmes | 1.5 | | 3 | | 2.2 | | 3 | | 5.2 | | 5.2 | | 1.5 | | 21.6 | | | | | |
| Total par groupe | 4 | | 19 | | 21 | | 25 | | 31 | | 23 | | 11 | | | | | | | |
| % pour total de la catégorie | 3 | | 14.2 | | 15.7 | | 18.7 | | 23.1 | | 17.2 | | 8.2 | | | | | | | |

Sommaire Provincial - Suicide Par Groupe D'âge, Sexe Et Facteur De Mortalité - Tableau C-2

Du 01.01.2023 au 31.12.2023

| 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 | | | | | | |
| Asphyxie | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 0 | 5 | 0 | 6 | 0 | 3 | 3 | 2 | 0 | 22 | 5 | 27 | 20.1 | 3 | 11.1 |
| Asphyxie dû au déplacement d'oxygène (gas helium) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 1.5 | 0 | 0 |
| Traumatisme dû à un objet contondant | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0.7 | 1 | 3.7 |
| Empoisonnement au monoxyde de carbone - Gaz d'échappement d'un véhicule | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 1.5 | 0 | 0 |
| Coupures, coups de poignard | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 1.5 | 1 | 3.7 |
| Noyade - en eau libre | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 3 | 0 | 3 | 2.2 | 2 | 7.4 |
| Noyade - autre - marais - barrage, etc. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0.7 | 0 | 0 |
| Drogue | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | 3 | 3 | 0 | 1 | 0 | 2 | 5 | 8 | 13 | 9.7 | 7 | 25.9 |
| Chute ou saut - à partir de hauteurs différentes | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 4 | 3 | 2 | 7.4 |
| Pendaison | 1 | 1 | 8 | 1 | 8 | 3 | 6 | 2 | 7 | 2 | 3 | 1 | 3 | 0 | 36 | 10 | 46 | 34.3 | 4 | 14.8 |
| Autres gaz et vapeurs | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0.7 | 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 | | | | | | |
| Poison ou solvant | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0.7 | 0 | 0 |
| Fusillade, arme de poing | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 4 | 1 | 5 | 3.7 | 4 | 14.8 |
| Fusillade, carabine | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 2 | 1 | 3 | 0 | 3 | 1 | 1 | 0 | 13 | 2 | 15 | 11.2 | 2 | 7.4 |
| Fusillade, fusil de chasse | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 3 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 8 | 1 | 9 | 6.7 | 1 | 3.7 |
| Étranglement | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 1.5 | 0 | 0 |
| Hommes | 2 | | 15 | | 18 | | 21 | | 24 | | 16 | | 9 | | 105 | | | | | |
| Femmes | 2 | | 4 | | 3 | | 4 | | 7 | | 7 | | 2 | | 29 | | | | | |
| Total par groupe d'âge | 4 | | 19 | | 21 | | 25 | | 31 | | 23 | | 11 | | 134 | | 100 | 27 | 20.1 | |

Sommaire Provincial - Suicide Par Groupe D'age, Sexe Et Par Lieu De L'incidence - Tableau C-3

Du 01.01.2023 au 31.12.2023

| Description de l'environnement | 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 | | | | | | |
| Plage/côte | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0.7 | 0 | 0 |
| Cellule de détention policière | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0.7 | 0 | 0 |
| Foyer de soins spéciaux | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0.7 | 0 | 0 |
| Salle d'urgence – personne morte à l'arrivée | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0.7 | 0 | 0 |
| Hôtel/Motel | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 1.5 | 0 | 0 |
| Intérieur du véhicule | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0.7 | 1 | 3.7 |
| A l'intérieur d'un bâtiment autre qu'une résidence (centre commercial, brasserie, restaurant) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 1.5 | 0 | 0 |
| Dans une résidence ou sur la propriété | 2 | 0 | 11 | 3 | 12 | 2 | 15 | 3 | 21 | 4 | 10 | 6 | 6 | 2 | 77 | 20 | 97 | 72.4 | 16 | 59.3 |
| Eaux libres (fleuve, rivière, ruisseau, lac) | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 4 | 3 | 3 | 11.1 |
| Autre résidence/propriété privée | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 3 | 2.2 | 2 | 7.4 |
| Unité psychiatrique de l'hôpital | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0.7 | 0 | 0 |

| Description de l'environnement | 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 | | | | | | | |
| Route publique – conducteur | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0.7 | 1 | 3.7 | |
| Route publique – piéton | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0.7 | 0 | 0 | |
| A l'extérieur, en milieu rural (loin de bâtiments ou des résidences) | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 2 | 0 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 | 8 | 3 | 11 | 8.2 | 3 | 11.1 | |
| A l'extérieur, en milieu urbain - lieu public ou autre (pas un domicile) | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 1 | 5 | 3.7 | 1 | 3.7 | |
| Lieu de travail | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 1.5 | 0 | 0 | |
| Hommes | 2 | | 15 | | 18 | | 21 | | 24 | | 16 | | 9 | | 105 | | | | | | |
| Femmes | 2 | | 4 | | 3 | | 4 | | 7 | | 7 | | 2 | | 29 | | | | | | |
| Total par groupe d'âge | 4 | | 19 | | 21 | | 25 | | 31 | | 23 | | 11 | | 134 | | | | 100 | 27 | 20.1 |

Sommaire Provincial - Homicides Par Groupe D'age, Sexe Et Circonscriptions Judiciaires - Tableau D-1
 Du 01.01.2023 au 31.12.2023

| 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 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Campbellton | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 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 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 12.5 | 1 | 12.5 |
| Miramichi | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 25 | 2 | 25 |
| Moncton | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 37.5 | 3 | 37.5 |
| Saint John | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 25 | 2 | 25 |
| Woodstock | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Hommes | 0 | | 2 | | 2 | | 1 | | 0 | | 0 | | 0 | | 5 | | 8 | 100 | 8 | 100 |
| % Total - Hommes | 0 | | 25 | | 25 | | 12.5 | | 0 | | 0 | | 0 | | 62.5 | | | | | |
| Femmes | 0 | | 1 | | 1 | | 0 | | 1 | | 0 | | 0 | | 3 | | | | | |
| % Total - Femmes | 0 | | 12.5 | | 12.5 | | 0 | | 12.5 | | 0 | | 0 | | 37.5 | | | | | |
| Total par groupe | 0 | | 3 | | 3 | | 1 | | 1 | | 0 | | 0 | | | | | | | |
| % pour total de la catégorie | 0 | | 37.5 | | 37.5 | | 12.5 | | 12.5 | | 0 | | 0 | | | | | | | |

Sommaire Provincial - Homicides Par Groupe D'age, Sexe Et Facteur De Mortalite - Tableau D-2

Du 01.01.2023 au 31.12.2023

| 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 | | | | | | |
| Coupures, coups de poignard | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 25 | 2 | 25 |
| Traumatisme par force tranchante | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 12.5 | 1 | 12.5 |
| Fusillade, fusil de chasse | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 12.5 | 1 | 12.5 |
| Fusillade, arme non identifiée | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 25 | 2 | 25 |
| Traumatisme dû à une collision de véhicule | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 25 | 2 | 25 |
| Hommes | 0 | | 2 | | 2 | | 1 | | 0 | | 0 | | 0 | | 5 | | | | | |
| Femmes | 0 | | 1 | | 1 | | 0 | | 1 | | 0 | | 0 | | 3 | | | | | |
| Total par groupe d'âge | 0 | | 3 | | 3 | | 1 | | 1 | | 0 | | 0 | | | | 8 | 100 | 8 | 100 |

Sommaire Provincial - Homicides Par Groupe D'age, Sexe Et Par Lieu De L'incidence - Tableau D-3
 Du 01.01.2023 au 31.12.2023

| Description de l'environnement | 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'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur la propriété | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 1 | 4 | 50 | 4 | 50 |
| Route publique – motocycliste | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 12.5 | 1 | 12.5 |
| Route publique - passager sur une motocyclette | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 12.5 | 1 | 12.5 |
| A l'extérieur, en milieu urbain - lieu public ou autre (pas un domicile) | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 25 | 2 | 25 |
| Hommes | 0 | | 2 | | 2 | | 1 | | 0 | | 0 | | 0 | | 5 | | | | | |
| Femmes | 0 | | 1 | | 1 | | 0 | | 1 | | 0 | | 0 | | 3 | | | | | |
| Total par groupe d'âge | 0 | | 3 | | 3 | | 1 | | 1 | | 0 | | 0 | | | | 8 | 100 | 8 | 100 |

Sommaire Provincial - Morts Naturelles Par Groupe D'âge, Sexe Et Circonscriptions Judiciaires - Tableau E-1
 Du 01.01.2023 au 31.12.2023

| 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 | 0 | 2 | 4 | 11 | 1 | 12 | 12 | 41 | 28 | 71 | 45 | 116 | 9 | 28 | 7 |
| Campbellton | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 4 | 1 | 4 | 4 | 12 | 9 | 14 | 9 | 37 | 23 | 60 | 4.6 | 21 | 5.3 |
| Edmundston | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 6 | 2 | 4 | 1 | 25 | 15 | 31 | 23 | 68 | 42 | 110 | 8.5 | 23 | 5.8 |
| Fredericton | 0 | 1 | 1 | 1 | 3 | 3 | 5 | 1 | 16 | 4 | 31 | 24 | 66 | 33 | 122 | 67 | 189 | 14.6 | 74 | 18.6 |
| Miramichi | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 3 | 11 | 0 | 22 | 9 | 32 | 24 | 69 | 37 | 106 | 8.2 | 29 | 7.3 |
| Moncton | 1 | 3 | 2 | 0 | 8 | 5 | 11 | 6 | 28 | 13 | 63 | 29 | 110 | 99 | 223 | 155 | 378 | 29.2 | 101 | 25.4 |
| Saint John | 2 | 1 | 0 | 3 | 5 | 2 | 11 | 6 | 34 | 12 | 51 | 22 | 85 | 65 | 188 | 111 | 299 | 23.1 | 103 | 25.9 |
| Woodstock | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 9 | 2 | 7 | 0 | 11 | 6 | 29 | 9 | 38 | 2.9 | 19 | 4.8 |
| Hommes | 6 | | 6 | | 22 | | 43 | | 117 | | 223 | | 390 | | 807 | | | | | |
| % Total – Hommes | 0.5 | | 0.5 | | 1.7 | | 3.3 | | 9 | | 17.2 | | 30.1 | | 62.3 | | | | | |
| Femmes | 5 | | 5 | | 11 | | 24 | | 37 | | 120 | | 287 | | | 489 | 1296 | 100 | 398 | 30.7 |
| % Total - Femmes | 0.4 | | 0.4 | | 0.8 | | 1.9 | | 2.9 | | 9.3 | | 22.1 | | 37.8 | | | | | |
| Total par groupe | 11 | | 11 | | 33 | | 67 | | 154 | | 343 | | 677 | | | | | | | |
| % pour total de la catégorie | 0.8 | | 0.8 | | 2.5 | | 5.2 | | 11.9 | | 26.5 | | 52.2 | | | | | | | |

Sommaire Provincial - Morts Naturelles Par Groupe D'age, Sexe Et Facteur De Mortalite - Tableau E-2

Du 01.01.2023 au 31.12.2023

| 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 | | | | | | |
| Alcool | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0.1 | 0 | 0 |
| Traumatisme dû à un objet contondant – accidentel | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0.1 | 0 | 0 |
| Drogues du rue | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0.1 | 1 | 0.3 |
| Drogue | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0.1 | 1 | 0.3 |
| Exposition à la chaleur | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0.1 | 0 | 0 |
| Chute ou saut - à partir du sol | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 3 | 3 | 4 | 4 | 8 | 0.6 | 1 | 0.5 |
| Intervention médicale | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0.2 | 2 | 0.5 |
| Catastrophe naturelle | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0.1 | 0 | 0 |
| Décès naturel à la suite de maladie | 5 | 4 | 6 | 5 | 19 | 11 | 42 | 24 | 116 | 36 | 220 | 118 | 382 | 283 | 790 | 481 | 1271 | 98.1 | 384 | 96.5 |
| Aucune cause anatomique | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0.1 | 1 | 0.3 |
| Syndrome de décès soudain non-attendu | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0.1 | 1 | 0.3 |
| Traumatisme à la suite du renversement d'un véhicule à moteur | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0.1 | 1 | 0.3 |

| 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 | | | | | | |
| Facteur de décès non déterminée | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 3 | 0 | 5 | 1 | 6 | 0.5 | 6 | 1.5 |
| Hommes | 6 | | 6 | | 22 | | 43 | | 117 | | 223 | | 390 | | 807 | | | | | |
| Femmes | | 5 | | 5 | | 11 | | 24 | | 37 | | 120 | | 287 | | 489 | | | | |
| Total par groupe d'âge | 11 | | 11 | | 33 | | 67 | | 154 | | 343 | | 677 | | | | 1296 | 100 | 398 | 30.7 |

Sommaire Provincial - Morts Naturelles Par Groupe D'age, Sexe Et Par Lieu De L'incidence - Tableau E-3
 Du 01.01.2023 au 31.12.2023

| Description de l'environnement | 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 | | | | | | |
| Camping | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 3 | 0 | 3 | 0.2 | 1 | 0.3 |
| Chauffeur de véhicules utilitaires - camion, taxi, autobus scolaire, etc. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0.1 | 1 | 0.3 |
| Bateau de croisière | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0.1 | 0 | 0 |
| Établissement correctionnel fédéral | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0.2 | 0 | 0 |
| Établissement correctionnel fédéral | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0.1 | 1 | 0.3 |
| Centre pour sans abris | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0.1 | 1 | 0.3 |
| Foyer de soins spéciaux | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 4 | 2 | 5 | 4 | 11 | 8 | 19 | 1.5 | 4 | 1 |
| Salle d'urgence - personne morte à l'arrivée | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 1 | 3 | 0.2 | 2 | 0.5 |
| Salle d'urgence - personne vivante à l'arrivée | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 8 | 6 | 9 | 8 | 17 | 1.3 | 2 | 0.5 |
| Salle d'opération | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0.1 | 0 | 0 |
| Autres services à l'hôpital (unité, soins intensifs, autres) | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 3 | 0 | 3 | 4 | 7 | 11 | 16 | 20 | 36 | 2.8 | 7 | 1.8 |
| Hôtel/Motel | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 1 | 2 | 1 | 0 | 5 | 2 | 7 | 0.5 | 4 | 1 |

| Description de l'environnement | 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 | | | | | | |
| Intérieur du véhicule | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 3 | 0.2 | 0 | 0 |
| A l'intérieur d'un bâtiment autre qu'une résidence (centre commercial, brasserie, restaurant) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 4 | 1 | 5 | 0.4 | 1 | 0.3 |
| Course/jogging (extérieur) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0.1 | 1 | 0.3 |
| A l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur la propriété | 5 | 4 | 5 | 4 | 17 | 8 | 35 | 21 | 100 | 35 | 187 | 102 | 328 | 233 | 677 | 407 | 1084 | 83.6 | 346 | 86.9 |
| Route non-publique-conducteur | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0.1 | 1 | 0.3 |
| Foyers de soins | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3 | 21 | 25 | 23 | 28 | 51 | 3.9 | 0 | 0 |
| Autre activité récréative extérieure | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 5 | 0 | 5 | 0.4 | 2 | 0.5 |
| Autre résidence/propriété privée | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 7 | 0 | 7 | 0.5 | 3 | 0.8 |
| Route publique - vélo (non motorisé) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0.1 | 1 | 0.3 |
| Route publique - conducteur | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 | 1 | 0 | 7 | 0 | 7 | 0.5 | 4 | 1 |
| Route publique - motocycliste | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0.1 | 1 | 0.3 |
| Route publique - passager | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 3 | 2 | 5 | 0.4 | 3 | 0.8 |

| Description de l'environnement | 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 | | | | | | | |
| Route publique – piéton | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0.2 | 1 | 0.3 | |
| Chambre louée/maison de pension/maison de transition/foyer de groupe | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0.2 | 1 | 0.3 | |
| École – employé (enseignant, concierge, etc.) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0.1 | 1 | 0.3 | |
| Complexe pour personnes âgées | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 5 | 4 | 5 | 5 | 10 | 0.8 | 1 | 0.3 | |
| A l'extérieur, en milieu urbain - lieu public ou autre (pas un domicile) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 3 | 2 | 4 | 0 | 11 | 2 | 13 | 1 | 5 | 1.3 | |
| Lieu de travail | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 3 | 2 | 5 | 0.4 | 3 | 0.8 | |
| Hommes | 6 | | 6 | | 22 | | 43 | | 117 | | 223 | | 390 | | 807 | | | | | | |
| Femmes | 5 | | 5 | | 11 | | 24 | | 37 | | 120 | | 287 | | 489 | | | | | | |
| Total par groupe d'âge | 11 | | 11 | | 33 | | 67 | | 154 | | 343 | | 677 | | 1296 | | | | 100 | 398 | 30.7 |

Sommaire Provincial - Décès D'origine Inconnue Par Groupe D'age, Sexe Et Circonscriptions Judiciaires - Tableau F-1
 Du 01.01.2023 au 31.12.2023

| 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 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Campbellton | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Edmundston | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 20 | 1 | 25 |
| Fredericton | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 20 | 0 | 0 |
| Miramichi | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 20 | 1 | 25 |
| Moncton | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 20 | 1 | 25 |
| Saint John | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 20 | 1 | 25 |
| Woodstock | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Hommes | 2 | | 0 | | 2 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 4 | | 5 | 100 | 4 | 80 |
| % Total – Hommes | 40 | | 0 | | 40 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 80 | | | | | |
| Femmes | 0 | | 0 | | 0 | | 1 | | 0 | | 0 | | 0 | | 1 | | | | | |
| % Total - Femmes | 0 | | 0 | | 0 | | 20 | | 0 | | 0 | | 0 | | 20 | | | | | |
| Total par groupe | 2 | | 0 | | 2 | | 1 | | 0 | | 0 | | 0 | | | | | | | |
| % pour total de la catégorie | 40 | | 0 | | 40 | | 20 | | 0 | | 0 | | 0 | | | | | | | |

Sommaire Provincial - Décès D'origine Inconnue Par Groupe D'age, Sexe Et Facteur De Mortalite - Tableau F-2

Du 01.01.2023 au 31.12.2023

| 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 | | | | | | | |
| Asphyxie | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 20 | 1 | 25 | |
| Exposition au froid | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 20 | 1 | 25 | |
| Traumatisme dû à un objet contondant | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 20 | 1 | 25 | |
| Facteur de décès non déterminée | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 40 | 1 | 25 | |
| Hommes | 2 | | 0 | | 2 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 4 | | | | | | |
| Femmes | 0 | | 0 | | 0 | | 1 | | 0 | | 0 | | 0 | | 1 | | | | | | |
| Total par groupe d'âge | 2 | | 0 | | 2 | | 1 | | 0 | | 0 | | 0 | | 5 | | | | 100 | 4 | 80 |

Sommaire Provincial - Décès D'origine Inconnue Par Groupe D'age, Sexe Et Par Lieu De L'incidence - Tableau F-3
 Du 01.01.2023 au 31.12.2023

| Description de l'environnement | 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'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur la propriété | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 3 | 60 | 3 | 75 |
| Eaux libres (fleuve, rivière, ruisseau, lac) | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 20 | 0 | 0 |
| 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 | 20 | 1 | 25 |
| Hommes | 2 | | 0 | | 2 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 4 | | | | | |
| Femmes | 0 | | 0 | | 0 | | 1 | | 0 | | 0 | | 0 | | | 1 | | | | |
| Total par groupe d'âge | 2 | | 0 | | 2 | | 1 | | 0 | | 0 | | 0 | | | | 5 | 100 | 4 | 80 |

ANNEXE F

Décès indéterminés (Mode de décès impossible à déterminer)

Cinq décès ont été classés sous Causes indéterminées.

L'un d'eux est survenu dans la circonscription de Moncton :

Mode de décès : Causes indéterminées
Environnement : milieu rural extérieur (non aménagé ou près d'une résidence)
Groupe d'âge : de 31 à 40 ans
Sexe : masculin
Une autopsie a été pratiquée.

L'un d'eux est survenu dans la circonscription judiciaire d'Edmundston :

Mode de décès : Causes indéterminées
Environnement : intérieur, à la résidence ou sur la propriété
Groupe d'âge : de 41 à 50 ans
Sexe : féminin
Une autopsie a été pratiquée.

L'un d'eux est survenu dans la circonscription judiciaire de Fredericton :

Cas no 1
Mode de décès : Cause indéterminées
Environnement : milieu rural extérieur (non aménagé ou près d'une résidence), eau libre (rivière, lac, ruisseau)
Groupe d'âge : de 31 à 40 ans
Sexe : masculin
Un examen d'anthropologie médico-légale a été effectué.

L'un d'eux est survenu dans la circonscription judiciaire de Miramichi :

Cas no 1
Mode de décès : Causes indéterminées
Environnement : urgence hospitalière – décès constaté à l'arrivée; à l'intérieur, à la résidence ou sur la propriété
Groupe d'âge : de 0 à 19 ans
Sexe : masculin
Une autopsie a été pratiquée.

L'un d'eux est survenu dans la circonscription judiciaire de Saint-Jean :

Cas no 1

Mode de décès : Causes indéterminées

Environnement : urgence hospitalière – décès constaté à l'arrivée; à l'intérieur, à la résidence ou sur la propriété

Groupe d'âge : de 0 à 19 ans

Sexe : masculin

Une autopsie a été pratiquée.

Résumé des enquêtes public 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.

Ce rapport fournit les réponses reçues par le Bureau du coroner en chef en réaction aux recommandations formulées dans le cadre de ces enquêtes public. Les organismes ne sont pas tenus de répondre. Cependant, nous espérons que les recommandations formulées dans le cadre de ces enquêtes mèneront à des changements qui empêcheront que de tels décès se reproduisent.

Les recommandations formulées dans le cadre de huit enquêtes tenues en 2023, ainsi que les réponses d'organismes, se trouvent ci-dessous.

TROY BOURQUE

Une enquête obligatoire du coroner sur le décès de Troy Bourque eu lieu les 16 et 17 janvier 2023 à Saint John. M. Bourque est décédé le 10 octobre 2019 à la suite de blessures subies dans le cadre de son emploi chez Devon Lumber à Fredericton.

Les cinq membres du jury ont entendu 11 témoins et formulé les recommandations suivantes :

1. tenir des réunions formelles à toutes les semaines au sujet de la sécurité, offrir de la formation continue, et mener des inspections sur les lieux de travail à chaque mois;
2. créer un manuel qui contient les procédures opérationnelles normalisées et qui dicte les procédures à suivre en cas d'accident, de bris mécanique ou d'entretien; et
3. revoir où sont situés les arrêts d'urgence et l'équipement de sécurité, et revoir les procédures opérationnelles normalisées sur une base régulière avec tous les employés.

La recommandation suivante a été formulée par le coroner qui a présidé l'enquête:

4. Travail sécuritaire NB devrait continuer à miser sur les procédures de verrouillage et d'étiquetage lors des inspections de routine des scieries.

Recommandation #1

Tenir des réunions formelles à toutes les semaines au sujet de la sécurité, offrir de la formation continue, et mener des inspections sur les lieux de travail à chaque mois.

La réponse de Devon Lumber :

En plus de nous soumettre à l'inspection de notre lieu de travail par Travail sécuritaire NB, nous inspectons régulièrement notre équipement pendant les périodes d'arrêt ou lorsqu'il y a des changements à la scierie. Notre équipe chargée de l'entretien vérifie tous les aspects de l'équipement, tant sur le plan de la fonctionnalité que sur celui de la sécurité. Nos réunions hebdomadaires sur la sécurité sont informelles étant donné que nous sommes une petite équipe. Il est tout aussi productif de s'adresser à de petits groupes d'employés à la fois. Les employés qui participent à nos réunions mensuelles sur la sécurité font aussi partie de l'équipe chargée de l'entretien. Par conséquent, celle-ci et l'équipe de la direction sont toujours informées des problèmes avec l'équipement le cas échéant. De plus, notre guide de l'employé précise que tout problème soupçonné doit être immédiatement signalé au superviseur de la scierie sur place.

Recommandation #2

Créer un manuel qui contient les procédures opérationnelles normalisées et qui dicte les procédures à suivre en cas d'accident, de bris mécanique ou d'entretien.

La réponse de Devon Lumber :

Notre guide de l'employé est très complet et décrit les procédures opérationnelles normalisées à suivre en cas d'accident, de bris mécanique ou d'entretien. De surcroît, la procédure de verrouillage appropriée est indiquée sur tout l'équipement, selon l'usage qui est en fait.

Recommandation #3

Revoir où sont situés les arrêts d'urgence et l'équipement de sécurité, et revoir les procédures opérationnelles normalisées sur une base régulière avec tous les employés.

La réponse de Devon Lumber :

Nous revoyons l'emplacement des arrêts d'urgence lorsqu'il y a des changements à la scierie et lors des périodes d'arrêt pour les travaux d'entretien de même que lors des réunions mensuelles sur la sécurité. Par ailleurs, le bon fonctionnement

de tous les interrupteurs, notamment les boutons d'arrêt d'urgence et les modes de verrouillage, est vérifié par notre entrepreneur-électricien lors des mises à niveau de la scierie et des arrêts pour les travaux d'entretien.

Recommandation #4

Travail sécuritaire NB devrait continuer à miser sur les procédures de verrouillage et d'étiquetage lors des inspections de routine des scieries.

La réponse de Travail sécuritaire NB :

Travail sécuritaire NB appuie cette recommandation. Travail sécuritaire NB inspecte régulièrement les scieries et installations de ce genre. Lors des inspections, les agents de l'hygiène et de la sécurité au travail portent une attention particulière à la sécurité des machines, qui comprend non seulement les procédures d'étiquetage et de verrouillage, mais aussi la protection, la formation des employés qui les manœuvrent et l'entretien. Au cours des trois dernières années, 131 inspections ont été réalisées dans ce secteur et ont donné lieu à 16 ordonnances d'étiquetage et de verrouillage. Nous entendons continuer à concentrer nos ressources sur les procédures d'étiquetage et de verrouillage lors des inspections des scieries et des installations de ce genre.

HILLARY HOOPER

Une enquête du coroner sur le décès de Hillary Hooper a eu lieu du 13 au 15 mars 2024 à Saint John. Mme Hooper est décédée le 9 décembre 2020 à la suite d'un incident survenu alors qu'elle était patiente à l'hôpital.

Les cinq membres du jury ont entendu 16 témoins et formulé les recommandations suivantes :

1. que l'aile 4D Nord utilise une literie qui se déchire facilement et qui ne supporte pas le poids d'une personne si elle est utilisée pour faire un nœud coulant. Cette recommandation est faite en tenant compte de l'exigence de blanchissage fréquent en milieu hospitalier;
2. que les portes de salle de bain dans les chambres de patient soient remplacées par des portes qui ne se verrouillent pas;
3. que la porte 62 soit réparée afin qu'elle se ferme bien;
4. que les portes des chambres de patient soient remplacées par des portes coulissantes enclouées, des portes-accordéons ou des portes qui s'ouvrent dans le couloir et qui sont montées sur des charnières à décrochage rapide pour empêcher les patients de les verrouiller;

5. que la possibilité d'installer des caméras de sécurité dans les chambres de patients soit envisagée. Cette recommandation est faite en tenant compte des questions liées au respect de la vie privée des patients;
6. qu'une attention immédiate soit accordée à une chambre dont la porte est bloquée;
7. que les lits d'hôpital soient fixés grâce à un mécanisme de verrouillage qui ne peut être déverrouillé que par le personnel autorisé pour éviter qu'ils soient utilisés pour bloquer les portes;
8. qu'il soit envisagé de fouiller les patients à leur admission à l'aile 4D Nord (fouille sommaire, fouille des sacs et des poches pour trouver des armes potentielles, des drogues, des téléphones cellulaires, etc.). Cette recommandation est faite en tenant compte des questions liées au respect de la vie privée des patients;
9. qu'il y ait plus que trois infirmières immatriculées durant les quarts de nuit. Il n'est pas nécessaire que le personnel supplémentaire soit des infirmières immatriculées. Des infirmières auxiliaires autorisées, des préposés aux services de soutien à la personne et des agents de sécurité sont des options. Cette recommandation est faite en tenant compte des difficultés actuelles en matière de dotation en personnel et des pénuries de main-d'œuvre;
10. que l'aile 4D Nord soit dotée d'un chariot d'urgence code bleu; et
11. qu'une unité de bref séjour soit mise sur pied au sein des services psychiatriques offerts à l'Hôpital régional de Saint John. L'unité devrait inclure une thérapie comportementale dialectique dans son protocole de traitement et un suivi de thérapie comportementale dialectique dans la collectivité après le congé de l'hôpital.

Le coroner a ajouté les recommandations suivantes :

12. que le Réseau de santé Horizon continue d'explorer la possibilité de mettre en œuvre des unités de stabilisation en temps de crise dans ses hôpitaux et qu'il appuie cette mise en œuvre;
13. que le Réseau de santé Horizon offre à ses médecins une séance d'information sur les ressources locales offertes aux personnes souffrant d'un trouble de la personnalité limite. Une liste de ces ressources devrait être affichée et offerte aux médecins;
14. que le Réseau de santé Horizon adopte ou effectue une évaluation continue de l'urgence en matière de suicide. Toutes les cliniques médicales ou tous les services d'urgence où se présente un patient en situation de crise en santé mentale ou déclarant avoir des pensées suicidaires devraient remplir un formulaire. Le réseau devrait également évaluer le formulaire pour voir s'il serait bénéfique de l'utiliser dans les unités; et

15. que le ministère de la Justice et de la Sécurité publique appuie le Bureau du coroner en chef dans la mise en œuvre d'un comité d'examen sur les décès par suicide.

Recommandation #1

Que l'aile 4D Nord utilise une literie qui se déchire facilement et qui ne supporte pas le poids d'une personne si elle est utilisée pour faire un nœud coulant. Cette recommandation est faite en tenant compte de l'exigence de blanchissage fréquent en milieu hospitalier.

Cette recommandation a été examinée, mais nous avons choisi de ne pas la mettre en œuvre pour le moment. Même si de tels draps sont disponibles, il faut tenir compte du reste du linge d'hôpital, comme les couvertures, les couvre-lits, les chemises d'hôpital, ainsi que des vêtements des patients. Du point de vue logistique, il serait difficile de séparer les différentes sortes de literie dans une unité psychiatrique de la literie d'une autre unité en milieu hospitalier. Le retrait de tous les vêtements, couvertures, serviettes et autres d'une unité de santé mentale créerait un environnement très restrictif et tous les patients n'ont pas besoin d'une telle mesure. Toutes les unités sont conçues pour optimiser un environnement thérapeutique sécuritaire, ce qui comprend des luminaires résistant aux pendaisons afin d'atténuer les blessures.

Les patients présentant des risques d'automutilation sont évalués à l'aide du Columbia Suicide Risk Assessment Tool (outil d'évaluation du risque de suicide). À partir de cette évaluation, le personnel clinique planifie des interventions, qui peuvent consister à mettre une chemise d'hôpital à un patient et à le placer dans une salle d'isolement ou une pièce de sécurité où il y a le moins de linge d'hôpital possible.

Le résultat de l'évaluation du risque de suicide et la Politique de moindres contraintes du Réseau de santé Horizon garantissent qu'un patient présentant un grand risque d'automutilation a un accès restreint à l'unité générale, y compris aux draps, et qu'il est observé plus attentivement et constamment grâce à la dotation individualisée et à la surveillance par caméra. Il est important d'établir un équilibre entre la nécessité d'assurer la sécurité et la nécessité de créer un milieu hospitalier confortable et thérapeutique, qui ne restreint pas inutilement et ne stigmatise pas les patients ayant des problèmes de santé mentale, ce qui pourrait les empêcher d'avoir accès à des soins hospitaliers quand ils en ont besoin. Tous les patients désignés comme présentant un risque de suicide sont réévalués avant la transition des soins à partir de tout secteur de service, avant d'obtenir plus de privilèges ou un laissez-passer, avant d'être autorisés à prendre congé ou lors d'un changement dans leur situation clinique, conformément aux Normes sur le traitement des dépendances et de la santé mentale.

Recommandation #2

Que les portes de salle de bain dans les chambres de patient soient remplacées par des portes qui ne se verrouillent pas.

Le verrou des portes de salle de bain des patients a été enlevé.

Recommandation #3

Que la porte 62 soit réparée afin qu'elle se ferme bien.

Fait, la charnière a été ajustée la semaine suivant l'enquête.

Recommandation #4

Que les portes des chambres de patient soient remplacées par des portes coulissantes enclouées, des portes-accordéons ou des portes qui s'ouvrent dans le couloir et qui sont montées sur des charnières à décrochage rapide pour empêcher les patients de les verrouiller.

Les portes des chambres de patients n'ont jamais eu de verrous et les verrous des salles de bain ont été retirés. Toutes les portes sont munies de mécanismes anti-pancasse qui déclenchent une alarme quand on y exerce une pression ou, lorsqu'il n'y a pas de mécanisme anti-pancasse, le haut des portes a été coupé pour réduire le risque de suspension. Les verrous sur les portes de salle de bain ont été retirés et nous faisons des recherches en vue d'acheter des charnières et d'obtenir des estimations des coûts pour toutes les unités psychiatriques, afin que les portes puissent pivoter vers l'intérieur ou l'extérieur, des « portes va-et-vient ».

Recommandation #5

Que la possibilité d'installer des caméras de sécurité dans les chambres de patients soit envisagée. Cette recommandation est faite en tenant compte des questions liées au respect de la vie privée des patients.

Après un examen des recherches récentes dans d'autres régions, nous n'avons trouvé aucun indice probant indiquant que la surveillance vidéo, outre créer un sentiment accru de sécurité, améliore la sécurité dans les chambres des patients. Des consultations ont eu lieu avec la directrice régionale des services d'éthique et chef de la protection des renseignements personnels du Réseau de santé Horizon, et des inquiétudes liées à la violation des droits de la personne des patients ont été soulevées. Il existe déjà des politiques pour s'assurer qu'à la suite d'une évaluation, une personne présentant un risque élevé de suicide soit observée plus attentivement, voire placée dans une salle d'isolement ou une pièce de sécurité, où elle est constamment observée pour sa propre

sécurité. Il est important d'établir un équilibre entre la nécessité d'assurer la sécurité et la nécessité de respecter la vie privée et l'autonomie des patients. La surveillance vidéo constante peut avoir une incidence négative sur la santé mentale d'une personne et empirer certains symptômes. Voilà pourquoi nous ne mettrons pas cette recommandation à exécution.

Recommandation #6

Qu'une attention immédiate soit accordée à une chambre dont la porte est bloquée.

Cette recommandation a été mise à exécution. Des rondes délibérées ont lieu toutes les heures pour répondre aux besoins courants des patients et plus de rondes de vérification et d'observation sont faites en fonction des inquiétudes et/ou des besoins immédiats des patients. Un psychiatre évalue tous les patients et clients avant leur admission et leur attribue l'un des quatre niveaux d'observation/évaluation, conformément aux Normes sur le traitement des dépendances et de la santé mentale du Réseau de santé Horizon :

1. Routine aux heures :
2. Étroite – 30 : vérifications aléatoires et fréquentes tout au plus aux 30 minutes;
3. Étroite – 15 : vérifications aléatoires et fréquentes tout au plus aux 15 minutes;
4. Observation individuelle constante : un membre de l'équipe observe toujours le patient.

Tous les patients/clients qui ont besoin d'une vérification aux 15 minutes ou d'une observation constante sont évalués par le psychiatre tous les jours. Tout membre de l'équipe qui fait sortir de l'unité un patient ayant besoin d'une observation étroite est tenu de poursuivre l'observation de ce patient et de documenter son heure de départ et de retour dans l'unité. Le personnel infirmier et/ou le psychiatre réévalue chaque patient pour déterminer les changements de son état et le niveau d'observation dont il a besoin. Les soins d'observation de tous les patients/clients sont conformes aux Normes sur le traitement des dépendances et de la santé mentale et aux politiques du Réseau de santé Horizon, notamment sur les contraintes moindres (politique HHN-PC-010) et les soins d'observation (politique HHN-PC-013).

Recommandation #7

Que les lits d'hôpital soient fixés grâce à un mécanisme de verrouillage qui ne peut être déverrouillé que par le personnel autorisé pour éviter qu'ils soient utilisés pour bloquer les portes.

Ce genre de mécanisme existe déjà mais, lors de l'examen de cette recommandation avec notre personnel, des médecins et l'équipe d'intervention code bleu, nous avons relevé des problèmes de sécurité parce qu'il faut du temps pour trouver la clé et déverrouiller le lit en cas d'urgence. Si un code bleu est déclenché dans l'unité, il est important de pouvoir déplacer le lit pour intuber le patient et effectuer les autres

interventions requises. Le temps nécessaire pour trouver une clé et déverrouiller le lit pourrait entraîner des retards dans l'administration des soins d'urgence. Étant donné les risques liés au verrouillage des lits en milieu hospitalier, nous ne mettrons pas cette recommandation à exécution.

Recommandation #8

Qu'il soit envisagé de fouiller les patients à leur admission à l'aile 4D Nord (fouille sommaire, fouille des sacs et des poches pour trouver des armes potentielles, des drogues, des téléphones cellulaires, etc.). Cette recommandation est faite en tenant compte des questions liées au respect de la vie privée des patients.

Un examen et une révision de la politique du Réseau de santé Horizon sur la fouille des patients/clients (politique HHN-SA-044) ont été faits, avec l'aide du personnel de première ligne et de la haute direction de l'unité, y compris les services de gestion des risques, d'éthique et de protection des renseignements personnels. La politique du Réseau de santé Horizon est mise à exécution.

Recommandation #9

Qu'il y ait plus que trois infirmières immatriculées durant les quarts de nuit. Il n'est pas nécessaire que le personnel supplémentaire soit des infirmières immatriculées. Des infirmières auxiliaires autorisées, des préposés aux services de soutien à la personne et des agents de sécurité sont des options. Cette recommandation est faite en tenant compte des difficultés actuelles en matière de dotation en personnel et des pénuries de main-d'œuvre.

Selon un examen de la situation dans les autres régions, la transition du ratio d'un membre du personnel pour quatre patients à un pour six patients est une pratique courante dans des unités semblables au Canada. Les effectifs actuels se composent de cinq membres du personnel pendant le quart de soir (de 15 h 30 à 23 h 30) (ratio d'un membre du personnel pour cinq patients), ratio qui était en vigueur lors de l'incident. Pendant le quart de nuit (de 23 h 30 à 7 h 30), les effectifs se composent de trois membres du personnel, ce qui donne un ratio d'un membre du personnel pour huit patients. La réduction de la dotation pendant ce quart s'explique par le fait que les patients ont moins de besoins puisque la majorité d'entre eux dorment toute la nuit. De plus, les effectifs dans les unités psychiatriques pour patients hospitalisés du Réseau de santé Horizon peuvent augmenter au cas par cas, selon l'évaluation des soins infirmiers requis, en fonction de l'acuité des besoins des patients et des ordonnances des médecins. La fréquence attribuée aux soins d'observation est maintenue pendant tous les quarts, conformément à la politique sur les soins d'observation.

Recommandation #10

Que l'aile 4D Nord soit dotée d'un chariot d'urgence code bleu.

Chacun des étages de soins des patients dans l'Hôpital régional de Saint John (HRSJ) est doté d'un chariot d'urgence, mais toutes les unités de soins infirmiers n'ont pas leur propre chariot d'urgence. Le chariot d'urgence qui est disponible dans l'aile 4D Nord se trouve dans une unité adjacente et l'équipe chargée du code bleu y a facilement accès. Les membres de l'équipe chargée du code bleu sont tenus d'utiliser l'équipement qui se trouve dans les chariots et d'avoir suivi la formation sur la technique spécialisée de réanimation cardio-respiratoire (RCR). Les membres de cette équipe travaillent dans les services d'urgence, les unités de soins intensifs ou les unités de cardiologie. Pour qu'il y ait des chariots d'urgence dans chaque unité de soins infirmiers, il faudrait que tout notre personnel infirmier suive la formation sur la technique spécialisée de RCR et cette norme n'est pas obligatoire en Amérique du Nord. Les IA dans les unités de soins infirmiers généraux ne pourraient pas maintenir leurs compétences en RCR parce qu'ils s'en serviraient rarement. Pour améliorer les résultats des patients, tout le personnel infirmier a suivi une formation en soins immédiats en réanimation (SIR) et des défibrillateurs externes automatisés (DEA) ont été installés à chaque étage de l'HRSJ. Des recherches démontrent que, pour favoriser des résultats positifs chez les patients, il faut que le personnel puisse administrer la RCR et utiliser rapidement la défibrillation. Étant donné les procédures efficaces du code bleu qui ont été établies dans l'HRSJ et conformément aux normes exigées des équipes chargées du code bleu, le Réseau de santé Horizon ne mettra pas cette recommandation à exécution.

Recommandation #11

Qu'une unité de bref séjour soit mise sur pied au sein des services psychiatriques offerts à l'Hôpital régional de Saint John. L'unité devrait inclure une thérapie comportementale dialectique dans son protocole de traitement et un suivi de thérapie comportementale dialectique dans la collectivité après le congé de l'hôpital.

Le Réseau de santé Horizon fait face à des contraintes d'espace physique et d'autres ressources requises (p. ex. le temps que le service de psychiatrie doit consacrer à la conception et au soutien d'une telle unité). De plus, il y a déjà des pressions liées au taux d'occupation de l'aile 4D Nord, qui risqueraient d'être encore plus fortes lors de la création de cette unité. L'unité psychiatrique de l'aile 4D Nord déborde grandement de sa capacité depuis quelques années et les patients qui obtiennent leur congé s'avèrent être des cas de plus en plus lourds. Les preuves de l'efficacité d'une unité de bref séjour comme traitement de choix pour les personnes ayant un trouble de la personnalité limite ne sont pas concluantes. Des pièces de sécurité (salles d'isolement) non verrouillées sont disponibles dans toutes les unités et peuvent offrir à certains patients un espace privé et sécuritaire quand la porte est ouverte et non verrouillée et qu'ils sortent de l'unité générale. C'est ce que le personnel appelle parfois l'« isolement ouvert » offrant un espace sécuritaire à des patients qui peuvent avoir besoin de soins d'observation moins

restrictifs, tout en améliorant la transition sécuritaire des patients qui sont transférés à l'unité générale. Les pièces de sécurité non verrouillées offrent aux patients un espace plus sécuritaire pendant leur stabilisation et leur observation, sans les enfermer. Voilà pourquoi nous ne mettons pas cette recommandation à exécution, mais nous envisageons d'élaborer un document sur les lignes directrices visant à favoriser les soins prodigués aux personnes ayant reçu un tel diagnostic dans nos unités psychiatriques. Ces lignes directrices porteraient sur l'amélioration ou le renforcement des capacités d'adaptation des patients, par exemple, la régulation des émotions à l'aide de la thérapie comportementale dialectique du modèle STEPPS (formation systémique pour la prévisibilité des émotions et la résolution des problèmes). En collaboration avec le patient, l'équipe interdisciplinaire élabore un plan de soins thérapeutiques avec l'équipe communautaire pour assurer la continuité des soins.

Recommandation #12

Que le Réseau de santé Horizon continue d'explorer la possibilité de mettre en œuvre des unités de stabilisation en temps de crise dans ses hôpitaux et qu'il appuie cette mise en œuvre.

Après un examen approfondi des besoins actuels dans la région de Saint John, un rapport a été commandé et s'intitule « Continuum des soins en situation de crise en lien avec les dépendances et la santé mentale au Nouveau-Brunswick », recommandation 20 sur le traitement des dépendances et de la santé mentale : approche du centre de soins en cas de crise de Saint John du Réseau de santé Horizon : analyse des données et recommandations.

Étant donné l'instauration d'une thérapie individuelle et des équipes élargies de traitement des dépendances et de la santé mentale dans les services d'urgence, nous avons décidé, en collaboration avec le ministère de la Santé, qu'un service autonome n'était pas nécessaire pour le moment et que sa création n'était pas étayée par l'analyse des données disponibles. L'accès amélioré à des interventions en santé mentale grâce aux nouvelles thérapies individuelles offertes (dans un délai d'un à trois jours à divers endroits dans la collectivité et les équipes de soins améliorés grâce à la collaboration en santé mentale dans le service d'urgence (en tout temps) ont mené à des services améliorés de stabilisation en cas de crise dans la région de Saint John au cours des dernières années.

Recommandation #13

Que le Réseau de santé Horizon offre à ses médecins une séance d'information sur les ressources locales offertes aux personnes souffrant d'un trouble de la personnalité limite. Une liste de ces ressources devrait être affichée et offerte aux médecins.

Les ressources sur le trouble de la personnalité limite ont été colligées par zone et on prévoit les distribuer aux médecins par l'intermédiaire des chefs des services locaux de médecine familiale, aux infirmières praticiennes et infirmiers praticiens par l'entremise de la haute direction des soins de santé primaires, ainsi qu'à la Société médicale du Nouveau-Brunswick.

Recommandation #14

Que le Réseau de santé Horizon adopte ou effectue une évaluation continue de l'urgence en matière de suicide. Toutes les cliniques médicales ou tous les services d'urgence où se présente un patient en situation de crise en santé mentale ou déclarant avoir des pensées suicidaires devraient remplir un formulaire. Le réseau devrait également évaluer le formulaire pour voir s'il serait bénéfique de l'utiliser dans les unités.

Le cheminement clinique des soins contre le suicide pour les patients qui se présentent aux services d'urgence et qui ont une dépendance ou un problème de santé mentale a été mis en œuvre. Le milieu psychiatrique des patients hospitalisés est la prochaine étape de cette initiative. L'outil validé qui est utilisé est le Columbia Suicide Risk Screening (dépistage des risques de suicide), ainsi que l'évaluation complète pour orienter les interventions immédiates et à long terme afin de réduire le risque et de renforcer les facteurs de protection et la planification de la sécurité. Des vérifications sont menées pour garantir la conformité et la sensibilisation à l'évaluation du risque de suicide et une méthode d'atténuation des moyens létaux a été élaborée à l'intention du personnel. D'autres régions du Réseau de santé Horizon songent à utiliser ces outils, mais les services à l'extérieur du Réseau ne sont pas envisagés parce qu'ils ne relèvent pas du Réseau. Bien que les outils d'évaluation du risque de suicide soient utiles pour créer un plan de soins, ils ne remettent pas en cause la nécessité des évaluations psychiatriques approfondies.

Recommandation #15

Que le ministère de la Justice et de la Sécurité publique appuie le Bureau du coroner en chef dans la mise en œuvre d'un comité d'examen sur les décès par suicide.

Le Réseau de santé Horizon n'a aucun pouvoir à l'égard de Justice et Sécurité publique, mais le ministère de la Santé, Division du traitement des dépendances et de la santé mentale, a recours aux services d'un coordonnateur de la prévention du suicide qui interagit régulièrement avec les bureaux des coroners du Nouveau-Brunswick.

SKYLER BRENT SOLOMON-SAPPIER

Une enquête du coroner sur le décès de Skyler Brent Sappier-Soloman s'est déroulée du 16 au 18 mai à Saint John. M. Sappier-Soloman est décédé aux petites heures du matin, le 31 janvier 2022. L'homme âgé de 28 ans était un détenu du Centre correctionnel régional de Saint John. Il avait été transporté et admis à l'Hôpital régional de Saint John le 29 janvier.

Les cinq membres du jury ont entendu 23 témoins pendant l'enquête et formulé les recommandations suivantes :

1. Élaborer une procédure opérationnelle normalisée pour orienter la prise de décisions en fonction du degré de risque et préciser les rôles et responsabilités du personnel infirmier des Services de santé correctionnels et des agents correctionnels du ministère de la Justice et de la Sécurité publique lorsqu'un patient doit être transféré d'un établissement correctionnel vers un hôpital. Des procédures permettant de déterminer le moyen de transport vers un établissement hospitalier devraient être élaborées. Ces procédures doivent être fondées sur une évaluation médicale du degré de risque que pose un patient, faire la distinction entre les degrés de risque non urgents et urgents, et déterminer si une ambulance ou une fourgonnette des services correctionnels convient au transport.
2. Étudier la possibilité d'utiliser le système d'analyse sanguine Epop. Cet équipement médical permettrait d'avoir un accès rapide aux résultats d'analyses sanguines de base. De plus, le Centre correctionnel régional de Saint John devrait envisager l'utilisation d'électrocardiogrammes au sein des Services de santé correctionnels. Les électrocardiogrammes peuvent permettre d'éclairer les décisions relatives aux soins des clients, y compris la nécessité des transferts vers l'hôpital. De plus, le Centre correctionnel régional de Saint John devrait examiner la possibilité d'utiliser ces outils, surtout en ce qui concerne les ressources humaines, les champs de pratique et les besoins en matière de formation.
3. Examiner la possibilité d'ajouter un travailleur paramédical au modèle de dotation des Services de santé correctionnels. Un examen de l'affectation de travailleurs paramédicaux dans les Services de santé correctionnels dans d'autres établissements ailleurs au Canada donnera des renseignements précieux sur la possibilité d'ajouter une telle fonction au service et sur son efficacité. L'ensemble de compétences connexe pourrait améliorer l'équipe de soins et contribuer à des résultats positifs en ce qui concerne les besoins urgents en matière de santé.
4. Améliorer les politiques et les procédures relatives au transport et au moment d'appeler une ambulance.
5. Améliorer les politiques et les procédures concernant le moment de demander des soins hospitaliers.

6. Améliorer la tenue des dossiers. Les agents correctionnels doivent documenter si un détenu a demandé des analgésiques, a vu une infirmière ou a déposé une plainte de nature médicale. Cela doit être noté pour surveiller le roulement des quarts de travail.
7. Faire inscrire les signes vitaux du détenu chaque fois qu'ils sont vérifiés, même s'ils sont ordinaires.
8. Offrir des soins médicaux et des services de santé mentale lorsqu'ils sont requis.
9. Mettre à jour les coordonnées d'un détenu à son arrivée dans l'établissement.
10. Affecter une infirmière à un quart de nuit de 23 h à 7 h.
11. Installer des appareils vidéo et audio dans les cellules de l'unité médicale pour le personnel infirmier ou les agents correctionnels.
12. Le personnel infirmier devrait être en mesure d'entrer et de vérifier de vive voix et physiquement l'état de santé d'un détenu lorsqu'il se trouve dans une cellule d'unité médicale.
13. Créer une politique ou une procédure pour entrer dans un ordinateur toute interaction associée aux soins de santé et toute information sur un détenu lorsque des identifications d'utilisateur précises sont utilisées.
14. Effectuer des suivis mensuels de la prise de notes. Une fois par mois, les superviseurs de quart doivent effectuer une vérification et examiner et signer le carnet de chaque agent correctionnel.
15. Veiller à ce qu'un détenu fasse l'objet d'une vérification toutes les 15 minutes et qu'on lui demande comment il se porte lorsqu'il est placé dans une cellule d'unité médicale, ce qui comprend une vérification visuelle. Tout changement dans l'état du détenu doit être immédiatement signalé au personnel médical.
16. Établir des politiques et des procédures pour assurer des communications efficaces entre l'Hôpital régional de Saint John et le Centre correctionnel régional de Saint John afin de veiller à ce que le statut des détenus soit communiqué aux établissements lorsqu'ils sont admis.
17. Veiller à ce que tous les numéros de contact des plus proches parents soient vérifiés lors de l'admission des détenus et à ce que la liste soit mise à jour.
18. Élaborer un processus plus efficace pour accorder des permissions de sortir pour se rendre à l'hôpital plutôt que de remettre une copie papier.
19. S'assurer que tous les horodateurs de vidéosurveillance sont synchronisés et exacts.

20. S'assurer que le Centre correctionnel régional de Saint John dispose de véhicules à traction intégrale ou à quatre roues motrices pendant les mois d'hiver.
21. Effectuer un examen de la politique sur les contrats de déneigement. Les entrées, les stationnements et les trottoirs doivent être dégagés pendant les tempêtes, et non seulement après qu'elles sont terminées. La facilité d'accès pour le transport ou les ambulances doit être maintenue.

Recommandation #1

Élaborer une procédure opérationnelle normalisée pour orienter la prise de décisions en fonction du degré de risque et préciser les rôles et responsabilités du personnel infirmier des Services de santé correctionnels et des agents correctionnels du ministère de la Justice et de la Sécurité publique lorsqu'un patient doit être transféré d'un établissement correctionnel vers un hôpital. Des procédures permettant de déterminer le moyen de transport vers un établissement hospitalier devraient être élaborées. Ces procédures doivent être fondées sur une évaluation médicale du degré de risque que pose un patient, faire la distinction entre les degrés de risque non urgents et urgents, et déterminer si une ambulance ou une fourgonnette des services correctionnels convient au transport.

Horizon

Cette recommandation a été mise à exécution. - Horizon dispose actuellement d'une procédure opérationnelle normalisée sur le transfert des clients aux services de santé dans les établissements correctionnels, qui tient compte du niveau de risque ainsi que des rôles et des responsabilités en rapport au transport des patients. La procédure opérationnelle normalisée sur le transfert des clients aux services de santé dans les établissements correctionnels a été fournie et communiquée au CCRSJ.

Justice et de la Sécurité publique

Même si les Services pour adultes mis sous garde ont l'habitude d'aider et d'appuyer le ministère de la Santé dans l'évaluation des risques, le ministère de la Santé doit prendre les décisions pour déterminer le niveau de risque et le mode de transport. Lorsque le personnel du ministère de la Santé n'est pas sur place pour convenablement évaluer la gravité des soins aux patients, les Services pour adultes mis sous garde continueront à utiliser les services d'ambulance dans les situations d'urgence. Des discussions ont eu lieu avec le ministère de la Santé pour aider les Services pour adultes mis sous garde dans l'évaluation des risques.

Recommandation #2

Étudier la possibilité d'utiliser le système d'analyse sanguine Epop. Cet équipement médical permettrait d'avoir un accès rapide aux résultats d'analyses sanguines de base. De plus, le Centre correctionnel régional de Saint John devrait envisager l'utilisation d'électrocardiogrammes au sein des Services de santé correctionnels. Les électrocardiogrammes peuvent permettre d'éclairer les décisions relatives aux soins des clients, y compris la nécessité des transferts vers l'hôpital. De plus, le Centre correctionnel régional de Saint John devrait examiner la possibilité d'utiliser ces outils, surtout en ce qui concerne les ressources humaines, les champs de pratique et les besoins en matière de formation.

La faisabilité de l'utilisation de l'équipement de diagnostic et d'ECG susmentionné au CCRSJ a été étudiée. Compte tenu du modèle actuel de soins infirmiers primaires généraux du CCRSJ, cette recommandation n'a pas été mise à exécution. Agrément Canada recommande que ce type d'équipement soit utilisé dans les établissements de soins de santé qui utilisent des modèles de dotation en personnel spécialisé dans les soins de courte durée. L'utilisation de laboratoires de diagnostic ou d'ECG exige aussi une formation spécialisée, qui comprend l'utilisation et l'entretien réguliers afin de maintenir les compétences.

Recommandation #3

Examiner la possibilité d'ajouter un travailleur paramédical au modèle de dotation des Services de santé correctionnels. Un examen de l'affectation de travailleurs paramédicaux dans les Services de santé correctionnels dans d'autres établissements ailleurs au Canada donnera des renseignements précieux sur la possibilité d'ajouter une telle fonction au service et sur son efficacité. L'ensemble de compétences connexe pourrait améliorer l'équipe de soins et contribuer à des résultats positifs en ce qui concerne les besoins urgents en matière de santé.

La faisabilité de cette recommandation a été examinée et, en raison de la pénurie actuelle de travailleurs paramédicaux et des difficultés de recrutement et de maintien en poste, cette recommandation ne sera pas mise à exécution pour le moment.

Recommandation #4

Améliorer les politiques et les procédures relatives au transport et au moment d'appeler une ambulance.

Cette recommandation a été mise en œuvre dans le cadre de la procédure opérationnelle normalisée sur le transfert des clients aux services de santé dans les établissements correctionnels, conformément à la réponse à la recommandation no 1.

Recommandation #5

Améliorer les politiques et les procédures concernant le moment de demander des soins hospitaliers.

Cette recommandation a été mise en œuvre dans le cadre de la procédure opérationnelle normalisée sur le transfert des clients aux services de santé dans les établissements correctionnels, conformément à la réponse à la recommandation no 1.

Recommandation #6

Améliorer la tenue des dossiers. Les agents correctionnels doivent documenter si un détenu a demandé des analgésiques, a vu une infirmière ou a déposé une plainte de nature médicale. Cela doit être noté pour surveiller le roulement des quarts de travail.

Horizon

Cette recommandation relève de la responsabilité du ministère de la Justice et de la Sécurité publique.

Justice et de la Sécurité publique

La documentation constitue une procédure opérationnelle normalisée et une formation de mise à niveau est en cours dans tous les établissements correctionnels provinciaux. La direction a entrepris un examen de la politique concernant la documentation avec l'ensemble du personnel. De plus, ce scénario a été ajouté à notre programme de formation semestrielle en simulation de situations d'urgence de 2024.

Recommandation #7

Faire inscrire les signes vitaux du détenu chaque fois qu'ils sont vérifiés, même s'ils sont ordinaires.

Cette recommandation a été mise à exécution. Les normes de documentation ont été passées en revue avec le personnel.

Recommandation #8

Offrir des soins médicaux et des services de santé mentale lorsqu'ils sont requis.

Cette recommandation a été complétée. Les soins médicaux et les services de santé mentale sont fournis lorsque requis.

Recommandation #9

Mettre à jour les coordonnées d'un détenu à son arrivée dans l'établissement.

Horizon

Cette recommandation a été mise à exécution. Des soins médicaux, y compris des soins de santé mentale, sont fournis.

Justice et de la Sécurité publique

Les questions concernant les plus proches parents et les personnes-ressources constituent une procédure standard lors des admissions. Le personnel des Services pour adultes mis sous garde continuera à confirmer les proches parents à chaque admission. Il s'agit d'un processus dépendant du client.

Recommandation #10

Affecter une infirmière à un quart de nuit de 23 h à 7 h.

Cette recommandation a été examinée dans le but de la mettre à exécution dans les prochains six mois.

Recommandation #11

Installer des appareils vidéo et audio dans les cellules de l'unité médicale pour le personnel infirmier ou les agents correctionnels.

Justice et de la Sécurité publique

Les Services pour adultes mis sous garde appuient cette recommandation et examinent le besoin d'installer des caméras audio ou des télévisions en circuit fermé dans les zones critiques. Le Ministère a entamé des discussions concernant la capacité des établissements à passer à des caméras audio dans les zones à risque élevé. Un examen doit être effectué pour s'assurer qu'aucune loi relative à la protection de la vie privée n'est violée. Une fois l'examen terminé, nous avons l'intention de poursuivre la mise en place de ces dispositifs dans tous les établissements pour adultes. Les systèmes de caméras d'intervention pour les agents de première ligne sont devenus pleinement opérationnels en juillet 2023.

Recommandation # 12

Le personnel infirmier devrait être en mesure d'entrer et de vérifier de vive voix et physiquement l'état de santé d'un détenu lorsqu'il se trouve dans une cellule d'unité médicale.

Horizon

Cette recommandation est actuellement en vigueur, car il y a une politique et un processus en place faisant en sorte qu'un agent est présent lorsque l'infirmière entre dans la cellule pour vérifier verbalement ou physiquement l'état du détenu.

Justice et de la Sécurité publique

Cette recommandation est une pratique courante dans les établissements correctionnels provinciaux, à la demande du personnel infirmier. Le personnel médical a un accès complet aux clients.

Recommandation #13

Créer une politique ou une procédure pour entrer dans un ordinateur toute interaction associée aux soins de santé et toute information sur un détenu lorsque des identifications d'utilisateur précises sont utilisées.

Horizon

Après examen, un système de documentation électronique n'est pas disponible ou réaliste pour le moment. La procédure de documentation actuelle utilise des documents papier, qui contiennent les renseignements médicaux d'un détenu lors de son transfert vers un autre établissement.

Justice et de la Sécurité publique

Tout le personnel clinique ou médical continue d'avoir un accès complet à notre système d'information sur la clientèle, dans lequel le personnel des Services pour adultes mis sous garde saisit ses notes et les renseignements concernant les clients qui font l'objet d'une surveillance pour des raisons cliniques ou de santé. Le personnel du ministère de la Santé a un accès complet au système d'information sur la clientèle de JSP où toutes les notes sont stockées.

Recommandation #14

Effectuer des suivis mensuels de la prise de notes. Une fois par mois, les superviseurs de quart doivent effectuer une vérification et examiner et signer le carnet de chaque agent correctionnel.

Justice et de la Sécurité publique

Conformément aux procédures opérationnelles normalisées des Services pour adultes mis sous garde, les renseignements sont saisis quotidiennement dans les registres des activités de l'établissement, ainsi que dans les registres des services médicaux et d'isolement. Les notes des unités résidentielles et les renseignements généraux sont saisis dans le système d'information sur la clientèle. Les sergents de l'établissement examinent tous les renseignements quotidiennement. Les Services pour adultes mis sous garde ont examiné la question d'instaurer des cahiers de notes et ont déterminé qu'étant donné que les notes sont stockées à plusieurs endroits, le personnel correctionnel n'a pas besoin de cahiers de notes. De plus, nous avons conclu que les plateformes actuelles des notes satisfont à la recommandation.

Recommandation #15

Veiller à ce qu'un détenu fasse l'objet d'une vérification toutes les 15 minutes et qu'on lui demande comment il se porte lorsqu'il est placé dans une cellule d'unité médicale, ce qui comprend une vérification visuelle. Tout changement dans l'état du détenu doit être immédiatement signalé au personnel médical.

Horizon

Cette recommandation relève de la responsabilité du ministère de la Justice et de la Sécurité publique.

Justice et de la Sécurité publique

La pratique des vérifications toutes les 15 minutes est déjà en place. Une révision de la politique a été effectuée en mars 2024 afin d'ajouter un scénario exigeant que le personnel correctionnel demande comment se sent le client. La formation du personnel a aussi été effectuée à ce sujet.

Recommandation #16

Établir des politiques et des procédures pour assurer des communications efficaces entre l'Hôpital régional de Saint John et le Centre correctionnel régional de Saint John afin de veiller à ce que le statut des détenus soit communiqué aux établissements lorsqu'ils sont admis.

Horizon

Cette recommandation a été mise en œuvre dans le cadre de la procédure opérationnelle normalisée sur le transfert des clients aux services de santé dans les établissements correctionnels, conformément à la réponse à la recommandation no 1.

Justice et de la Sécurité publique

Actuellement, le ministère de la Santé affirme que la vie privée du client ne peut être violée, par conséquent, la communication de renseignements au personnel du CCRSJ n'est pas autorisée. Cependant, après avoir examiné l'article 39.1 de la Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé (LAPRPS), les Services pour adultes mis sous garde estiment qu'il est possible d'échanger des renseignements. Des discussions sont en cours avec le ministère de la Santé.

Recommandation #17

Veiller à ce que tous les numéros de contact des plus proches parents soient vérifiés lors de l'admission des détenus et à ce que la liste soit mise à jour.

Justice et de la Sécurité publique

Il s'agit d'une procédure opérationnelle normalisée pour le personnel de l'Unité du soutien opérationnel lors de l'admission des clients. Les Services pour adultes mis sous garde ont ajouté un processus pour que le gestionnaire de cas correctionnels confirme ces renseignements lors de sa première rencontre avec le client. Cette marche à suivre a commencé en mars 2024 après que nous ayons augmenté le nombre de gestionnaires de cas correctionnels dans chaque établissement.

Recommandation #18

Élaborer un processus plus efficace pour accorder des permissions de sortir pour se rendre à l'hôpital plutôt que de remettre une copie papier.

Justice et de la Sécurité publique

Les Services pour adultes mis sous garde ont examiné cette recommandation et ont constaté que le processus de remise en main propre des autorisations d'absence temporaire pour se rendre dans les hôpitaux est la méthode qui respecte le mieux les règlements sur la protection de la vie privée.

Recommandation #19

S'assurer que tous les horodateurs de vidéosurveillance sont synchronisés et exacts.

Justice et de la Sécurité publique

Les systèmes de caméras de tous les établissements correctionnels provinciaux ont récemment été mis à niveau. De plus, des calendriers d'entretien ont été établis pour garantir la synchronisation et la précision de tous les systèmes de caméras. Il en sera ainsi deux fois par année, lors des changements d'heure.

Recommandation #20

S'assurer que le Centre correctionnel régional de Saint John dispose de véhicules à traction intégrale ou à quatre roues motrices pendant les mois d'hiver.

Justice et de la Sécurité publique

Les Services pour adultes mis sous garde ont évalué tous les véhicules et déterminé qu'ils sont adaptés à la conduite hivernale. Tous les centres pour hommes adultes mis sous garde disposent de nouveaux biens adaptés à la conduite hivernale.

Recommandation #21

Effectuer un examen de la politique sur les contrats de déneigement. Les entrées, les stationnements et les troittoirs doivent être dégagés pendant les tempêtes, et non seulement après qu'elles sont terminées. La facilité d'accès pour le transport ou les ambulances doit être maintenue.

Justice et de la Sécurité publique

Les Services pour adultes mis sous garde ont examiné les contrats en cours et ont déterminé que les services étaient appropriés. Tous les contrats en cours prévoient l'entretien des points d'accès ou des routes d'urgence pendant les tempêtes. De plus, les établissements correctionnels s'assureront que les points d'urgence sont déneigés et déglacés si nécessaire.

BRUCE LAGACE

Une enquête obligatoire du coroner sur la mort de Bruce Lagacé a eu lieu mardi et mercredi au palais de justice de Saint John. M. Lagacé est décédé le 24 novembre 2021 à la suite de blessures subies dans le cadre de son travail en tant que conducteur de camion alors qu'il travaillait dans les installations de recyclage d'American Iron and Metal à Saint John.

Les cinq membres du jury ont entendu 13 témoins et formulé les recommandations suivantes :

1. À l'arrivée, le réceptionnaire devrait s'assurer que le client a signé les procédures et protocoles à jour.
2. Les procédures en matière de sécurité devraient être examinées périodiquement par un tiers et mises à jour, au besoin.
3. Il devrait y avoir une procédure claire en ce qui a trait à la communication lorsqu'il y a des transferts de fonctions.
4. Le conducteur ne devrait pas rester dans le véhicule lors de l'opération de déchargement.
5. Le conducteur devrait demeurer dans la zone de sécurité jusqu'à ce que l'employé du site lui dise qu'il est sécuritaire de retourner à son véhicule.
6. Le processus de nettoyage devrait être effectué dans des zones de nettoyage désignées.
7. Il devrait y avoir des mesures punitives pour les infractions liées à la sécurité.

American Iron and Metal n'a pas répondu a ces recommandations.

LEXI DAKEN

Une enquête sur le décès de Lexi Daken a eu lieu du 6 au 8 novembre, à la Faculté de droit de l'Université du Nouveau-Brunswick. Mme Daken est décédée à l'Hôpital régional Dr Everett Chalmers le 24 février 2021.

Les cinq membres du jury ont entendu 16 témoins et formulé les recommandations suivantes :

1. Accroître la sensibilisation des jeunes et des membres du public et leur faire connaître les services de santé mentale disponibles.
2. Les services de santé mentale devraient faire l'objet de campagnes de promotion, et les renseignements devraient être facilement accessibles.
3. L'hôpital devrait améliorer la communication avec les patients; des dépliants explicatifs sur les services avec les coordonnées des ressources devraient être disponibles.
4. Une fiche de renseignements normalisée comportant les renseignements médicaux pertinents sur leur visite (diagnostic, médicaments, plan de soins, etc.) devrait être remise aux patients lorsqu'ils reçoivent leur congé.
5. Les commis de l'hôpital devraient confirmer les coordonnées des patients.
6. Le « contrat de sécurité », une entente établie entre le patient et les fournisseurs de soins de santé, devrait utiliser une formulation uniforme et précise.
7. Un parent ou un tuteur légal devrait être présent et participer au « contrat de sécurité » si le patient est un jeune.
8. Les services communautaires de santé mentale devraient préciser le moment du prochain rendez-vous de suivi (date ou date et heure).
9. Dans la salle d'attente, des affiches devraient être installées pour rassurer et reconforter les patients qui attendent.
10. D'autres ressources devraient être accessibles pour les services communautaires de santé mentale.

Recommandation #1

Accroître la sensibilisation des jeunes et des membres du public et leur faire connaître les services de santé mentale disponibles.

HORIZON

À la suite de cette recommandation, Horizon a demandé à la direction de l'équipe de prestation des services intégrés du gouvernement du Nouveau-Brunswick de mettre à jour son site Web et sa brochure provinciale sur la prestation des services intégrés, qui donne un aperçu des services offerts aux enfants et aux jeunes, ainsi que d'élaborer un plan de distribution pour s'assurer que les brochures à jour sont largement à la disposition des écoles et des communautés. Ce travail est en cours.

Toujours en réponse à cette recommandation, Horizon a créé un document infographique en français et en anglais qui sera diffusé sur les panneaux d'information destinés aux patients et à la collectivité, sur les médias sociaux et sur les sites Web dans les semaines et les mois à venir. Ce document infographique (ci-joint) met en lumière les nombreuses options d'assistance à la disposition des enfants et des jeunes dans le Réseau de santé Horizon. Il sera mis à jour pour une utilisation à long terme. Ce document infographique a été largement diffusé dans les formats suivants :

- affiche dans les services d'urgence;
- contenu numérique pour nos écrans numériques dans les services d'urgence et les salles d'attente;
- publication dans divers médias sociaux;
- promotion à grande échelle sous forme d'annonce dans les journaux.

Il a été inclus sur le site Web d'Horizon et d'autres sites Web par des mises à jour de la page d'accueil (bannière, bouton) et des mises à jour de contenu :

- inclus dans notre bulletin électronique communautaire mensuel;
- transmis aux districts scolaires qui peuvent l'afficher sur les babillards des écoles, dans les bulletins d'information, sur les sites Web, etc.

Parallèlement, Horizon a mis à jour les renseignements destinés aux enfants et aux jeunes sur les sites Web du GNB et d'Horizon, ainsi que sur le site Navigapp pour le GNB et Horizon (travail terminé). Le site Web à jour simplifie l'accès aux numéros de téléphone pour faciliter l'accès aux services nécessaires. L'équipe des communications d'Horizon a également ajouté deux profils d'employés au site Web afin de mieux aider les clients à comprendre les services qui leur sont offerts.

Horizon a aussi mis au point un processus de diffusion de l'information pour les jeunes qui se rendent aux services d'urgence d'Horizon. Si des enfants et des jeunes se rendent au service d'urgence, nos équipes de traitement des dépendances et de santé mentale envoient leur dossier par télécopie au bureau de leur médecin spécialisé dans le traitement des dépendances et de santé mentale. Pendant les heures de bureau, de

nouveaux protocoles en place garantissent que ces dossiers sont examinés par le clinicien ou par un remplaçant si le clinicien est absent ou n'est pas disponible.

Recommandation #2

Les services de santé mentale devraient faire l'objet de campagnes de promotion, et les renseignements devraient être facilement accessibles.

Horizon dispose déjà de divers outils et fiches d'information qu'un enfant ou un jeune peut emporter à la maison après une visite au service d'urgence, notamment des renseignements sur le congé, une liste d'ordonnances ou de médicaments, un plan de sécurité et des cartes de rendez-vous. À la suite de cette recommandation, Horizon a conçu une enveloppe personnalisée qui contiendra tous les documents nécessaires que le client pourra emporter chez lui après sa visite, de même qu'une liste de vérification à l'extérieur de l'enveloppe pour s'assurer que le personnel inclut tous les documents nécessaires aux soins de suivi de l'enfant ou du jeune. L'enveloppe contiendra aussi les coordonnées en cas d'urgence et de crise, ainsi que d'autres renseignements sur les services et l'aide.

Les agents administratifs confirmeront les coordonnées avec les patients.

Les services d'urgence d'Horizon ont déjà une procédure opérationnelle normalisée qui comprend une double vérification de l'adresse, du numéro de téléphone et d'autres coordonnées importantes. Cette procédure a été examinée avec tout le personnel du service d'urgence de l'Hôpital régional Dr Everett Chalmers afin de s'assurer qu'elle est constamment utilisée.

Recommandation #3

L'hôpital devrait améliorer la communication avec les patients; des dépliants explicatifs sur les services avec les coordonnées des ressources devraient être disponibles.

Après avoir examiné cette recommandation, le Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients du Réseau de santé Horizon a rejeté cette recommandation. La pratique consistant à avoir recours à la sous-traitance pour la sécurité, même s'il s'agissait autrefois d'une pratique courante, n'est plus la pratique recommandée pour gérer le risque de suicide. L'élaboration d'un plan de sécurité avec les enfants ou les jeunes à risque de suicide est la pratique exemplaire actuelle, et Horizon a une politique d'évaluation du risque de suicide qui garantit que la planification de la sécurité se fait avec tous les patients qu'on évalue comme étant à risque. Horizon reconnaît que le personnel à l'extérieur des programmes et services de la Direction des services de traitement des dépendances et de santé mentale n'est peut-être pas aussi familier avec la planification de la sécurité en tant que pratique exemplaire. C'est pourquoi la Direction des services de traitement des dépendances et de santé mentale organise une séance

éducative enregistrée sur la planification de la sécurité avec les enfants et les jeunes à risque pour le personnel non spécialisé dans le traitement des dépendances et la santé mentale des services d'urgence. Cette séance sera enregistrée et sera obligatoire pour tous les médecins du service d'urgence de l'Hôpital régional Dr Everett Chalmers.

En ce qui concerne la présence des parents lors de la planification de la sécurité, elle dépendra de la présence du parent ou du tuteur au service d'urgence, de l'âge du patient et du consentement de ce dernier.

Recommandation #4

Une fiche de renseignements normalisée comportant les renseignements médicaux pertinents sur leur visite (diagnostic, médicaments, plan de soins, etc.) devrait être remise aux patients lorsqu'ils reçoivent leur congé.

Les équipes des services d'urgence d'Horizon de la Direction des services de traitement des dépendances et de santé mentale ont déjà mis en place un processus pour s'assurer que tous les patients obtiennent un rendez-vous pour un suivi communautaire après une visite au service d'urgence. Actuellement, le personnel du service d'urgence demande à l'équipe communautaire d'appeler l'enfant ou le jeune (ou les parents) pour organiser la visite de suivi et prendre rendez-vous. Dorénavant, un système interactif d'inscription et de prise de rendez-vous accessible au personnel du service d'urgence permettra de prendre des rendez-vous sur place juste à temps.

Recommandation #5

Les commis de l'hôpital devraient confirmer les coordonnées des patients.

Horizon présente déjà des renseignements importants sur les services de soutien en santé mentale et en traitement des dépendances disponibles sur les écrans des patients dans les salles d'attente du service d'urgence. De plus, Horizon inclut désormais le nouveau document infographique destiné aux enfants et aux jeunes mentionné ci-dessus, qui est affichée sur les murs et les écrans du service d'urgence.

Recommandation #6

Le « contrat de sécurité », une entente établie entre le patient et les fournisseurs de soins de santé, devrait utiliser une formulation uniforme et précise.

Au cours de l'année qui a suivi le décès de Lexi Daken, le Ministère a financé d'autres emplois à temps plein dans le domaine de la santé mentale communautaire et, l'année suivante, des fonds ont été alloués à de nouveaux postes afin de mettre en place le service de thérapie à séance unique qui permet aux enfants et aux jeunes d'accéder rapidement et facilement à des conseils et du soutien en cas de crise. En tout, 26,5 ETP

ont été ajoutés en 2021-2022 et 2022-2023 pour la thérapie à séance unique à l'échelle provinciale dans le secteur des enfants et des jeunes (53 ETP au total). De plus, Horizon continue de surveiller les temps d'attente tout au long de l'année et, si nécessaire, peut demander des postes supplémentaires par l'intermédiaire du processus annuel de demande de budget du ministère de la Santé. Si la démographie change et que les volumes indiquent que des postes cliniques supplémentaires sont nécessaires pour répondre à la demande, des demandes de budget sont soumises pour des postes supplémentaires.

Recommandation #7

Un parent ou un tuteur légal devrait être présent et participer au « contrat de sécurité » si le patient est un jeune.

Comme il est mentionné au point 1 (ci-dessus), Horizon a mis à jour toutes ses brochures et tous ses sites Web pour s'assurer que les enfants, les jeunes et leurs familles ont facilement accès aux renseignements. Nous avons créé un document infographique attrayant sur les services aux enfants et aux jeunes et l'avons diffusé dans toute la province sous forme de documents imprimés, sur le Web et dans les médias sociaux. Nous continuerons à élargir et à améliorer notre communication avec les enfants et les jeunes, car les méthodes de communication pour atteindre ces populations évoluent constamment.

Recommandation #8

Les services communautaires de santé mentale devraient préciser le moment du prochain rendez-vous de suivi (date ou date et heure).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

En réponse à la neuvième recommandation du jury, la Direction des services de traitement des dépendances et de santé mentale du ministère de la Santé et la Direction des services de bien-être à l'enfance et à la jeunesse du ministère du Développement social travaillent sur une campagne de sensibilisation provinciale qui s'étalera sur une année. Cette campagne se concentrera principalement sur la lutte contre la stigmatisation, dans une optique de rétablissement, par l'habilitation du public et l'éducation. La campagne s'adressera à différents publics cibles, y compris les enfants et les jeunes.

Deuxièmement, la Direction a aussi travaillé sur une initiative de promotion des soins de santé communautaires en partenariat avec la Direction des soins de santé primaires. Cette initiative vise à sensibiliser la population à l'accès aux soins de santé au Nouveau-Brunswick. Des présentations ont été offertes à de nombreux intervenants, cliniciens et

organismes non gouvernementaux et comprennent du matériel promotionnel pour aider les Néo-Brunswickois à naviguer dans notre système de soins de santé.

La Direction a rencontré des districts scolaires et des partenaires communautaires afin d'établir les priorités et d'explorer les ressources disponibles. Ce groupe travaille actuellement à offrir aux éducateurs un ensemble de ressources à jour sur la prévention du suicide et la santé mentale, destiné aux élèves de neuvième année et à leur famille, afin de normaliser les conversations et de sensibiliser davantage à la prévention et à l'accès aux services de traitement des dépendances et de santé mentale disponibles au Nouveau-Brunswick.

RYAN ANDREW NOLAN

Une enquête obligatoire du coroner sur le décès de Ryan Nowlan a eu lieu le 21 et 22 novembre 2023 à Saint John. M. Nowlan est décédé chez lui le 31 décembre 2021, à la suite de blessures subies lors d'une intervention de la GRC, suivant un appel pour obtenir des services de la police.

Les cinq membres du jury ont entendu 12 témoins et formulé les recommandations suivantes :

1. Il devrait y avoir une formation continue et plus complète sur l'application de la loi en matière de violence familiale.
2. Il faudrait s'assurer que tous les agents qui interviennent lors d'une querelle familiale ont des renseignements de base adéquats sur un suspect avant d'entrer dans le domicile.
3. Les personnes ayant déjà été visées par des ordonnances interdictives en matière de violence familiale pourraient être tenues de suivre un traitement auprès d'un professionnel de la santé mentale.
4. Dans la mesure du possible, en cas de querelle familiale, il faudrait éviter tout autre contact entre la victime et l'auteur des actes de violence.
5. Il faudrait éviter d'entrer de nouveau dans les zones pouvant être source de menace grave pour récupérer des effets personnels non essentiels.
6. Les victimes de violence familiale devraient avoir plus facilement accès à des ressources.

Recommandation #1

Il devrait y avoir une formation continue et plus complète sur l'application de la loi en matière de violence familiale.

La Division J a rendu obligatoire la participation des membres à une formation sur la VPI/ERVFO de la Division J. Les cours sont prévus jusqu'à la fin de juin 2024 et nous déterminerons les dates de septembre à décembre 2024. À l'heure actuelle, 58,5 % des membres de la Division J ont reçu la formation sur l'outil ERVFO et 43,5 % ont reçu la formation sur la VPI. La Division J vise à former 80 % des membres d'ici le 31 décembre 2024.

Recommandation #2

Il faudrait s'assurer que tous les agents qui interviennent lors d'une querelle familiale ont des renseignements de base adéquats sur un suspect avant d'entrer dans le domicile.

La politique nationale sur la violence dans les relations précise ce qui suit :

2. 1. 1. Pour déterminer le plan d'action approprié, tenez compte de toutes les circonstances, y compris, sans s'y limiter : les allégations d'agression, les antécédents, le cycle de maltraitance, la fréquence ou l'escalade de la violence dans la relation, la présence d'enfants, l'utilisation d'armes, la présence d'animaux de compagnie et la planification de la sécurité.

3. 1. 1. 1. 2. s'assurer que les vérifications du Centre d'information de la police canadienne (CIPC), du Système d'incidents et de rapports de police (SIRP), du Police Records Information Management Environment (système PRIME-BC), de Versadex Halifax et du Registre canadien des armes à feu en ligne sont effectuées;

3. 1. 1. 1. 3. obtenir le plus d'information possible de la Station de transmissions opérationnelles (STO) ou d'autres sources (p. ex. : partenaires).

La politique de la Division J précise ce qui suit :

1. 2. Antécédents du suspect

1. 2. 1. Antécédents de violence criminelle du suspect : Effectuez toutes les vérifications des indices, y compris celles du CIPC, du PAR, du SIRP et du Registre canadien des armes à feu en ligne. Déterminer les antécédents criminels de l'accusé. Le suspect a-t-il des antécédents d'enquêtes, d'accusations ou de condamnations pour menaces, violence ou agressions sexuelles? (CAUTION)

1. 2. 2. Antécédents de violence familiale antérieurs : Y a-t-il des antécédents de violence ou un comportement abusif dans la relation ou avec un ancien partenaire intime? Existe-

t-il des antécédents de menaces de violence, de violence réelle ou de comportement abusif envers les autres membres du ménage, y compris les enfants, les autres membres de la famille ou les animaux de compagnie? (CAUTION)

- Les points ci-dessus seront communiqués aux membres à titre de rappel lorsqu'ils traitent des dossiers de VPI.
- Un examen exhaustif des politiques divisionnaires en matière de VPI sera effectué, y compris la section 2.4. Violence conjugale; l'annexe 2-4-3 Violence conjugale – Procédures d'enquête et de mise en liberté; et l'annexe 2-4-4 Protocole du Nouveau-Brunswick d'évaluation policière du risque de violence conjugale ou de violence entre partenaires intimes (VC/VPI).
- Les points ci-dessus seront communiqués à la STO et aux gestionnaires des risques à titre de rappel lorsqu'ils supervisent la réponse initiale aux enquêtes sur la VPI.

Recommandation #3

Les personnes ayant déjà été visées par des ordonnances interdictives en matière de violence familiale pourraient être tenues de suivre un traitement auprès d'un professionnel de la santé mentale.

Ne s'applique pas à la Division J de la GRC.

Recommandation #4

Dans la mesure du possible, en cas de querelle familiale, il faudrait éviter tout autre contact entre la victime et l'auteur des actes de violence.

La politique de la Division précise ce qui suit :

4.2.3. trouver et séparer les parties au différend, si possible.

Au cours de l'examen exhaustif de la politique de la Division, les Enquêtes criminelles (EC) modifieront la politique de la Division en matière de VPI pour s'assurer que l'accent est mis sur l'interdiction de communication entre la victime et l'agresseur.

Recommandation #5

Il faudrait éviter d'entrer de nouveau dans les zones pouvant être source de menace grave pour récupérer des effets personnels non essentiels.

Au cours de l'examen exhaustif de la politique de la Division sur la VPI, les EC apporteront les modifications nécessaires pour indiquer que les membres ne doivent pas se retrouver dans une situation à risque élevé pour récupérer leurs effets non essentiels.

Recommandation #6

Les victimes de violence familiale devraient avoir plus facilement accès à des ressources.

Une nouvelle unité des crimes sexuels est en cours de création et des ressources seront totalisées dans les différentes régions du Nouveau-Brunswick. Les services seront destinés aux victimes de VPI et aux victimes de crimes sexuels. Des initiatives comme les chiens thérapeutiques dans les centres de VPI sont prévues.

La Division J de la GRC collabore avec des organismes externes sur les dossiers de VPI et les interventions tenant compte des traumatismes. Ces intervenants comprennent Violence sexuelle NB, KIDS et d'autres groupes sans but lucratif qui sont des experts dans le domaine de la violence entre partenaires intimes.

WILLIAM RUSSELL

Une enquête obligatoire sur le décès de William Russell a eu lieu les 4 et 5 décembre 2023 à Fredericton. M. Russell est décédé le 11 février 2021 des suites de blessures subies alors qu'il travaillait pour Marwood Limited à Tracyville.

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

1. S'inspirer des secteurs en pleine maturité et des autres provinces et territoires du Canada pour établir des normes de sécurité, des pratiques exemplaires, des règlements et des lois qui aideront les entreprises du Nouveau-Brunswick à comprendre et à mettre en œuvre des systèmes de gestion de la sécurité d'une manière claire, précise et facile à comprendre.

2. Des modèles et des exemples d'exigences en matière d'inspection et de documentation pourraient être mis à la disposition des entreprises. Il serait ainsi possible

de bonifier la Loi sur l'hygiène et la sécurité au travail, qui précise que seulement des inspections et documents sont requis.

3. Il faudrait de plus amples précisions dans la Loi ou ses règlements sur les exigences relatives à la formation, à la façon de documenter la tenue de ces formations et aux données portant sur les employés qui ont complété ces formations et sur ceux qui ont pris du retard. De plus, il faudrait plus de détails entourant la mise en place, la communication et l'approbation des procédures opérationnelles normalisées.

Recommandation #1

S'inspirer des secteurs en pleine maturité et des autres provinces et territoires du Canada pour établir des normes de sécurité, des pratiques exemplaires, des règlements et des lois qui aideront les entreprises du Nouveau-Brunswick à comprendre et à mettre en œuvre des systèmes de gestion de la sécurité d'une manière claire, précise et facile à comprendre.

Réponse de Travail sécuritaire NB

Travail sécuritaire NB répond déjà à cette recommandation.

Des représentants de Travail sécuritaire NB siègent à de nombreux comités et organismes nationaux. Des représentants de Travail sécuritaire NB sont membres de groupes d'élaboration de normes nationales et en dirigent souvent les travaux. Le personnel de Travail sécuritaire NB est membre de groupes travail régionaux, nationaux et internationaux qui enquêtent sur des accidents industriels. Travail sécuritaire NB tire partie de ces travaux pour travailler avec le gouvernement provincial à mettre à jour les lois et les normes. En plus des mises à jour particulières fondées sur de nouvelles informations ou normes, Travail sécuritaire NB entreprend une révision complète des dispositions législatives sur un cycle quinquennal et consulte les parties prenantes afin de s'assurer que les dispositions législatives sur la l'hygiène et la sécurité au travail maintiennent des normes élevées pour les employeurs du Nouveau-Brunswick.

Recommandation #2

Des modèles et des exemples d'exigences en matière d'inspection et de documentation pourraient être mis à la disposition des entreprises. Il serait ainsi possible de bonifier la Loi sur l'hygiène et la sécurité au travail, qui précise que seulement des inspections et documents sont requis.

Réponse de Travail sécuritaire NB

Travail sécuritaire NB répond déjà à cette recommandation.

Travail sécuritaire NB propose de nombreux modèles et guides par l'intermédiaire du personnel de terrain et sur son site Web pour aider les employeurs à atteindre un niveau élevé de conformité en matière de santé et de sécurité. Le personnel de Travail sécuritaire NB révisé régulièrement les ressources destinées aux employés pour veiller à ce qu'elles reflètent les pratiques exemplaires. Lorsque des dispositions législatives sont adoptées ou modifiées, les documents de référence sont modifiés au besoin ou de nouveaux sont rédigés. Ces ressources sont facilement accessibles et leur existence est bien communiquée.

Recommandation #3

Il faudrait de plus amples précisions dans la Loi ou ses règlements sur les exigences relatives à la formation, à la façon de documenter la tenue de ces formations et aux données portant sur les employés qui ont complété ces formations et sur ceux qui ont pris du retard. De plus, il faudrait plus de détails entourant la mise en place, la communication et l'approbation des procédures opérationnelles normalisées.

Réponse de Travail sécuritaire NB

Travail sécuritaire NB répond déjà à cette recommandation.

La Loi sur l'hygiène et la sécurité au travail et ses règlements prévoient des exigences sur la formation et la tenue de dossiers. La Loi utilise les termes procédures et codes de directives, lesquels contiennent les mêmes renseignements que les procédures opérationnelles standardisées. En vertu des exigences légales actuelles, les employés doivent recevoir de la formation sur les codes de directives et sur ces procédures.

DANIEL MOORE

Une enquête obligatoire sur le décès de Daniel Moore a eu lieu les 6 et 7 décembre 2023 à Fredericton. M. Moore est décédé le 10 juillet 2021 des suites de blessures subies alors qu'il travaillait comme charpentier sur un chantier de construction résidentielle.

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

1. Un charpentier certifié devrait être présent sur chaque chantier.
2. Il devrait y avoir un travailleur ayant reçu une formation en premiers soins sur chaque chantier.
3. Les permis de construction de nouvelles maisons doivent être associés au nom d'un charpentier certifié.

4. Les membres de l'Association canadienne des constructeurs d'habitations du Nouveau-Brunswick devraient suivre un cours de recyclage sur la sécurité tous les ans ou tous les deux ans
5. Les fermes de toit devraient être assemblées au sol lorsque c'est possible.
6. Lorsque la structure est en chevrons, les dimensions des attaches utilisées pour relier temporairement les fermes de toit devraient être de deux pieds sur quatre pieds
7. La hauteur nécessitant l'installation d'équipement de protection contre les chutes devrait être de moins de trois mètres lorsque le travail est exécuté au-dessus d'une surface de béton; une hauteur de trois mètres est acceptable lorsque le plancher est en contreplaqué
8. Les inspecteurs en bâtiment devraient procéder à un plus grand nombre d'inspections aléatoires.

Recommandation #1

Un charpentier certifié devrait être présent sur chaque chantier.

Réponse de Travail sécuritaire NB

Des représentants de Travail sécuritaire NB ont récemment rencontré des membres du personnel d'Apprentissage et Certification professionnelle et du ministère de la Justice et de la Sécurité publique. Ils ont discuté des recommandations de l'enquête du coroner, notamment de celle-ci. Actuellement, le métier de charpentier n'est pas régi par le ministère de la Justice et de la Sécurité publique. C'est plutôt une profession volontaire telle que définie dans la Loi sur l'apprentissage et la certification professionnelle. Travail sécuritaire NB, le ministère de la Justice et de la Sécurité publique et Apprentissage et Certification professionnelle continueront à suivre de près la sécurité dans les chantiers de construction au Nouveau-Brunswick et au besoin, modifiera le cadre réglementaire.

Recommandation #2

Il devrait y avoir un travailleur ayant reçu une formation en premiers soins sur chaque chantier.

Réponse de Travail sécuritaire NB

Travail sécuritaire NB répond déjà à cette recommandation.

Le Règlement sur les premiers soins 2004-130 prévoit des obligations en matière de secourisme. Il y a déjà une exigence réglementaire à l'égard de la présence de secouristes sur les chantiers et le nombre exigé varie selon le nombre d'employés. Dans

le règlement, la construction est définie comme un « travail à risque élevé » et peut nécessiter la présence de plus de secouristes.

Recommandation #3

Les permis de construction de nouvelles maisons doivent être associés au nom d'un charpentier certifié.

Réponse de Travail sécuritaire NB

Cette recommandation a été communiquée au ministère de la Justice et de la Sécurité publique puisqu'elle n'est pas du ressort de Travail sécuritaire NB. La *Loi sur l'administration du Code du bâtiment* porte sur la sécurité technique de l'environnement bâti. Dans sa forme actuelle, elle traite des qualifications des titulaires de permis ou des personnes désignées, tandis que la désignation des charpentiers reste volontaire. Comme noté dans la recommandation n° 1, Travail sécuritaire NB, Apprentissage et Certification professionnelle et le ministère de la Justice et de la Sécurité publique continueront à suivre de près la sécurité dans les chantiers de construction au Nouveau-Brunswick. De plus, Travail sécuritaire NB continuera à analyser les données concernant les charpentiers. Travail sécuritaire NB appuiera toute décision que prendront Apprentissage et Certification professionnelle et le ministère de la Justice et de la Sécurité publique à l'égard de cette recommandation.

Recommandation #4

Les membres de l'Association canadienne des constructeurs d'habitations du Nouveau-Brunswick devraient suivre un cours de recyclage sur la sécurité tous les ans ou tous les deux ans.

Réponse de Travail sécuritaire NB

Travail sécuritaire NB fera part de cette recommandation aux différentes associations de constructeurs de maisons de la province et à la New Brunswick Construction Safety Association. La législation sur l'hygiène et la sécurité au travail exige une formation adaptée aux activités de l'employeur et ces exigences seront conservées et appliquées. Travail sécuritaire NB aidera ces organismes au besoin.

Recommandation #5

Les fermes de toit devraient être assemblées au sol lorsque c'est possible.

Réponse de Travail sécuritaire NB

Travail sécuritaire NB répond déjà à cette recommandation.

À la suite de cette enquête, Travail sécuritaire NB a produit du matériel de formation sur l'érection sécuritaire des fermes de toit en collaboration avec la New Brunswick Construction Safety Association. Ces documents peuvent facilement être consultés par le milieu de la construction et par les constructeurs.

Recommandation #6

Lorsque la structure est en chevrons, les dimensions des attaches utilisées pour relier temporairement les fermes de toit devraient être de deux pieds sur quatre pieds.

Réponse de Travail sécuritaire NB

Travail sécuritaire NB n'est pas en faveur de cette recommandation.

Bien que les morceaux de bois de deux pieds sur quatre soient plus solides que les attaches, ils ne sont pas destinés à servir de surface de marche et il n'est pas sécuritaire de les utiliser à cet effet.

Recommandation #7

La hauteur nécessitant l'installation d'équipement de protection contre les chutes devrait être de moins de trois mètres lorsque le travail est exécuté au-dessus d'une surface de béton; une hauteur de trois mètres est acceptable lorsque le plancher est en contreplaqué.

Réponse de Travail sécuritaire NB

Travail sécuritaire NB n'est pas en faveur de cette recommandation pour l'instant.

Il n'a pas été démontré que le risque de blessure est plus élevé en cas de chute sur du béton qu'en cas de chute sur du contreplaqué. Les exigences du Nouveau-Brunswick correspondent à celles des autres provinces et territoires canadiens.

De telles modifications résultent habituellement d'une mise à jour des normes par les différents organismes de normalisation. Travail sécuritaire NB et les autres organismes de réglementation en matière d'hygiène et de sécurité au travail du Canada siègent aux comités techniques des organismes de normalisation.

Recommandation #8

Les inspecteurs en bâtiment devraient procéder à un plus grand nombre d'inspections aléatoires.

Réponse de Travail sécuritaire NB

Travail sécuritaire NB a fait part de cette recommandation au ministère de la Justice et de la Sécurité publique, qui est responsable de l'application de la Loi sur l'administration du Code du bâtiment. Actuellement, la Loi ne permet pas aux inspecteurs en bâtiment de faire respecter certains aspects du Code national du bâtiment et d'autres normes relatives à l'environnement bâti. Les inspecteurs en bâtiment ne sont pas habilités à faire appliquer la Loi sur l'hygiène et la sécurité au travail, mais le ministère de la Justice et de la Sécurité publique s'est engagé à leur transmettre, par l'intermédiaire de l'administrateur du Code du bâtiment, les informations relatives à la sécurité des travailleurs de la construction.

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 2023, le Comité a examiné 17 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.

| Numéro de cas/ date du rapport | Information démographique | Cas de Coroner (CC)/ Implication du Développement social (DS) | Mode | Cause de décès | Recommandations |
|---------------------------------------|----------------------------------|--|-------------|---|----------------------------------|
| #1 21-Fev-23 | Mâle de 6 ans | CC | Accident | Lésion cérébrale traumatique subie lors d'un accident de la route | Aucune |
| #2 21-Fev-23 | Mâle d'une journée | CC | Natural | Pneumonie néonatal | Aucune |
| #3 28-Fev-23 | Mâle de 3 semaine | SD | Natural | Anomalies de naissance | Aucune |
| #4 28-Fev-22 | Femelle de 13 ans | CC/DS | Suicide | Grave traumatisme crânien du a une chute | 1 recommandation (voir plus bas) |
| #5 21-Mar-23 | Mâle de 18 ans | CC | Homicide | Blessures par balle à la poitrine | Aucune |
| #6 28-Mar-23 | Femelle de 18 ans | CC | Suicide | Compression du cou par ligature | 1 recommandation (Voir plus bas) |
| #7 12-Avr-23 | Mâle de 18 mois | CC | Natural | Infection virale avec cardiopathie congénitale | Aucune |

| | | | | | |
|------------------|-------------------|-------|-------------|--|-----------------------------------|
| #8 13-Avr-23 | Femelle de 3 mois | CC/DS | Accidentel | Asphyxie mécanique par surcouche (lit partager) | 6 recommandations (Voir plus bas) |
| #9 4-Mai-23 | Femelle de 15 ans | SD | Natural | Hémorragie pulmonaire; décède a IWK, dans la juridiction de la Nouvelle-Ecosse | Aucune |
| #10 5-Mai-23 | Femelle de 14 ans | CC/DS | Natural | Trouble épileptique | Aucune |
| #11 14-Sep-23 | Femelle de 2 mois | CC | Natural | Prématurité | Aucune |
| #12 14-Sep-23 | Mâle de 12 ans | CC | Accident | Noyade | Aucune (Voir la note plus bas) |
| #13 16-Nov-23 | Femelle de 2 mois | CC | Indéterminé | Aucune cause anatomique de décès | Aucune |
| #14 20-Nov-23 | Mâle de 10 jours | CC/DS | Indéterminé | Aucune cause anatomique de décès | Aucune |

| | | | | | |
|-----------------|-------------------|-------|----------|---|--------|
| #15 7-Dec-23 | Mâle de 1 ans | CC/DS | Natural | Complication de trouble épileptique | Aucune |
| #16 7-Dec-23 | Mâle de 2 semaine | CC/DS | Accident | Asphyxie due à une position de sommeil dangereuse | Aucune |
| #17 7-Dec-23 | Mâle de 18 ans | CC | Accident | Dommmages importants aux organes internes dus à un accident de véhicule automobile à grande vitesse | Aucune |

Recommandations et réponses

Cas n° 4

Recommandation

En raison de la complexité du dossier et du nombre de questions sans réponses soulevées au cours de cet examen, le Comité recommande que le Bureau du coroner en chef tienne une enquête publique sur ce décès.

Réponse du Bureau du coroner en chef :

Une enquête a eu lieu du 4 au 6 novembre 2024. Les recommandations et les réponses de l'agence à cette enquête seront publiées dans le rapport annuel de 2024.

Cas n° 6

Recommandation

Le Comité d'examen des décès d'enfants recommande que le Bureau du coroner en chef fournisse des lignes directrices concernant la rédaction des résumés pour s'assurer que chacun d'entre eux est complet.

Réponse du Bureau du coroner en chef :

Tous les coroners ont maintenant suivi une formation accréditée sur la rédaction de rapports par l'entremise de la Death Investigation Training Academy aux États-Unis; ce cours et d'autres font maintenant partie de la formation de base des coroners et seront requis pour tous les nouveaux coroners à l'avenir.

Un modèle de rédaction de rapports sommaires a également été élaboré et est utilisé activement à l'échelle de la province.

Cas n° 8

Recommandation #1

Que le ministère du Développement social rencontre les têtes dirigeantes des Premières Nations pour élaborer un modèle de prise de décisions structurée (Structured Decision Making®) inclusif pour les communautés autochtones tenant compte des objectifs, besoins, traumatismes intergénérationnels, forces et facteurs de protection propres à ces communautés.

Réponse du ministère du Développement social:

La relation de collaboration avec les dirigeants des Premières Nations du Nouveau-Brunswick est importante pour le Ministère. En réponse à cette recommandation, le Ministère a révisé ses normes de protection de l'enfance et de la jeunesse et y a notamment apporté les améliorations suivantes. La planification de la sécurité comporte désormais des directives précisant que si une évaluation de sécurité de la prise de décisions structurée est réalisée et qu'une partie est autochtone, le travailleur social doit collaborer avec l'organisme de services à l'enfance et à la famille de la Première Nation concernée pour organiser une réunion. La réunion a deux objectifs. D'abord, discuter du plan de sécurité pour déterminer s'il garantit la sécurité des enfants ou des jeunes dans le foyer, et prendre en compte les facteurs de risque et de protection propres à la communauté autochtone. Ensuite, déterminer la marche à suivre par le Ministère et par l'organisme de service pour veiller à ce que toutes les mesures de sécurité soient en place et puissent faire l'objet d'un suivi au besoin. (Les normes sont à l'étape de l'approbation définitive.)

Recommandation #2

Que dans les cas où un enfant bénéficiant de services décède alors qu'il est sous la garde de ses parents, et que ceux-ci pourraient avoir d'autres enfants sous leur garde, le ministère du Développement social demande à la police si, à première vue, il semble avoir eu un acte criminel, et communique avec le coroner afin de déterminer si l'autopsie a soulevé des inquiétudes pour les enfants survivants.

Réponse du ministère du Développement social:

Le Ministère est résolu à travailler en partenariat pour assurer la sécurité et le bien-être des enfants et des jeunes. En réponse à cette recommandation, le ministère du Développement social a révisé ses normes de pratique pour les enquêtes en matière de protection de l'enfance et de la jeunesse pour y inclure des directives concernant la communication avec la police et le coroner en cas de décès suspect d'un enfant et de présence d'autres enfants dans le foyer. (Les normes sont à l'étape de l'approbation définitive.)

Recommandation #3

Que le ministère du Développement social organise une séance d'information pour le Bureau du coroner en chef, plus particulièrement pour les coroners surveillants régionaux, au sujet de ses services et de la façon de communiquer avec le Ministère pour un aiguillage.

Réponse du ministère du Développement social:

Le ministère du Développement social est résolu à veiller à ce que les intervenants comprennent leur devoir de signaler toute préoccupation en matière de protection des enfants et des jeunes. En réponse à cette recommandation, le Ministère organisera annuellement une séance d'information par un conseiller en protection de l'enfance et de la jeunesse et par un conseiller responsable des examens de décès d'enfants afin d'expliquer comment les coroners peuvent demander des renseignements pour faciliter leur enquête et demander un aiguillage (lorsqu'il y a d'autres enfants dans le foyer).

Recommandation #4

Que le Bureau du coroner en chef établisse des lignes directrices concernant l'information qui peut être communiquée au ministère du Développement social pendant que le Ministère mène une enquête sur le décès d'un enfant qui recevait ses services. L'information doit être conservée strictement sur toute question de protection continue que le coroner aurait pu observer.

Réponse du Bureau du coroner en chef :

L'article 34.1.d de la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé* autorise le coroner à communiquer des renseignements personnels sur la santé d'une personne défunte à des fins précises de sécurité publique ou de protection d'un groupe de personnes. Le coroner peut ainsi communiquer de l'information au ministère du Développement social lorsqu'il y a des enfants à la maison ou que d'autres personnes risquent de subir des préjudices ou de mourir et que le Ministère pourrait atténuer ce risque. Les coroners en sont informés au moyen d'une note

de service et doivent en outre en être rappelés par leur surveillant dans de tels cas. Cet échange d'information s'ajoute à la responsabilité générale de la police, des coroners et d'autres intervenants d'alerter le ministère du Développement social s'ils croient qu'un enfant risque de subir un préjudice.

Recommandation #5

Que le ministère de la Justice et de la Sécurité publique, par l'intermédiaire du Bureau du coroner en chef, divulgue publiquement le pourcentage de nourrissons dans la province dont l'état de sommeil est jugé dangereux pendant la Semaine du sommeil sécuritaire qui a lieu chaque année en mars. Cette mesure appuierait les efforts nationaux de Baby's Breath Canada, de la Société canadienne de pédiatrie, de Parachute Canada, de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada qui font la promotion de la Semaine du sommeil sécuritaire.

Réponse du ministère de la Justice et de la Sécurité publique :

Le Bureau du coroner en chef a depuis publié un communiqué de sensibilisation sur les plateformes de médias sociaux du gouvernement du Nouveau-Brunswick décrivant l'ABC du sommeil sécuritaire. Ce faisant, le Bureau du coroner en chef sensibilise le public et lui fournit de l'information sur les pratiques de sommeil sécuritaire, et il poursuivra cette pratique de façon continue afin d'éduquer le public dans le but de prévenir de tels décès à l'avenir.

Recommandation #6

Que Santé publique réévalue sa série de livres « Tendres soins » qui est offerte aux nouveaux parents. En particulier la page 70 de leur livre dans lequel il est question d'endroits sécuritaires pour dormir. Le partage de lit ne devrait pas être inclus dans le livre à titre de pratique sécuritaire. Lorsque le partage de lit est mentionné, cela devrait s'accompagner d'un avertissement indiquant que cette pratique augmente le risque de syndrome de mort subite du nourrisson. Santé publique devrait consulter la déclaration publiée par le gouvernement du Canada. Le communiqué, publié le 13 mars 2023, s'intitule *Message du ministre de la Santé à l'occasion de la deuxième Semaine annuelle du sommeil sécuritaire du Canada 2023*. Santé publique devrait réévaluer son approche en matière de sommeil sécuritaire en fonction des renseignements présentés dans ce communiqué. Il faut discuter des questions de sommeil sécuritaire avec la mère enceinte et inclure activement celles-ci dans le plan d'intervention de toute mère qui accède à des services postnataux.

Réponse de Santé publique :

Nous vous remercions de nous avoir transmis le rapport du Comité et ses recommandations. Pour ce qui est de la sixième recommandation, il faut noter que les

guides Tendres soins sont revus annuellement. Les révisions apportées à la fin 2023 ont précisé les indications relatives au sommeil en toute sécurité et portaient notamment sur les pratiques visant à réduire le risque de mort subite du nourrisson et les risques liés au partage du lit.

Les ressources en matière de santé publique (p. ex. : Tendres soins, le guide provincial de l'allaitement et le site web du GNB) ne recommandent pas le partage du lit. Même si cette pratique n'est pas recommandée, elle est courante chez les parents. C'est pourquoi Santé publique a adopté une approche de réduction des risques, en diffusant des messages à cet effet dans les ressources provinciales. C'est aussi l'approche adoptée par l'Agence de la santé publique du Canada et par Santé Canada. Santé publique sensibilise régulièrement au sommeil en toute sécurité sur les médias sociaux par des publications sur ses comptes et par des campagnes publicitaires.

Les diététistes et les infirmières des autorités régionales de Santé publique discutent des bonnes pratiques de sommeil lors des visites à domicile réalisées dans le cadre du programme Familles en santé, bébés en santé.

Cas n° 12

Avant que le dossier ne soit confié au Comité d'examen des décès d'enfants, la municipalité avait pris des mesures pour éliminer le danger de décès futurs, et cette recommandation n'était plus nécessaire.

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 2023. 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.

En 2022, le Comité a examiné deux décès survenus entre 2020 et 2021. Il y a eu un décès lié à la violence familiale au Nouveau-Brunswick en 2023, mais le CEMVC ne peut pas commencer son examen tant que toutes les enquêtes et les procédures criminelles ne sont pas terminées.

Recommandations et réponses

Rapport no 1

Recommandation #1

Le Comité d'examen de la mortalité liée à la violence familiale recommande que l'Association des chefs de police du Nouveau-Brunswick, en collaboration avec le Bureau du coroner en chef, adopte une approche proactive et crée un sous-comité qui comprendra des coordonnateurs en VPI des régions rurales et urbaines du Nouveau-Brunswick. Le comité devrait être coprésidé par le président du CEMVC et par un coordonnateur en VPI désigné. Il servirait de une plateforme pour communiquer les

connaissances et les défis liés aux situations de VC/VPI. Chaque sous-comité relèverait de l'ACPNB.

Réponse de l'Association des chefs de police du Nouveau-Brunswick :

L'ACPNB appuie pleinement cette recommandation et a mis en œuvre sa part dans le processus. L'ACPNB jouera un rôle consultatif auprès du comité des coordonnateurs en VPI mis de l'avant par chaque corps de police et la GRC et recevra les résultats du comité aux fins d'examen par les chefs.

Réponse du Bureau du coroner en chef :

Le Bureau du coroner en chef convient qu'il est très utile de mettre sur pied un comité pour s'attaquer de façon proactive au risque de violence familiale entraînant des décès. Bien que le Comité d'examen de la mortalité liée à la violence familiale soit mis sur pied par le coroner en chef en vertu de la Loi sur les coroners, et que le comité soit présidé par un coroner en chef adjoint, le comité lui-même est composé d'un certain nombre d'experts en la matière dans les domaines des services de police, du droit, de la médecine, du milieu universitaire, des Premières Nations et de la violence familiale. Les coroners ne sont pas en soi des experts en matière de violence familiale, et les Services de coroner pourraient être mieux placés pour jouer un rôle consultatif et aider les coordonnateurs en VPI à mettre sur pied leur comité.

Recommandation #2

Le Comité d'examen de la mortalité liée à la violence familiale recommande à l'Association des chefs de police du Nouveau-Brunswick qu'une formation de recyclage de l'ERVFO soit requise et effectuée tous les cinq ans par ses membres.

Réponse de l'Association des chefs de police du Nouveau-Brunswick :

L'ACPNB n'a pas le pouvoir direct de diriger les forces de police ou la GRC sur le plan opérationnel ou administratif en matière de formation. Il est recommandé de modifier la recommandation pour reconnaître l'autorité de chaque force municipale et de la GRC dans la province.

Réponse du coroner en chef :

Cette recommandation sera transmise directement aux chefs de police municipaux et régionaux et au commandant de la GRC pour examen conformément à leur pouvoir en matière de formation.

Recommandation #3

Le Comité d'examen de la mortalité liée à la violence familiale recommande à l'Association des chefs de police du Nouveau-Brunswick que les policiers de toute la province reçoivent une formation sur le contrôle coercitif non seulement pour être en mesure de l'identifier, mais aussi sur la façon de bien le documenter dans leur dossier.

Réponse de l'Association des chefs de police du Nouveau-Brunswick :

L'ACPNB n'a pas le pouvoir direct de diriger les forces de police ou la GRC sur le plan opérationnel ou administratif en matière de formation. Il est recommandé de modifier la recommandation pour reconnaître l'autorité de chaque force municipale et de la GRC dans la province.

Réponse du coroner en chef :

Cette recommandation sera transmise directement aux chefs de police municipaux et régionaux et au commandant de la GRC pour examen conformément à leur pouvoir en matière de formation.

Recommandation #4

Le Comité d'examen de la mortalité liée à la violence familiale recommande à l'Association des chefs de police du Nouveau-Brunswick que les interventions dans les dossiers de VC/VPI du coordonnateur en violence entre partenaires intimes de chaque détachement soient assorties de protocoles universels qui dicteraient la façon de documenter les interventions effectuées dans un dossier.

Réponse de l'Association des chefs de police du Nouveau-Brunswick :

L'ACPNB n'a pas le pouvoir direct de diriger les forces de police ou la GRC sur le plan opérationnel ou administratif en matière de formation. Il est recommandé de modifier la recommandation pour reconnaître l'autorité de chaque force municipale et de la GRC dans la province.

Réponse du coroner en chef :

Cette recommandation sera transmise directement aux chefs de police municipaux et régionaux et au commandant de la GRC pour examen conformément à leur pouvoir en matière de formation.

Recommandation #5

Le Comité d'examen de la mortalité liée à la violence familiale recommande que l'Association des chefs de police du Nouveau-Brunswick, en collaboration avec le Cabinet du procureur général, fournisse une formation d'appoint à tous les agents de police du Nouveau-Brunswick sur les protocoles en place dans les cas de VC/VPI.

Réponse de l'Association des chefs de police du Nouveau-Brunswick :

L'ACPNB n'a pas le pouvoir direct de diriger les forces de police ou la GRC sur le plan opérationnel ou administratif en matière de formation. Il est recommandé de modifier la recommandation pour reconnaître l'autorité de chaque force municipale et de la GRC dans la province.

Réponse du Cabinet du procureur général :

Le Cabinet du procureur général examine actuellement cette recommandation avec les chefs de police et la GRC et collaborera à l'élaboration et à la mise en œuvre d'une formation d'appoint pour les policiers qui traitent les dossiers de violence conjugale et de violence entre partenaires intimes.

Rapport n° 2

Aucune recommandation n'a été formulée dans ce cas, car il a été confirmé qu'il n'y avait eu qu'un seul contact avec la police cinq ans auparavant qui n'était pas lié à la violence familiale, et qu'il n'y avait eu aucun engagement avec des organismes de soutien (comme l'ont confirmé les Services aux victimes, le ministère du Développement social et les services de traitement des dépendances et de santé mentale). Le plus proche parent a refusé de participer à l'examen.