



Bureau du coroner en chef

RAPPORT ANNUEL 2024

Rapport annuel 2024

Publié par :

Bureau du coroner en chef
Ministère de la Justice et de la Sécurité publique
Province du Nouveau-Brunswick
C.P. 6000
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5H1
Canada

Novembre 2025

ISBN : 978-1-4605-4442-6

ISSN : 0848-5666

Imprimé au Nouveau-Brunswick

L'honorable Robert Gauvin
Ministre de la Sécurité publique

Monsieur le Ministre,

Conformément à l'article 43 de la *Loi sur les coroners*, j'ai l'honneur de présenter le 53^e rapport annuel du coroner en chef pour la période allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2024.

Je vous prie d'agréer mes salutations distinguées.



Marie-Pier Picard
Coroner en chef intérimaire
Province du Nouveau-Brunswick

Table des matières

NOTRE MISSION	6
CONTEXTE HISTORIQUE	6
Origine du Bureau du coroner en chef.....	6
LE SYSTÈME DES CORONERS DU NOUVEAU-BRUNSWICK.....	7
Structure organisationnelle.....	7
Déclaration	7
Pouvoirs d'investigation des Services des coroners	7
But de l'enquête du coroner	8
Décision de mener une enquête	8
Comités d'examen des décès.....	8
RÉSUMÉ	10
Bureau du coroner en chef	10
RÉSUMÉ STATISTIQUE DES ENQUÊTES MENÉES À LA SUITE DE DÉCÈS	11
Résumé provincial – tableau A-1	12
Résumé provincial – Décès ayant fait l'objet d'une enquête, par catégorie et mois – tableau A-2	13
Décès ayant fait l'objet d'une enquête, par circonscription judiciaire – tableau A-3.....	14
Résumé provincial – Mort accidentelle, par groupe d'âge, sexe et circonscription judiciaire – tableau B-1.....	15
Résumé provincial – Mort accidentelle, par groupe d'âge, sexe et facteur de décès – tableau B-2.....	16
Résumé provincial – Mort accidentelle, par groupe d'âge, sexe, et lieu – tableau B-3	21
Résumé provincial – Suicide, par groupe d'âge, sexe, et circonscription judiciaire – tableau C-1.....	26
Résumé provincial – Suicide, par groupe d'âge, sexe, et facteur de décès – tableau C-2.....	27
Résumé provincial – Suicide, par groupe d'âge, sexe, et lieu – tableau C-3	30
Résumé provincial – Homicide, par groupe d'âge, sexe, et circonscription judiciaire – tableau D-1	32
Résumé provincial – Homicide, par groupe d'âge, sexe, et facteur de décès – tableau D-2	33
Résumé provincial – Homicide, par groupe d'âge, sexe, et lieu – tableau D-3	35
Résumé provincial – Mort naturelle, par groupe d'âge, sexe, et circonscription judiciaire – tableau E-1	37
Résumé provincial – Mort naturelle, par groupe d'âge, sexe, et facteur de décès – tableau E-2	38
Résumé provincial – Mort naturelle, par groupe d'âge, sexe, et lieu – tableau E-3	40
Résumé provincial – Origine inconnue, par groupe d'âge, sexe, et circonscription judiciaire – tableau F-1	44
Résumé provincial – Origine inconnue, par groupe d'âge, sexe, et facteur de décès – tableau F-2	45
Résumé provincial – Origine inconnue, par groupe d'âge, sexe, et lieu – tableau F-3	46

ANNEXE F.....	47
Origine inconnue.....	47
RÉSUMÉ DES ENQUÊTES ET RECOMMANDATIONS.....	49
Louis Gagnon.....	49
Darrell Mesheau.....	54
Jason Barnaby-Gloade.....	60
Darrell Richards.....	62
Hailey Pierce	63
COMITÉ D'EXAMEN DES DÉCÈS D'ENFANTS.....	68
COMITÉ D'EXAMEN DES DÉCÈS LIÉS À LA VIOLENCE CONJUGALE.....	73

NOTRE MISSION

Les Services des coroners sont un organisme indépendant de responsabilité publique chargé d'enquêter sur les décès. Mandatés en vertu des lois provinciales pour examiner tous les cas de morts suspectes au Nouveau-Brunswick, les Services des coroners mènent des enquêtes dans l'intérêt du public et n'ont aucun intérêt, quel qu'il soit, quant à l'issue de ces enquêtes.

CONTEXTE HISTORIQUE

Origine du Bureau du coroner en chef

Le Bureau du coroner est l'une des plus vieilles institutions du droit anglais.

L'une des premières fonctions du coroner était d'examiner les décès soudains et inattendus. À cet égard, il devait établir la cause du décès. Le coroner faisait appel à un jury pour vérifier ce fait et déterminer si un acte criminel était à l'origine du décès. Dans un tel cas, les habitants de la ville ou du village étaient tenus de payer une amende supplémentaire si le coupable n'était pas arrêté. Cette fonction a été modifiée au fil des ans, mais elle survit en tant qu'élément de base de tous les systèmes de coroners qui existent actuellement dans les pays de *common law*.

Au cours des 700 années qui ont suivi, aucune amélioration n'a été apportée à ces questions, qui demeurent les mêmes : « Qui est la personne décédée? Comment, quand, où et de quelle façon le décès est-il survenu? »

Une enquête n'est pas un forum pour résoudre des litiges civils ni pour mener des poursuites judiciaires. Une enquête n'est pas un procès, et le coroner n'est pas un juge. La procédure est inquisitoire et non accusatoire ou contradictoire.

Les coroners du Nouveau-Brunswick ont reçu la consigne de protéger les droits civils de toute personne pouvant être liée de quelque façon au décès et de veiller à ce que le jury du coroner ne tire aucune conclusion quant à une responsabilité civile ou criminelle, ni ne désigne quiconque comme étant responsable d'un acte ou d'une omission qui pourrait avoir contribué au décès.

LE SYSTÈME DES CORONERS DU NOUVEAU-BRUNSWICK

Structure organisationnelle

Aux fins administratives, les Services des coroners au Nouveau-Brunswick relèvent du ministère de la Justice et de la Sécurité publique. La surveillance des Services des coroners est assurée par le coroner en chef, qui est assisté de deux coroners en chef adjoints (opérations et administration).

Les sept coroners régionaux travaillant à temps plein dans les régions de Fredericton-Woodstock, de Moncton-Miramichi, de Saint John, de Bathurst-Campbellton et d'Edmundston ont relevé du coroner en chef par l'intermédiaire d'un coroner en chef adjoint durant l'exercice 2024.

En plus des sept coroners régionaux, environ 35 coroners contractuels, rémunérés à l'acte et ayant de l'expérience dans le domaine des enquêtes, offrent leurs services principalement les soirs et les fins de semaine dans toute la province.

Les coroners régionaux fournissent du soutien aux coroners contractuels et participent à l'élaboration et à la prestation de la formation.

Déclaration

Au Nouveau-Brunswick, 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 s'il 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. Les Services des coroners doivent examiner tous les décès qui leur 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. Les coroners sont donc un rouage essentiel de la sécurité publique, car ce sont eux qui, les premiers, déterminent si un décès est dû à des causes naturelles, à un accident, à un suicide ou à un homicide.

Pouvoirs d'investigation des Services des coroners

Aux fins d'investigation, les Services des coroners peuvent faire appel, au besoin, à la Gendarmerie royale du Canada (GRC) ou à un corps de police municipale, selon leurs compétences respectives. Ils peuvent également faire appel aux services des pathologistes des laboratoires régionaux de Fredericton, de Saint John et de Moncton, de même qu'aux services de toxicologie médico-légale provinciale de Saint John.

La détermination d'un décès comme étant un cas de « type II » nécessitant l'attention particulière d'un pathologue judiciaire entraîne le recours au service médico-légal et exige que le corps soit transporté à Saint John pour l'autopsie.

Lorsque les circonstances le justifient, les Services des coroners font appel à des spécialistes de l'extérieur de la province pour traiter les dossiers complexes, notamment à des fins de preuve ou d'identification.

But de l'enquête du coroner

Pendant de nombreuses années, l'enquête du coroner visait surtout à établir la cause médicale du décès. Aujourd'hui, celle-ci ne représente qu'un des nombreux éléments à examiner. Les facteurs non médicaux à l'origine du décès sont tout aussi importants et, dans bien des cas, requièrent des mesures correctives pour éliminer des conditions dangereuses pour la sécurité publique.

Décision de mener une enquête

L'une des décisions les plus difficiles pour un coroner consiste à déterminer s'il doit recommander la tenue d'une enquête au coroner en chef, qui décidera ensuite d'y donner suite ou non. Le coroner en chef peut également décider d'ordonner une enquête sur un décès, même en l'absence de recommandation d'un coroner.

Dans certaines circonstances, un coroner procède à une enquête lorsque le lui ordonne par écrit un juge de la Cour du Banc du Roi du Nouveau-Brunswick, un membre du Conseil exécutif ou le coroner en chef.

En 2008, la *Loi sur les coroners* a été modifiée pour exiger la tenue d'une enquête lors du décès accidentel d'un travailleur 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'une enquête 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 d'une enquête permet d'attirer l'attention du public sur les nombreuses causes qui peuvent entraîner un décès soudain et inattendu. On s'attend à ce que le jury d'enquête fasse des recommandations visant à éviter qu'un décès ne survienne dans des circonstances semblables.

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

Comités d'examen des décès

L'examen des décès au Nouveau-Brunswick, notamment par le Comité d'examen des décès d'enfants (CEDE) et le Comité d'examen des décès liés à la violence conjugale (CEDVC), joue un rôle essentiel pour comprendre et prévenir les décès prématurés dans la province. Ces comités multidisciplinaires, qui relèvent du Bureau du coroner en chef, sont chargés d'examiner les décès survenus dans des circonstances particulières.

Le CEDE, créé en 1997 et officiellement intégré à la *Loi sur les coroners* en 2022, examine tous les décès de personnes de moins de 19 ans qui relèvent d'un coroner ou qui concernent des enfants ayant eu récemment des contacts avec le ministère du Développement social. Son mandat consiste notamment à repérer des tendances et des facteurs de risque, à formuler des recommandations pour

améliorer les systèmes en place et à proposer des mesures préventives.

De la même façon, le CEDVC, créé en 2009, examine les décès liés à la violence familiale ou entre partenaires intimes, y compris les homicides et les suicides. En analysant ces dossiers, le Comité repère les lacunes systémiques et les facteurs de risque, puis formule des recommandations destinées aux organismes gouvernementaux et communautaires, afin de prévenir d'autres décès attribuables à la violence familiale ou entre partenaires intimes.

En 2024, le Bureau du coroner en chef a créé un troisième comité provincial d'examen des décès, conformément à une recommandation issue d'une enquête. Ce comité, appelé Comité d'examen des décès par suicide, demeure un projet pilote, puisqu'il n'est pas encore inscrit dans la *Loi*. Sa structure est semblable à celle du CEDE et du CEDVC, et il examine tous les décès par suicide chez les adultes afin de repérer des tendances et des facteurs de risque. Le Comité peut également formuler des recommandations pour prévenir d'autres décès.

Ces comités jouent un rôle essentiel en matière de prévention. Leurs travaux peuvent orienter les politiques publiques, améliorer la formation des professionnels et renforcer la collaboration entre les organismes. Les comités d'examen des décès constituent des outils indispensables pour prévenir les décès : en tirant des enseignements des tragédies passées, ils contribuent à créer des systèmes plus sûrs.

RÉSUMÉ

Environ 22 % des quelque 8 000 décès annuels dans la province font l'objet d'une enquête des Services des coroners. Une forte proportion des décès examinés sont attribués à des causes naturelles. Dans environ 35 % des dossiers, le coroner ordonne une autopsie alors que moins de 1 % nécessitent une enquête du coroner.

Pour la période visée par le présent rapport, le registraire de l'état civil a enregistré 8 701 décès dans la province, dont 1 571, soit 18,05 %, ont été signalés à un coroner. À titre de comparaison, l'année précédente comptait 8 664 décès dans la province, dont 1 837, soit 21,3 %, avaient été signalés à un coroner.

Nous tenons à exprimer notre reconnaissance à tous les organismes d'application de la loi et à tous les autres organismes concernés qui, tout au long de l'année, ont collaboré et apporté leur soutien aux enquêtes des Services des coroners. Nous exprimons également notre gratitude à l'ensemble des coroners, qui ont une fois de plus fait preuve d'un haut niveau de dévouement et de professionnalisme, souvent dans des conditions difficiles.

Le coroner en chef invite quiconque à formuler des commentaires ou des suggestions visant à modifier ou à améliorer toute partie du rapport ou tout aspect de la prestation des services de coroners dans la province.

Veuillez envoyer tout commentaire 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 ENQUÊTES MENÉES À LA SUITE DE DÉCÈS

Les renseignements fournis dans le présent rapport annuel concernent l'année civile 2024.

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 d'échanger des données et de les comparer avec celles d'autres organismes provinciaux et fédéraux.

Depuis 1987, les décès signalés aux Services des coroners et examinés par ceux-ci sont classés dans cinq catégories distinctes : mort naturelle, mort accidentelle, suicide, homicide et origine inconnue.

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

La catégorie **mort 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** regroupe tous les cas où la personne décédée a intentionnellement causé sa mort.

La catégorie **homicide** regroupe tous les cas où une personne pose volontairement un geste dont elle peut raisonnablement prévoir qu'il causera la mort d'autrui. Il est important de comprendre que cette catégorie, dans une enquête du coroner, renvoie à tout cas où une personne perd la vie en raison des actions d'une autre personne. Elle n'attribue aucune culpabilité, ce qui ne relève ni du mandat du coroner ni de celui du jury d'enquête.

La catégorie **origine inconnue** couvre tout décès pour lequel il est impossible de déterminer s'il s'agit d'une mort accidentelle, d'un suicide, d'un homicide ou d'une mort naturelle. On demande aux coroners de tout faire pour classer les décès dans l'une des autres catégories avant d'envisager celle-ci. Un exemple de cas difficile, qui pourrait entrer dans cette catégorie, est celui d'une surdose de drogue où il est impossible de déterminer si la mort est accidentelle ou si elle est due à un suicide ou à un homicide.

Les tableaux présentés dans ce rapport indiquent le **lieu**, c'est-à-dire l'**endroit** principal où le décès est survenu, ainsi que le **facteur de décès**, soit l'action, la force, l'instrument ou la maladie qui a mené directement au décès.

Le terme **autopsies** renvoie aux autopsies médicales et aux autopsies médico-légales.

Les statistiques suivantes ont été ventilées par région et rendent compte des données en fonction de la région où un décès est survenu, et non pas nécessairement de la région où la personne décédée résidait. Ce serait le cas, par exemple, si la personne décédée était en visite dans une autre région au moment de son décès, ou si un patient est décédé dans un grand hôpital après y avoir été transféré pour être traité par un spécialiste. Des ventilations supplémentaires sont fournies selon le sexe assigné à la naissance, le groupe d'âge et le type d'autopsie (type 1 ou 2).

Résumé provincial – tableau A-1
du 1^{er} janvier au 31 décembre 2024

Catégorie	Nombre de décès	% de décès	Taux par 100 000 habitants	Autopsies réalisées	% de la catégorie
Mort naturelle	1 049	67	123	349	33
Mort accidentelle	373	24	44	212	57
Suicide	123	8	14	25	20
Homicide	19	1	2	18	95
Origine inconnue	7	0	1	5	71
Total	1 571	100	184	609	39

REMARQUE : D'après les estimations de la population post-recensement de Statistique Canada de 854 355 pour les divisions de recensement du Nouveau-Brunswick, préparées par le ministère des Finances et du Conseil du Trésor le 16 octobre 2025.

Résumé provincial – Décès ayant fait l'objet d'une enquête, par catégorie et mois – tableau A-2

du 1^{er} janvier au 31 décembre 2024

Catégorie	Janv.	Févr.	Mars	Avr.	Mai	Juin	Juill.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Total
Mort naturelle	111	90	91	99	68	86	78	76	77	78	83	112	1 049
Mort accidentelle	28	22	30	23	30	30	47	26	37	32	38	30	373
Suicide	9	6	13	11	7	7	14	10	8	12	17	9	123
Homicide	0	1	1	2	3	1	2	1	3	1	3	1	19
Origine inconnue	0	1	0	1	1	0	2	1	1	0	0	0	7
Total	148	120	135	136	109	124	143	114	126	123	141	152	1 571

Décès ayant fait l'objet d'une enquête, par circonscription judiciaire – tableau A-3
 du 1^{er} janvier au 31 décembre 2024

	Bathurst	Campbellton	Edmundston	Fredericton	Miramichi	Moncton	Saint John	Woodstock	Province
Nombre	153	75	116	257	126	391	402	51	1 571
Mort naturelle	104	48	79	160	91	243	296	28	1 049
Mort accidentelle	37	19	26	69	23	110	75	14	373
Suicide	11	8	11	19	10	32	25	7	123
Homicide	0	0	0	7	2	5	5	0	19
Origine inconnue	1	0	0	2	0	1	1	2	7
% du total provincial	10%	5%	7%	16%	8%	25%	26%	3%	100%
Taux par 100 000 habitants	187,2	236,4	266,8	160,6	262,4	148,9	213,6	132,1	183,9
Mort naturelle	127,2	151,3	181,7	100,0	189,5	92,5	157,3	14,9	122,8
Mort accidentelle	45,3	59,9	59,8	43,1	47,9	41,9	39,8	7,4	43,7
Suicide	13,5	25,2	25,3	11,9	20,8	12,2	13,3	3,7	14,4
Homicide	0,0	0,0	0,0	4,4	4,2	1,9	2,7	0,0	2,2
Origine inconnue	1,2	0,0	0,0	1,3	0,0	0,4	0,5	1,1	0,8
Total des décès par traumatisme (accident, suicide, homicide)	48	27	37	95	35	147	105	21	515
Taux par 100 000 habitants	58,7	85,1	85,1	59,4	72,9	56,0	55,8	54,4	60,3

Résumé provincial - Mort accidentelle, par groupe d'âge, sexe et circonscription judiciaire - tableau B-1
 du 1^{er} janvier au 31 décembre 2024

Circonscriptions judiciaires	Plus de 70														Autopsies	% de la catégorie				
	0-19		20-30		31-40		41-50		51-60		61-70		Total Hommes	Total Femmes	Total	% de la catégorie				
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F								
Bathurst	2	2	5	0	1	2	1	1	5	0	2	1	8	7	24	13	37	10	14	6,6
Campbellton	1	0	2	0	0	1	2	0	0	1	4	0	6	2	15	4	19	5,1	9	4,2
Edmundston	2	1	5	2	1	1	1	0	2	1	0	3	3	4	14	12	26	7	14	6,6
Fredericton	2	1	13	2	4	4	3	4	5	3	4	4	13	7	44	25	69	18,6	44	20,8
Miramichi	0	0	3	1	2	0	4	1	1	2	4	0	2	3	16	7	23	6,2	15	7,1
Moncton	3	1	12	4	15	4	15	3	10	5	9	4	14	11	78	32	110	29,1	53	25,0
Saint John	3	1	5	4	12	4	10	4	6	4	8	2	9	3	53	22	75	20,2	49	23,1
Woodstock	0	0	3	0	3	0	2	1	2	0	0	2	0	1	10	4	14	3,8	14	6,6
Hommes	13		48		38		38		31		31		55		254					
% du total - hommes	3,5		12,9		10,2		10,2		8,3		8,3		14,7		68,1					
Femmes	6		13		16		14		16		16		38		119		373	100	212	100
% du total - femmes	1,6		3,5		4,3		3,8		4,3		4,3		10,2		31,9					
Total pour le groupe d'âge	19		61		54		52		47		47		93							
% du total de la catégorie	5,1		16,4		14,5		13,9		12,6		12,6		24,9							

Résumé provincial – Mort accidentelle, par groupe d'âge, sexe et facteur de décès – tableau B-2

du 1^{er} janvier au 31 décembre 2024

Facteur de décès Description	0-19		20-30		31-40		41-50		51-60		61-70		Plus de 70		Total Hommes	Total Femmes	Total	% de la catégorie	Autopsies	% de la catégorie
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F						
Alcool et drogue	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	1	2	3	0,8	3	1,4
Intoxication alcoolique	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	3	1	4	1,1	3	1,4
Morsures d'animaux, coups de patte, etc.	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0,3	1	0,5
Asphyxie	0	1	1	0	2	0	0	0	1	0	2	2	1	0	7	3	10	2,7	7	3,3
Aspiration	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	2	0	0	0	2	3	5	1,3	4	1,9
Traumatisme contondant, accidentel	2	0	5	1	2	3	6	0	3	0	5	2	3	1	26	7	33	8,8	16	7,5
Traumatisme contondant	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0	3	0,8	2	0,9
Brûlures – chaleur	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,3	1	0,5

Facteur de décès Description	0-19		20-30		31-40		41-50		51-60		61-70		Plus de 70		Total Hommes	Total Femmes	Total	% de la catégorie	Autopsies	% de la catégorie
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F						
Intoxication au monoxyde de carbone	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	0	3	1	4	1,1	1	0,5
Utilisation chronique de médicaments prescrits	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,3	0	0
Écrasement ou ensevelissement	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	4	0	4	1,1	2	0,9
Noyade – bain	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0,3	1	0,5
Noyade – eau recouverte de glace	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	2	0,5	1	0,5
Noyade – eau libre	0	0	5	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	9	1	10	2,7	9	4,2
Noyade – étang/carrière	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0,3	1	0,5
Noyade – piscine privée	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0,3	1	0,5
Drogues de rue	0	1	12	3	16	6	12	5	7	3	1	0	1	0	49	18	67	18	54	25,5
Médicament	0	0	6	0	5	4	5	7	4	6	2	1	1	0	23	18	41	11	39	18,4

Facteur de décès Description	0-19		20-30		31-40		41-50		51-60		61-70		Plus de 70		Total Hommes	Total Femmes	Total	% de la catégorie	Autopsies	% de la catégorie
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F						
Hypothermie	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	0,5	2	0,9
Chute ou saut (niveaux différents, p. ex. pont, bâtiment)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	7	2	9	4	13	3,5	2	0,9
Chute ou saut (même niveau)	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	4	2	20	23	26	25	51	13,7	3	1,4
Feu – structure	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	3	1	6	1	7	1,9	4	1,9
Feu – véhicule	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0,8	3	1,4
Intervention médicale	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	2	2	4	1,1	1	0,5
Maladie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	2	3	4	7	1,9	2	0,9
Objet obstruant la gorge	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	2	2	4	1,1	1	0,5
Asphyxie positionnelle	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,3	1	0,5
Traumatisme par objet tranchant	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,3	1	0,5
Suffocation	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0,3	0	0

Facteur de décès Description	0-19		20-30		31-40		41-50		51-60		61-70		Plus de 70		Total Hommes	Total Femmes	Total	% de la catégorie	Autopsies	% de la catégorie
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F						
Traumatisme résultant d'un écrasement d'avion	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0,3	1	0,5
Traumatisme résultant d'une collision impliquant un véhicule récréatif	2	0	1	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	4	2	6	1,6	3	1,4
Traumatisme résultant d'un capotage ou du renversement d'un véhicule récréatif	1	0	0	0	2	0	2	0	3	0	0	1	0	0	8	1	9	2,4	7	3,3
Traumatisme résultant d'une collision d'un véhicule	4	2	6	4	4	2	5	0	1	4	1	0	7	4	28	16	44	11,8	21	9,9
Traumatisme résultant d'un capotage ou du renversement d'un véhicule	3	2	6	2	0	1	3	0	3	0	1	0	1	0	17	5	22	5,9	10	4,7

Facteur de décès Description	0-19		20-30		31-40		41-50		51-60		61-70		Plus de 70		Total Hommes	Total Femmes	Total	% de la catégorie	Autopsies	% de la catégorie
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F						
Traumatisme résultant d'une collision entre un véhicule et un piéton	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	1	4	1	5	1,3	4	1,9
Hommes	13	48	38	38	31	31	55								254					
Femmes	6	13	16	14	16	16	38									119				
Total pour le groupe d'âge	19	61	54	52	47	47	93									373	100		212	100

Résumé provincial – Mort accidentelle, par groupe d'âge, sexe, et lieu – tableau B-3

du 1^{er} janvier au 31 décembre 2024

Description du lieu	Groupe d'âge										Total Hommes	Total Femmes	Total	% de la catégorie	Autopsies	% de la catégorie				
	0-19		20-30		31-40		41-50		51-60		61-70		Plus de 70							
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F						
Avion (à bord)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0,3	1	0,5		
VTT (conducteur) – hors voie publique	0	0	1	0	0	0	1	0	2	0	1	1	0	0	5	1	6	1,6	3	1,4
VTT (conducteur) – voie publique	2	1	1	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	7	1	8	2,1	4	1,9
VTT (passager) – hors voie publique	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0,3	0	0
VTT (passager) – voie publique	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,3	1	0,5
Plage ou rivage	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,3	1	0,5
Navigation de plaisance (embarcation personnelle, motomarine, etc.)	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	3	1	4	1,1	2	0,9
Camping/tente	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	3	1	4	1,1	3	1,4
Chantier de construction	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,3	1	0,5

Description du lieu	Age										Sexe				Autopsies	% de la catégorie		
	0-19		20-30		31-40		41-50		51-60		61-70		Plus de 70		Total Hommes	Total Femmes	Total	% de la catégorie
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F		
Établissement correctionnel fédéral	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,3
Usine ou entrepôt (extérieur)	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,3
Établissement fédéral	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,3
Refuges pour sans-abri	0	0	0	0	2	0	1	0	1	0	1	0	0	0	5	0	5	1,3
Foyers de soins spéciaux	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	3	3	4	4	8	2,1
Hôpital – service d'urgence (pas décédé à l'arrivée)	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	3	0	3	0,8
Hôpital – autre (unité, soins intensifs, etc.)	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	4	5	6	8	14	3,8
Hôpital – autres services (unité, soins intensifs, etc.)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0,3
Hôtel/Motel	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,3

Description du lieu	Âge										Total Hommes	Total Femmes	Total	% de la catégorie	Autopsies	% de la catégorie				
	0-19		20-30		31-40		41-50		51-60		61-70		Plus de 70							
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F						
Intérieur d'un véhicule	1	0	4	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	6	3	9	2,4	4	1,9
Intérieur – autre que la résidence (centre commercial, restaurant, autre bâtiment public)	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	3	4	1,1	1	0,5
Intérieur – résidence ou propriété	0	2	13	5	13	8	16	11	13	11	16	10	28	14	99	61	160	42,9	102	48,1
Chemin privé – passager	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,3	1	0,5
Foyer de soins	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	5	5	5	10	2,7	0	0
Motocyclette – hors route (motocross, moto tout-terrain, etc.)	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,3	0	0
Eau libre (rivière, lac, ruisseau, etc.)	0	0	4	0	1	0	1	0	2	0	0	0	1	0	9	0	9	2,4	9	4,2
Activité récréative de plein air – autre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0,3	1	0,5
Résidence/propriété privée – autre	0	0	2	0	3	0	2	0	2	0	1	0	0	0	10	0	10	2,7	9	4,2

Description du lieu	Âge										Total Hommes	Total Femmes	Total	% de la catégorie	Autopsies	% de la catégorie				
	0-19		20-30		31-40		41-50		51-60		61-70		Plus de 70							
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F						
Voie publique - conducteur	3	2	8	1	5	1	5	0	3	3	1	0	6	1	31	8	39	10,5	22	10,4
Voie publique - conducteur de motocyclette	0	0	2	0	1	0	1	0	0	0	2	0	1	0	7	0	7	1,9	3	1,4
Voie publique - passager de motocyclette	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	2	0,5	2	0,9
Voie publique - passager	2	1	4	4	0	2	3	0	1	0	0	0	1	2	11	9	20	5,4	10	4,7
Voie publique - piéton	0	0	0	1	2	1	0	0	0	0	1	1	2	1	5	4	9	2,4	5	2,4
Milieu rural extérieur (non aménagé ou près d'une résidence)	2	0	2	0	2	1	0	1	0	0	1	0	0	0	7	2	9	2,4	4	1,9
Voilier	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0,3	1	0,5
École - élève (pas employé)	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,3	1	0,5
Résidence pour personnes âgées	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	3	0,8	0	0

Description du lieu	Age										Total Hommes	Total Femmes	Total	% de la catégorie	Autopsies	% de la catégorie	
	0-19		20-30		31-40		41-50		51-60		61-70		Plus de 70				
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F			
Motoneige (hors voie publique) – conducteur	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1,0,3
Motoneige (voie publique) – conducteur	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1,0,3
Milieu urbain extérieur – lieu public et autres (pas une résidence)	0	0	1	0	3	0	2	0	1	0	0	1	1	0	8	1	9,2,4
Lieu de travail	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	4	0	4,1,1
Hommes	13	48	38	38	31	31	31	31	55	254							
Femmes	6	13	16	14	16	16	16	16	38	119							
Total pour le groupe d'âge	19	61	54	52	47	47	47	47	93	373	100				212	100	

Résumé provincial – Suicide, par groupe d'âge, sexe, et circonscription judiciaire – tableau C-1

du 1^{er} janvier au 31 décembre 2024

Circonscriptions judiciaires	Plus de 70												Total Hommes	Total Femmes	Total	% de la catégorie	Autopsies	% de la catégorie
	0-19		20-30		31-40		41-50		51-60		61-70							
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	Total	% de la catégorie	Autopsies	% de la catégorie
Bathurst	0	0	2	0	1	0	1	0	1	0	3	0	2	1	10	8,9	3	12,0
Campbellton	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	3	1	0	1	4	4	8	6,5
Edmundston	0	0	0	0	3	1	2	0	3	0	0	1	1	0	9	2	11	8,9
Fredericton	0	1	2	0	5	1	4	0	3	0	1	1	1	0	16	3	19	15,4
Miramichi	1	0	2	0	1	0	2	1	2	0	0	0	0	1	8	2	10	8,1
Moncton	0	1	5	1	3	2	3	3	10	0	2	2	0	0	23	9	32	26,0
Saint John	2	1	2	1	3	0	6	0	7	1	0	1	1	0	21	4	25	20,3
Woodstock	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	3	0	7	0	7	5,7
Hommes	3	13	18	18	29	9	8	98										
% du total - hommes	2,4	10,6	14,6	14,6	23,6	7,3	6,5	79,6										
Femmes	4	2	5	4	1	6	3	25										
% du total - femmes	3,3	1,6	4,1	3,3	0,8	4,9	2,4	20,4										
Total pour le groupe d'âge	7	15	23	22	30	15	11											
% du total de la catégorie	5,7	12,2	18,7	17,9	24,4	12,2	8,9											

Résumé provincial – Suicide, par groupe d'âge, sexe, et facteur de décès – tableau C-2
du 1^{er} janvier au 31 décembre 2024

Facteur de décès Description	0-19		20-30		31-40		41-50		51-60		61-70		Plus de 70		Total Hommes	Total Femmes	Total*	% de la catégorie	Autopsies	% de la catégorie
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F						
Alcool	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0,8	1	4
Alcool et drogue	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0	2	1,6	1	4
Asphyxie causée par un manque d'oxygène (hélium)	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0	2	1,6	1	4
Asphyxie	0	1	3	0	2	1	1	1	3	0	0	0	2	0	11	3	14	11,4	3	12
Aspiration	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,8	1	4
Intoxication au monoxyde de carbone – gaz d'échappement d'un véhicule	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	3	1	4	3,3	0	0
Intoxication au monoxyde de carbone	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2	0	2	1,6	1	4
Utilisation chronique de	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0,8	0	0

Facteur de décès Description	0-19		20-30		31-40		41-50		51-60		61-70		Plus de 70		Total Hommes	Total Femmes	Total*	% de la catégorie	Autopsies	% de la catégorie
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F						
médicaments prescrits																				
Coupures, coups de couteau	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0,8	0	0
Noyade – eau libre	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	2	4	2	6	4,9	4	16
Drogues de rue	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,8	1	4,0
Médicament	0	0	0	0	0	2	2	1	1	1	0	3	0	0	3	7	10	8,1	5	20,0
Chute ou saut (niveaux différents, p. ex. pont, bâtiment)	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	2	1,6	1	4,0
Pendaison	2	2	4	1	11	1	6	1	8	0	5	1	1	0	37	6	43	35,0	0	0
Maladie	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,8	1	4,0
Poison ou solvant	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	2	1,6	0	0
Pistolet	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	1	3	2,4	1	4,0
Carabine	0	0	0	0	1	1	1	0	6	0	1	0	2	0	11	1	12	9,8	1	4,0
Fusil de chasse	0	0	1	0	3	0	2	0	3	0	1	0	1	0	11	0	11	8,9	2	8,0

Facteur de décès Description	0-19		20-30		31-40		41-50		51-60		61-70		Plus de 70		Total Hommes	Total Femmes	Total*	% de la catégorie	Autopsies	% de la catégorie
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F						
Strangulation	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,8	0	0
Traumatisme résultant d'une collision d'un véhicule	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	1,6	1	4,0
Traumatisme résultant d'une collision entre un véhicule et un piéton	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0,8	0	0
Hommes	3	13	18	18	29	9	8								98					
Femmes	4	2	5	4	1	6	3								25					
Total pour le groupe d'âge	7	15	23	22	30	15	11								123	100	25	100		

Résumé provincial – Suicide, par groupe d'âge, sexe, et lieu – tableau C-3
du 1^{er} janvier au 31 décembre 2024

Description du lieu	Plus de 70												Total Hommes	Total Femmes	Total	% de la catégorie	Autopsies	% de la catégorie		
	0-19		20-30		31-40		41-50		51-60		61-70									
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	H				
VTT (conducteur) – voie publique	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,8	1	4,0
Plage ou rivage	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2	1	3	2,4	3	12,0
Usine ou entrepôt (intérieur)	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,8	0	0
Foyers de soins spéciaux	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	0	2	1,6	0	0
Hôtel/Motel	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	4	3,3	0	0
Intérieur d'un véhicule	0	0	2	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	5	1	6	4,9	0	0
Intérieur – résidence ou propriété	3	2	7	1	12	4	9	4	20	0	5	4	5	0	61	15	76	61,8	15	60,0
Chemin privé – conducteur	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0,8	0	0
Chemin privé – piéton	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,8	1	4,0
Foyer de soins	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0,8	0	0
Océan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0,8	1	4,0
Eau libre (rivière, lac, ruisseau, etc.)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	3	0	3	2,4	1	4,0
Résidence/propriété privée – autre	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	1,6	0	0
Voie publique – conducteur	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,8	0	0

Description du lieu	Plus de 70												Total Hommes	Total Femmes	Total	% de la catégorie	Autopsies	% de la catégorie		
	0-19		20-30		31-40		41-50		51-60		61-70									
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	H	H	H	H	H		
Voie publique – piéton	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0,8	0	0
Chemin de fer (pas à bord)	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	2	1,6	0	0
Milieu rural extérieur (non aménagé ou près d'une résidence)	0	0	1	0	2	0	3	0	2	0	2	1	1	0	11	1	12	9,8	2	8,0
Milieu urbain extérieur – lieu public et autres (pas une résidence)	0	1	0	0	1	0	2	0	1	0	0	0	0	0	4	1	5	4,1	1	4,0
Hommes	3		13		18		18		29		9		8		98					
Femmes	4		2		5		4		1		6		3		25					
Total pour le groupe d'âge	7		15		23		22		30		15		11			123	100		25	100

Résumé provincial - Homicide, par groupe d'âge, sexe, et circonscription judiciaire – tableau D-1
 du 1^{er} janvier au 31 décembre 2024

Circonscriptions judiciaires	Plus de 70												Total Hommes	Total Femmes	Total	% de la catégorie	Autopsies	% de la catégorie
	0-19		20-30		31-40		41-50		51-60		61-70							
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	Total	% de la catégorie	Autopsies	% de la catégorie
Bathurst	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
Edmundston	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fredericton	0	0	0	1	2	0	1	0	0	2	0	0	1	0	4	3	7	36,8
Miramichi	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	2	10,5
Moncton	1	0	0	0	1	0	2	0	1	0	0	0	0	0	5	0	5	26,3
Saint John	0	0	0	1	1	0	0	0	2	1	0	0	0	0	3	2	5	26,3
Woodstock	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hommes	1	0	4	4	3	0	1		13									
% du total - hommes	5,3	0	21,1	21,1	15,8	0	5,3		68,4								18	
Femmes	0	2	0	1	3	0	0		6								100	
% du total - femmes	0	10,5	0	5,3	15,8	0	0		31,6									
Total pour le groupe d'âge	1	2	4	5	6	0	1											
% du total de la catégorie	5,3	10,5	21,1	26,3	31,6	0	5,3											

Résumé provincial – Homicide, par groupe d'âge, sexe, et facteur de décès – tableau D-2

du 1^{er} janvier au 31 décembre 2024

Facteur de décès Description	0-19		20-30		31-40		41-50		51-60		61-70		Plus de 70		Total Hommes	Total Femmes	Total	% de la catégorie	Autopsies	% de la catégorie
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F						
Traumatisme contondant – Altercation	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	3	0	3	15,8	2	11,1
Traumatisme contondant – coups	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	5,3	1	5,6
Traumatisme contondant	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	2	10,5	2	11,1
Coupures, coups de couteau	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2	0	2	10,5	2	11,1
Traumatisme par objet tranchant	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	5,3	1	5,6
Pistolet	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2	1	3	15,8	3	16,7
Carabine	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	5,3	1	5,6
Fusil de chasse	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	2	10,5	2	11,1
Arme à feu non précisée	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	5,3	1	5,6

Facteur de décès Description	0-19		20-30		31-40		41-50		51-60		61-70		Plus de 70		Total Hommes	Total Femmes	Total	% de la catégorie	Autopsies	% de la catégorie
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F						
Strangulation	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	5,3	1	5,6
Origine inconnue	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	10,5	2	11,1
Hommes	1	0	4		4		3		0		1		13							
Femmes	0	2	0		1		3		0		0		6							
Total pour le groupe d'âge	1	2	4		5		6		0		1		19		100		18		100	

Résumé provincial – Homicide, par groupe d'âge, sexe, et lieu – tableau D-3

du 1^{er} janvier au 31 décembre 2024

Description du lieu	0-19		20-30		31-40		41-50		51-60		61-70		Plus de 70		Total Hommes	Total Femmes	Total	% de la catégorie	Autopsies	% de la catégorie
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F						
Résidence communautaire	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	5,3	1	5,6
Foyers de soins spéciaux	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	5,3	0	0
Intérieur – résidence ou propriété	0	0	0	0	3	0	0	0	2	3	0	0	0	0	5	3	8	42,1	8	44,4
Résidence/propriété privée – autre	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	5,3	1	5,6
Voie publique – piéton	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	10,5	2	11,1
Milieu rural extérieur (non aménagé ou près d'une résidence)	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	2	2	4	21,1	4	22,2
Milieu urbain extérieur – lieu public et autres (pas une résidence)	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2	0	2	10,5	2	11,1
Hommes	1	0	4	4	3	0	1								13					
Femmes	0	2	0	1	3	0	0								6					

Description du lieu	0-19	20-30	31-40	41-50	51-60	61-70	Plus de 70	Total Hommes	Total Femmes	Total	% de la catégorie	Autopsies	% de la catégorie
	H	F	H	F	H	F	H	F					
Total pour le groupe d'âge	1	2	4	5	6	0	1			19	100	18	100

Résumé provincial – Mort naturelle, par groupe d'âge, sexe, et circonscription judiciaire – tableau E-1

du 1^{er} janvier au 31 décembre 2024

Circonscriptions judiciaires	Plus de 70												Total Hommes	Total Femmes	Total	% de la catégorie	Autopsies	% de la catégorie
	0-19		20-30		31-40		41-50		51-60		61-70							
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F				
Bathurst	0	1	0	0	1	0	4	1	6	3	19	11	30	28	60	44	104	9.9
Campbellton	0	0	0	0	5	0	0	0	6	1	9	4	13	10	33	15	48	4.6
Edmundston	0	1	1	0	0	0	0	0	3	6	25	8	22	13	51	28	79	7.5
Fredericton	1	3	2	0	5	0	6	3	11	5	35	12	47	30	107	53	160	15.3
Miramichi	1	0	0	0	1	1	6	3	10	3	14	8	28	16	60	31	91	8.7
Moncton	2	0	4	1	6	3	14	6	28	9	41	13	70	46	165	78	243	23.2
Saint John	0	1	1	0	4	1	16	8	27	16	49	29	91	53	188	108	296	28.2
Woodstock	0	0	0	0	1	0	0	1	6	1	8	1	6	4	21	7	28	2.7
Hommes	4	8	23	46	97	200	307	685										
% du total – hommes	0,4	0,8	2,2	4,4	9,2	19,1	29,3	65,3										
Femmes	6	1	5	22	44	86	200	364										
% du total – femmes	0,6	0,1	0,5	2,1	4,2	8,2	19,1	34,7										
Total pour le groupe d'âge	10	9	28	68	141	286	507											
% du total de la catégorie	1,0	0,9	2,7	6,5	13,4	27,4	48,3											

Résumé provincial – Mort naturelle, par groupe d'âge, sexe, et facteur de décès – tableau E-2
du 1^{er} janvier au 31 décembre 2024

Facteur de décès Description	0-19		20-30		31-40		41-50		51-60		61-70		Plus de 70		Total Hommes	Total Femmes	Total	% de la catégorie	Autopsies	% de la catégorie
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F						
Aspiration	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0,1	0	0
Consommation chronique d'alcool	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	2	0,2	0	0
Utilisation chronique de médicaments prescrits	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0,1	0	0
Drogues de rue	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	3	0	3	0,3	3	0,9
Médicament	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0,2	1	0,3
Chute ou saut (même niveau)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0,1	0	0
Catastrophe naturelle	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	4	0,4	2	0,6
Maladie	4	6	7	1	22	4	44	22	95	44	196	85	304	198	672	360	1 032	98,4	342	98
Objet obstruant la gorge	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0,1	0	0
Origine inconnue	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	0,2	1	0,3
Hommes	4	8	23	46	97	200	307	685												

Facteur de décès Description	0-19	20-30	31-40	41-50	51-60	61-70	Plus de 70	Total Hommes	Total Femmes	Total	% de la catégorie	Autopsies	% de la catégorie
Femmes	6	1	5	22	44	86	200		364				
Total pour le groupe d'âge	10	9	28	68	141	286	507			1 049	100	349	100

Résumé provincial – Mort naturelle, par groupe d'âge, sexe, et lieu – tableau E-3

du 1^{er} janvier au 31 décembre 2024

Description du lieu	0-19		20-30		31-40		41-50		51-60		61-70		Plus de 70		Total Hommes	Total Femmes	Total	% de la catégorie	Autopsies	% de la catégorie
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F						
Clinique ouverte après les heures normales	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0,1	0	0
Ambulance	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0,1	0	0
VTT (conducteur) – hors voie publique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0,1	1	0,3
Camping/tente	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0	2	0,2	1	0,3
Résidence communautaire	0	0	0	0	0	0	2	0	3	0	0	0	3	1	8	1	9	0,9	3	0,9
Salle d'entraînement	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0,1	0	0
Refuges pour sans-abri	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0,1	1	0,3
Foyers de soins spéciaux	0	0	0	0	0	1	1	2	3	0	3	1	4	5	11	9	20	1,9	4	1,1
Hôpital – constat du décès	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2	0,2	0	0
Hôpital – service d'urgence (décédé à l'arrivée)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	2	1	3	0,3	1	0,3

Description du lieu	0-19		20-30		31-40		41-50		51-60		61-70		Plus de 70		Total Hommes	Total Femmes	Total	% de la catégorie	Autopsies	% de la catégorie
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F						
Hôpital – service d'urgence (pas décédé à l'arrivée)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	5	2	8	3	11	1,0	0	0
Hôpital – salle d'opération	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0,1	0	0
Hôpital – autres services (unité, soins intensifs, etc.)	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	3	3	2	5	5	10	15	1,4	4	1,1
Hôpital – postopératoire (salle de réveil)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0,1	0	0
Hôtel/Motel	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	4	0	4	0,4	3	0,9
Intérieur d'un véhicule	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	2	0	1	0	6	0	6	0,6	3	0,9
Intérieur – autre que la résidence (centre commercial, restaurant, autre bâtiment public)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	3	0	3	0,3	1	0,3
Intérieur – résidence ou propriété	4	5	7	1	22	3	39	20	76	40	161	75	267	161	576	305	881	84,0	298	85,4
Exploitation forestière/abattage	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0,1	1	0,3

Description du lieu	0-19		20-30		31-40		41-50		51-60		61-70		Plus de 70		Total Hommes	Total Femmes	Total	% de la catégorie	Autopsies	% de la catégorie
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F						
d'arbres – commercial																				
Chemin privé – conducteur	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0,1	1	0,3
Foyer de soins	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	8	15	10	16	26	2,5	3	0,9
Eau libre (rivière, lac, ruisseau, etc.)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0,1	0	0
Activité récréative de plein air – autre	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	1	0	4	0	4	0,4	2	0,6
Résidence/propriété privée – autre	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2	0	1	4	3	7	0,7	4	1,1
Voie publique – vélo (véhicule non motorisé)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0,1	0	0
Voie publique – conducteur	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	3	0	2	1	6	2	8	0,8	3	0,9
Voie publique – passager	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	2	0,2	0	0
Voie publique – piéton	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	2	0,2	0	0
Milieu rural extérieur (non	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	5	2	1	0	8	2	10	1,0	6	1,7

Description du lieu	0-19		20-30		31-40		41-50		51-60		61-70		Plus de 70		Total Hommes	Total Femmes	Total	% de la catégorie	Autopsies	% de la catégorie	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F							
aménagé ou près d'une résidence)																					
Résidence pour personnes âgées	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	2	3	5	0,5	2	0,6	
Station-service, garage	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0,1	0	0	
Milieu urbain extérieur – lieu public et autres (pas une résidence)	0	0	0	0	0	1	1	0	3	1	5	0	3	0	12	2	14	1,3	7	2	
Lieu de travail	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	3	0	3	0,3	0	0	
Hommes	4	8	23		46		97		200		307		685								
Femmes	6	1	5		22		44		86		200		364								
Total pour le groupe d'âge	10	9	28		68		141		286		507				1 049	100			349	100	

Résumé provincial – Origine inconnue, par groupe d'âge, sexe, et circonscription judiciaire – tableau F-1
 du 1^{er} janvier au 31 décembre 2024

Circonscriptions judiciaires	Plus de 70												Total Hommes	Total Femmes	Total	% de la catégorie	Autopsies	% de la catégorie		
	0-19		20-30		31-40		41-50		51-60		61-70									
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F		
Bathurst	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	14,3	1	20	
Campbellton	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	
Fredericton	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	28,6	2	40
Miramichi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Moncton	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	14,3	1	20
Saint John	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	14,3	0	0
Woodstock	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	2	28,6	1	20
Hommes	0	0	0	2	0	0	1	3												
% du total – hommes	0	0	0	28,6	0	0	14,3	42,9												
Femmes	2	0	0	1	1	0	0	4												
% du total – femmes	28,6	0	0	14,3	14,3	0	0	57,2												
Total pour le groupe d'âge	2	0	0	3	1	0	1													
% du total de la catégorie	28,6	0	0	42,9	14,3	0	14,3													

Résumé provincial – Origine inconnue, par groupe d'âge, sexe, et facteur de décès – tableau F-2

du 1^{er} janvier au 31 décembre 2024

Facteur de décès Description	0-19		20-30		31-40		41-50		51-60		61-70		Plus de 70		Total Hommes	Total Femmes	Total	% de la catégorie	Autopsies	% de la catégorie
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F						
Maladie	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	14,3	1	20
Origine inconnue	0	2	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	1	0	3	3	6	85,7	4	80
Hommes	2	0	0		2		0		0		0		1		3					
Femmes	0	0	0		1		1		0		0		0		4					
Total pour le groupe d'âge	2	0	0		3		1		0		0		1			7	100		5	100

Résumé provincial – Origine inconnue, par groupe d'âge, sexe, et lieu – tableau F-3

du 1^{er} janvier au 31 décembre 2024

Description du lieu	0-19		20-30		31-40		41-50		51-60		61-70		Plus de 70		Total Hommes	Total Femmes	Total	% de la catégorie	Autopsies	% de la catégorie
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F						
Plage ou rivage	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	14,3	0	0
Intérieur – résidence ou propriété	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	2	28,6	2	40
Résidence/propriété privée – autre	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	14,3	1	20
Milieu rural extérieur (non aménagé ou près d'une résidence)	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	0	2	28,6	1	20
Milieu urbain extérieur – lieu public et autres (pas une résidence)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	14,3	1	20
Hommes	2	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	1	0	1	3					
Femmes	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4					
Total pour le groupe d'âge	2	0	0	0	3	1	0	0	1	0	0	1	0	1	7	100	100	5	100	

ANNEXE F

Origine inconnue (Circonstances du décès impossibles à déterminer)

Sept décès ont été classés dans la catégorie Origine inconnue.

Deux dans la circonscription judiciaire de Woodstock :

Cas n° 1

Circonstances du décès : indéterminées
Lieu : milieu rural extérieur (non aménagé ou près d'une résidence)
Groupe d'âge : 70 ans et plus
Sexe : masculin
Un examen d'anthropologie médico-légale a été effectué.

Cas n° 2

Circonstances du décès : indéterminées
Lieu : résidence/propriété privée – autre
Groupe d'âge : de 0 à 19 ans
Sexe : féminin
Une autopsie a été pratiquée.

Deux dans la circonscription judiciaire de Fredericton :

Cas n° 1

Circonstances du décès : indéterminées
Lieu : milieu rural extérieur (non aménagé ou près d'une résidence)
Groupe d'âge : de 41 à 50 ans
Sexe : masculin
Une autopsie a été pratiquée.

Cas n° 2

Circonstances du décès : indéterminées
Lieu : intérieur, à la résidence ou sur la propriété
Groupe d'âge : de 0 à 19 ans
Sexe : féminin
Une autopsie a été pratiquée.

Un dans la circonscription judiciaire de Moncton :

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

Un dans la circonscription judiciaire de Saint John :

Circonstances du décès : indéterminées
Lieu : plage ou rivage
Groupe d'âge : de 41 à 50 ans
Sexe : masculin
Un examen d'anthropologie médico-légale a été effectué.

Un dans la circonscription judiciaire de Bathurst :

Circonstances du décès : indéterminées
Lieu : milieu urbain extérieur – lieu public et autre (pas une résidence)
Groupe d'âge : de 51 à 60 ans
Sexe : féminin
Une autopsie a été pratiquée.

RÉSUMÉ DES ENQUÊTES ET RECOMMANDATIONS

Une enquête du coroner est une procédure judiciaire officielle qui permet la présentation publique de toute preuve liée à un décès. Elle n'attribue aucune responsabilité juridique ni aucun blâme. Toutefois, des recommandations peuvent être formulées dans le but d'éviter que des décès se produisent dans des circonstances semblables à l'avenir. Le présent rapport fournit les réponses reçues par le Bureau du coroner en chef en réaction aux recommandations formulées dans le cadre de ces enquêtes. 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 et les réponses des organismes à la suite de cinq enquêtes menées en 2024 se trouvent ci-dessous.

Louis Gagnon

Une enquête sur le décès de Louis Gagnon s'est tenue du 20 au 22 février au palais de justice de Campbellton. M. Gagnon est décédé le 27 janvier 2020 des suites de blessures subies alors qu'il travaillait à la centrale de Belledune. L'enquête du coroner a conclu à une mort accidentelle. Les cinq membres du jury ont entendu 14 témoins et ont formulé les recommandations suivantes aux industries à haut risque ainsi qu'à Travail sécuritaire NB.

1. Qu'avant le début d'un projet, une ou des personnes compétentes soient désignées pour inspecter le positionnement et la force de résistance des ancrages et autres équipements de support (existants et nouvellement installés) nécessaires au projet, et ce, avec les outils appropriés.
2. Que l'entrée de toute personne dans un espace clos soit annoncée afin d'informer les gens en place et d'inscrire cette personne au registre de présences.
3. Que l'employeur et l'employé s'assurent qu'ils ont les matériaux nécessaires et adéquats pour faire la tâche assignée dans un environnement sécuritaire.
4. Que la ligne de tir soit délimitée de façon visuelle (par exemple, par un ruban rouge), avec une étiquette indiquant la raison de cette délimitation ainsi que le nom de la personne qui a posé le ruban et qui est autorisée à permettre l'accès à la zone dangereuse.
5. Que la ligne de tir soit représentée de façon visuelle lors des réunions préparatoires aux projets de travail. Si la ligne de tir change au cours de la journée, les travaux devraient cesser, et une rencontre devrait avoir lieu afin de délimiter la nouvelle zone de la ligne de tir.
6. Que toutes les personnes affectées au même projet communiquent directement et régulièrement de vive voix, et qu'elles utilisent la radio lorsque la distance est trop grande pour qu'elles puissent se voir ou s'entendre.
7. Que l'employeur s'assure que toute personne qui travaille sur des systèmes de gréement reçoit une formation par une personne certifiée sur tous les équipements et matériaux qui pourraient être utilisés lors d'un projet, et que cette formation est toujours à jour.

Le coroner enquêteur a formulé une recommandation supplémentaire :

8. Qu'Énergie NB, pour tout projet interne ou confié au secteur privé où une traction mécanique est requise, exige l'établissement d'un plan de tirage par des ingénieurs. Le plan de tirage doit comprendre au moins les éléments suivants :
 - i. le calcul théorique et la vérification physique de la tension appliquée aux points d'ancrage;
 - ii. les matériaux et les équipements qui devraient être utilisés;
 - iii. l'emplacement et le positionnement desdits matériaux et équipements, y compris une représentation visuelle;
 - iv. les étapes de tirage avec une liste de vérification;
 - v. des protocoles d'inspection des matériaux et des équipements après leur installation, mais avant le début des travaux;
 - vi. la mise en œuvre d'un processus officiel à suivre s'il s'avère nécessaire de s'écartier du plan original.

Recommandation n° 1

Qu'avant le début d'un projet, une ou des personnes compétentes soient désignées pour inspecter le positionnement et la force de résistance des ancrages et autres équipements de support (existants et nouvellement installés) nécessaires au projet, et ce, avec les outils appropriés.

Énergie NB a répondu qu'à la suite de l'incident en question et avant l'enquête, les procédures et les méthodes de travail ont été mises à jour pour veiller à l'inspection, à l'installation, à la mise à l'essai et à l'utilisation de tous les ancrages en béton conformément aux spécifications du fabricant. Les personnes qui effectuent l'inspection ou l'installation d'ancrages doivent avoir la formation adéquate, ainsi qu'une formation pratique ou une expérience antérieure avec ces ancrages. D'autres équipements de soutien, comme le gréement, seront inspectés par des personnes compétentes, conformément à la réponse d'Énergie NB à la recommandation 7.

Recommandation n° 2

Que l'entrée de toute personne dans un espace clos soit annoncée afin d'informer les gens en place et d'inscrire cette personne au registre de présences.

Énergie NB a répondu que l'annonce de l'entrée d'un travailleur dans un espace clos pourrait constituer une distraction pour les travailleurs qui s'y trouvent. Cette distraction pourrait détourner l'attention des travailleurs de la tâche à accomplir, ce qui causerait un risque incontrôlé.

Afin de se conformer aux exigences du sous-alinéa 262.04e)(v) du *Règlement 91-191* pris en application de la *Loi sur l'hygiène et la sécurité au travail*, Énergie NB s'assure, pendant l'entrée dans un espace clos, qu'un préposé fait le suivi des personnes qui y entrent et qui en sortent. À la suite de l'incident en question, Énergie NB a modifié la norme HSEE-03-17, *Espaces clos*, sa norme de santé et de sécurité en la matière, en mars 2022 pour prévoir que, dans les cas où le point d'entrée de l'espace clos se trouve dans la ligne de tir, les travaux doivent être arrêtés pour permettre aux personnes d'y entrer et d'en sortir en toute sécurité.

Énergie NB est à revoir son programme d'espaces clos pour mettre la modification susmentionnée en évidence à la fois dans la norme et dans la formation destinée à toutes les personnes appelées à entrer dans un espace clos et aux superviseurs d'espaces clos.

Recommandation n° 3

Revoir régulièrement l'emplacement du matériel de sécurité et des arrêts d'urgence, et les procédures opérationnelles normalisées avec l'ensemble du personnel.

Énergie NB a répondu qu'elle utilise plusieurs processus et procédures pour s'assurer que les travaux sont exécutés en toute sécurité et avec les matériaux adéquats. La phase initiale de toute activité importante est la préparation d'un bon de travail pour l'exécution d'une tâche. Au fur et à mesure de l'élaboration du bon de travail, on tiendra compte des exigences de sécurité et des matériaux requis. De plus, si l'on considère que les travaux comportent un haut risque, une analyse et un plan plus rigoureux sont élaborés. C'est ce qu'on appelle une analyse du risque professionnel (ARP), qui fait appel à un groupe interfonctionnel de parties prenantes pour recenser, éliminer ou atténuer tout risque.

Pour compléter le processus de planification normal ou l'analyse du risque professionnel, une réunion préparatoire aux projets de travail a lieu avant le début des travaux chaque jour et au début d'une nouvelle tâche. Il s'agit d'une dernière vérification auprès des personnes concernées pour veiller à ce que les conditions de travail soient conformes aux attentes et à ce que le personnel soit prêt à faire les tâches prévues. De plus, on s'attend à ce que tout l'équipement de protection individuelle (EPI) de base soit utilisé pour chaque tâche et que tout EPI spécialisé soit utilisé au besoin, conformément aux procédures. Enfin, les éléments susmentionnés sont vérifiés dans le cadre d'un programme de visites de sécurité sur le terrain qui oblige les superviseurs à mener une telle visite pour s'assurer que les attentes sont respectées. Cette visite s'ajoute aux attentes normales en matière de surveillance.

Recommandation n° 4

Que la ligne de tir soit délimitée de façon visuelle (par exemple, par un ruban rouge), avec une étiquette indiquant la raison de cette délimitation ainsi que le nom de la personne qui a posé le ruban et qui est autorisée à permettre l'accès à la zone dangereuse.

Énergie NB a répondu que sa norme de santé et de sécurité HSEE-03-34, *Ruban et étiquette de signalisation*, explicite le travail à l'intérieur des zones *Danger – ne pas entrer*. Cette norme précise actuellement les consignes suivantes :

- a. Un ruban rouge doit être utilisé pour signaler les zones où le danger est considéré comme potentiellement mortel ou invalidant (ligne de tir, zone de chute, ouvertures dans le sol, charges suspendues, etc.).
- b. Seuls les employés qui effectuent le travail et qui connaissent les dangers sont autorisés à entrer dans ces zones.
- c. Il faut obtenir l'autorisation de la personne dont le nom figure sur l'étiquette avant de franchir une zone délimitée par un ruban rouge.

On s'attend à ce que l'accès du personnel d'Énergie NB ou des entrepreneurs à la zone délimitée par un ruban rouge ne soit autorisé par la personne dont le nom figure sur l'étiquette qu'une fois que le danger est éliminé ou contrôlé.

Dans les cas où la ligne de tir ne peut pas être délimitée en raison de facteurs comme l'étendue de la zone de danger (p. ex., montage d'une ligne de transport) ou la topographie (p. ex., vallée ou plans d'eau), des points de repère facilement reconnaissables seront utilisés pour définir la zone à l'intérieur de la ligne de tir.

Énergie NB a également élaboré une trousse de sensibilisation à la ligne de tir qui a été distribuée à tous les employés en août 2022 afin de les sensibiliser aux risques d'incendie et aux mesures de contrôle adéquates. Tous les comités mixtes de santé et de sécurité d'Énergie NB en prennent connaissance, et son contenu est communiqué chaque année lors des réunions locales sur la sécurité tenues de janvier à mars. Cette trousse est également examinée avec le personnel d'Énergie NB et les entrepreneurs avant les pannes. Une formation assistée par ordinateur sur la ligne de tir sera offerte aux entrepreneurs dans leur compte ISNetWorld. Énergie NB s'attend à ce que les entrepreneurs suivent cette formation avant le début de travaux.

Recommandation n° 5

Que la ligne de tir soit représentée de façon visuelle lors des réunions préparatoires aux projets de travail. Si la ligne de tir change au cours de la journée, les travaux devraient cesser, et une rencontre devrait avoir lieu afin de délimiter la nouvelle zone de la ligne de tir.

Énergie NB a répondu qu'en plus de la trousse de sensibilisation à la ligne de tir mentionnée en réponse à la recommandation 4, elle adopte actuellement une approche de reconnaissance des risques liés à l'énergie pour aider les employés à cerner les risques d'incendie et les mesures de contrôle adéquates. Cette méthodologie sera intégrée au processus d'analyse du risque professionnel et au processus de réunions préparatoires aux projets de travail.

Les risques d'incendie sont principalement associés à des tensions telles que le travail de tirage de câbles ou à des équipements rotatifs, comme les arbres de transmission et les poulies, les engrenages et les pignons, et à des outils électriques. Dans de nombreux cas, la ligne de tir changera en fonction de l'orientation de l'équipement ou de l'outil. Dans la mesure du possible, les zones de ligne de tir doivent être délimitées visuellement par du ruban rouge et englober la portée prévue des équipements et l'orientation prise. S'il n'est pas possible d'utiliser du ruban rouge pour les raisons indiquées en réponse à la recommandation 4, des points de repère facilement reconnaissables seront utilisés pour délimiter la ligne de tir. Si la ligne de tir s'étend au-delà de la portée prévue, les travaux seront interrompus, les zones *Danger – ne pas entrer* seront modifiées et le changement de la ligne de tir sera communiqué au personnel d'Énergie NB ou aux entrepreneurs.

Recommandation n° 6

Que toutes les personnes affectées au même projet communiquent directement et régulièrement de vive voix, et qu'elles utilisent la radio lorsque la distance est trop grande pour qu'elles puissent se voir ou s'entendre.

Énergie NB a répondu qu'en ce qui concerne le travail en espace clos, le préposé à l'espace clos assure une communication bidirectionnelle avec la ou les personnes entrant dans l'espace clos et dispose d'un moyen de communication bidirectionnelle avec le superviseur des entrées et le responsable de l'équipe d'intervention d'urgence. La communication bidirectionnelle se fait soit verbalement, dans les petits espaces, soit avec des radios, dans les grands espaces.

Une communication directe (face à face) et verbale fréquente entre toutes les personnes affectées à un projet a lieu tout au long de la journée de travail. Sur les chantiers où la ligne de visée ou la distance fait obstacle à une communication verbale directe (face à face) fréquente, une communication radio est

fournie, au besoin.

Travail sécuritaire NB a répondu qu'il appuyait cette recommandation. Au moment du décès de M. Gagnon, Travail sécuritaire NB préparait des modifications législatives veillant à limiter les activités de gréage aux personnes compétentes en la matière. Les modifications sont entrées en vigueur en 2022. Il faut plus que simplement de la formation pour être compétent. Le règlement précise que pour être considéré comme compétent, il faut être qualifié en raison de ses connaissances et de son expérience pour accomplir la tâche assignée, être au courant des dispositions législatives et connaître les dangers liés à la tâche.

À l'échelle nationale, l'Association canadienne de normalisation (ACN) a soulevé le manque de compétence des gréeurs à l'échelle du pays et a proposé qu'une norme soit élaborée. Travail sécuritaire NB appuie cette initiative et a fait part de cette recommandation du coroner à l'ACN afin de l'aider à obtenir des appuis et du financement à l'égard de cette importante démarche. Travail sécuritaire NB a également offert son aide à l'ACN pour l'élaboration de cette norme.

Recommandation n° 7

Que l'employeur s'assure que toute personne qui travaille sur des systèmes de gréement reçoit une formation par une personne certifiée sur tous les équipements et matériaux qui pourraient être utilisés lors d'un projet, et que cette formation est toujours à jour.

Énergie NB a répondu qu'elle fait appel à des fournisseurs externes pour offrir de la formation sur les systèmes de gréement au personnel d'Énergie NB dans toutes les centrales, à l'exception de la centrale nucléaire de Point Lepreau, où il y a un formateur qualifié pour le gréement au sein du personnel d'Énergie NB. Le fournisseur est tenu, en vertu de son contrat, d'être certifié pour offrir une telle formation, et sa certification est vérifiée par le service de santé et de sécurité d'Énergie NB. Énergie NB utilise un système de gestion de l'apprentissage (SGA) pour faire le suivi des certificats de formation de son personnel, et des avis sont envoyés au personnel avant l'expiration de leurs certificats; les coordonnateurs de la sécurité au travail et de la formation d'Énergie NB en font aussi le suivi. Pour les entrepreneurs externes, l'International Suppliers Network (ISN) permet de faire le suivi des certificats de formation requis pour exécuter une activité; le service de santé et de sécurité d'Énergie NB en fait aussi le suivi.

Recommandation n° 8

Qu'Énergie NB, pour tout projet interne ou confié au secteur privé où une traction mécanique est requise, exige l'établissement d'un plan de tirage par des ingénieurs. Le plan de tirage doit comprendre au moins les éléments suivants :

- i. **le calcul théorique et la vérification physique de la tension appliquée aux points d'ancrage;**
- ii. **les matériaux et les équipements qui devraient être utilisés;**
- iii. **l'emplacement et le positionnement desdits matériaux et équipements, y compris une représentation visuelle;**
- iv. **les étapes de tirage avec une liste de vérification;**
- v. **des protocoles d'inspection des matériaux et des équipements après leur installation, mais avant le début des travaux;**
- vi. **la mise en œuvre d'un processus officiel à suivre s'il s'avère nécessaire de s'écartier du plan original.**

Énergie NB a répondu que les plans de tirage de câbles nécessitant une assistance mécanique associée aux lignes de transport et de distribution sont clairement décrits dans les méthodes de travail normalisées 8.02.02 d'Énergie NB, qui ont été élaborées et sont gérées par le groupe d'ingénierie d'Énergie NB.

Les plans de tirage de câbles nécessitant une assistance mécanique associés aux centrales d'Énergie NB seront élaborés par le groupe d'ingénierie interne d'Énergie NB ou par une firme d'ingénierie externe.

Dans tous les cas, les plans de tirage de câbles nécessitant une assistance mécanique seront réalisés conformément à la norme de santé et de sécurité HSEE-03-51 d'Énergie NB, *Gestion de la ligne de tir*, qui comprend :

- les calculs théoriques des tensions de traction;
- une indication qu'une tension appliquée est attendue;
- une indication visuelle claire de l'endroit où l'équipement/le matériel doit être installé;
- une liste de contrôle du processus étape par étape pour le plan de tirage de câbles;
- une inspection complète de l'équipement/du matériel une fois installé et prêt pour le tirage;
- une consigne selon laquelle il faut s'arrêter et repenser la méthode s'il s'avère nécessaire de s'écartier du plan original, conformément à la norme de santé et de sécurité sur les réunions préparatoires aux projets de travail d'Énergie NB.

Darrell Mesheau

Une enquête du coroner sur le décès de Darrell Mesheau a eu lieu les 8 et 9 avril à Fredericton.

M. Mesheau est décédé dans la salle d'attente du service d'urgence de l'Hôpital régional

Dr Everett Chalmers, le 12 juillet 2022.

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

1. Tous les intervenants devraient collaborer et assumer pleinement leur rôle dans la résolution du problème d'occupation prolongée des lits; en particulier, l'accumulation de patients relevant du ministère du Développement social nuit considérablement à l'efficacité des services d'urgence.
2. Les huit recommandations du Comité de la qualité des soins devraient être entièrement mises en œuvre et financées, et du personnel devra être embauché à cet effet.
3. Les membres du personnel devraient être dotés d'appareils électroniques portatifs pour enregistrer les signes vitaux des patients.

Recommandation n° 1

Tous les intervenants devraient collaborer et assumer pleinement leur rôle dans la résolution du problème d'occupation prolongée des lits; en particulier, l'accumulation de patients relevant du ministère du Développement social nuit considérablement à l'efficacité des services d'urgence.

Cette recommandation est approuvée par le Réseau de santé Horizon. La régie régionale de la santé est responsable de la prise en charge des patients d'un autre niveau de soins (ANS) au sein de ses

établissements. Il est à noter que le placement des patients d'un ANS relève du ministère du Développement social. La régie régionale de la santé continue à rencontrer des difficultés liées au nombre de patients d'un ANS : plus de 30 % de ses patients hospitalisés sont en attente d'un placement. Horizon continue de collaborer avec les ministères du Développement social et de la Santé pour surmonter ces difficultés.

Les mesures prises par Horizon pour améliorer l'efficacité de ses services d'urgence sont les suivantes :

- À Horizon, y compris dans la région de Fredericton, un coordonnateur du flux de patients et un gestionnaire du flux de patients sont en poste. Leur rôle consiste notamment à évaluer les patients qui se présentent aux urgences et qui proviennent de milieux de soins de longue durée (foyer de soins spéciaux, foyer de soins, etc.), afin de déterminer si on peut intervenir pour éviter leur hospitalisation. Le personnel chargé du flux de patients a également la possibilité de renvoyer les patients chez eux avec des services de soutien et de demander au personnel de Développement social d'assurer le suivi au sein de la collectivité.
- Horizon et le ministère du Développement social se réunissent régulièrement pour discuter des dossiers complexes et faciliter les démarches nécessaires afin de placer les patients dans des établissements de soins appropriés.
 - À l'Hôpital régional Dr Everett Chalmers, une unité de transition médicale a été mise en place : 13 places supplémentaires sont utilisées pour désengorger les services d'urgence pendant que les patients attendent qu'un lit leur soit attribué dans une unité d'hospitalisation.
- Des centres de flux de patients ont également été mis en place dans quatre services d'urgence d'hôpitaux régionaux afin de contribuer à l'amélioration des temps d'attente basés sur l'échelle de triage et de gravité (ETG).
- Deux cliniques de délestage ont été ouvertes, à Moncton et à Perth-Andover, et une troisième clinique est proposée dans la région de Miramichi. Les cliniques constituent une solution de rechange pour les patients qui ont besoin de soins non urgents (patients stables de niveaux 3, 4 et 5 selon l'ETG).
- Plusieurs projets sont en cours, notamment :
 - Le personnel chargé du flux de patients dans la région de Fredericton effectue les évaluations requises en matière de soins de longue durée dans le but d'accélérer le processus d'approbation des placements et de réduire le délai entre le congé de l'hôpital et l'admission dans un établissement de soins de longue durée (SLD).
 - Une collaboration avec le Programme extra-mural pour mieux soutenir les résidents des foyers de soins spéciaux, et ce, dans le but d'éviter des visites aux urgences.
 - Un processus visant à envoyer des appareils de radiographie portables dans les établissements de SLD afin de réduire le nombre de patients de ces établissements qui se présentent aux urgences pour passer des examens d'imagerie diagnostique.

Le ministère du Développement social approuve cette recommandation. Le personnel du Ministère participe à plusieurs groupes de travail et projets avec le personnel des réseaux de santé Horizon et Vitalité, du ministère de la Santé, du Programme extra-mural et des Services de santé Medavie afin

de trouver des solutions à court, moyen et long termes aux problèmes de capacité hospitalière liés aux patients ANS. Cette préoccupation a également été soulevée dans le document intitulé *Ce que nous voulons tous*, un examen approfondi du secteur des soins de longue durée par le défenseur des aînés du Nouveau-Brunswick.

Recommandation n° 2

Les huit recommandations du Comité de la qualité des soins devraient être entièrement mises en œuvre et financées, et du personnel devra être embauché à cet effet. Les huit recommandations et les réponses d'Horizon figurent ci-dessous aux points 2.1 à 2.8

2.1 Définir et mettre en œuvre une stratégie pour s'assurer que tous les patients présents dans la salle d'attente sont réévalués conformément aux lignes directrices de réévaluation de l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ETG) décrites dans les normes des services d'urgence d'Horizon, notamment :

a) l'affectation de membres du personnel de la santé (infirmière auxiliaire autorisée, préposés aux soins des patients, etc.) à la surveillance de la salle d'attente conformément aux lignes directrices de réévaluation de l'ETG, y compris pendant les pauses-repas.

Cette recommandation a été mise en œuvre. Des ressources sont affectées à la salle d'attente des urgences. Ces ressources comprennent des préposés aux soins des patients (PSP) qui sont affectés 24 heures sur 24, sept jours sur sept, et des infirmières auxiliaires autorisées (IAA) qui sont affectées à des heures précises. Les PSP et les IAA travaillent en collaboration pour surveiller les patients et communiquer tout changement d'état à l'équipe des urgences afin que les patients reçoivent les soins et les traitements appropriés. Les réévaluations selon l'ETG sont effectuées par des infirmières auxiliaires autorisées et des infirmières immatriculées.

b) de l'équipement adéquat pour les évaluations en temps réel et l'enregistrement des signes vitaux.

L'équipement utilisé pour les évaluations en temps réel et l'enregistrement des signes vitaux a été mis en place dans les services d'urgence d'Horizon. Il s'agit notamment de postes de travail mobiles équipés d'une tablette permettant au personnel de consigner des renseignements sur les patients en temps réel ainsi que de dispositifs permettant de vérifier les signes vitaux des patients.

2.2 Élaborer une politique régionale pour établir un processus normalisé de triage des patients qui arrivent par Ambulance Nouveau-Brunswick (ANB), y compris en période de débordement dans l'hôpital, notamment :

a) La normalisation du triage à l'arrivée ou à l'annonce de l'arrivée de patients par ANB.

Une évaluation de triage normalisée est effectuée à l'arrivée de tous les patients, quel que soit leur mode de transport. Ce processus et cette évaluation sont décrits dans les normes cliniques des services d'urgence d'Horizon. Les normes décrivent le processus de triage établi conformément à l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), qui détermine la gravité du problème qu'éprouve le patient, la priorité selon laquelle le patient doit être vu par un médecin ou un autre prestataire de soins de santé, et l'accès aux ressources appropriées.

b) L'établissement de critères pour les patients en attente de triage qui peuvent être laissés dans la salle d'attente.

Les patients qui se présentent aux services d'urgence seront triés le plus rapidement possible. Comme indiqué dans la réponse au point 2.1 a, des ressources sont affectées aux salles d'attente des urgences pour surveiller l'état des patients et alerter le personnel infirmier en cas de problème avant le triage. Au service d'urgence de l'Hôpital régional Dr Everett Chalmers, une initiative d'évaluation prétriage a été mise en œuvre pour améliorer le service aux patients qui attendent de passer au triage. Le processus consiste pour l'IAA à obtenir le numéro d'assurance-maladie du patient et à noter son motif de consultation principal; cette information est ensuite saisie dans le dossier de santé électronique. Une liste des patients en attente de triage est générée au poste des infirmières de triage, et l'infirmière immatriculée affectée au triage examine cette liste entre chaque évaluation de triage de patient, afin de repérer les patients qui pourraient avoir besoin d'être triés plus tôt. Si l'IAA ou le PSP chargé du prétriage s'inquiète au sujet d'un patient, il ou elle en informe immédiatement l'infirmière immatriculée. On évalue actuellement cette initiative afin de déterminer si un financement sera demandé pour poursuivre le programme.

c) La fourniture à l'infirmière chargée du triage des documents d'ANB qui seront inclus dans le dossier du patient au service d'urgence.

À leur arrivée, les ambulanciers paramédicaux fournissent un rapport verbal à l'infirmière chargée du triage, et ce, dans tous les services d'urgence d'Horizon. De plus, une copie du rapport de soins rempli par ANB est fournie au personnel à qui le patient est transféré afin qu'elle soit incluse dans le dossier du patient et pour assurer la continuité des soins. L'infirmière qui reçoit le rapport de soins doit vérifier qu'il a bien été transmis par les ambulanciers paramédicaux.

2.3 Mettre en place un processus normalisé de flux des patients pour réduire le risque de détérioration de l'état de santé et faciliter le passage des patients de niveau 3 sur l'ETG à l'urgence en permettant de réaliser les examens préliminaires avant qu'ils soient vus par un professionnel de la santé.

Cette recommandation a été mise en œuvre.

Des directives médicales régionales concernant plusieurs problèmes médicaux courants ont été élaborées et mises en œuvre dans les services d'urgence, par exemple : irrigation des oreilles, douleur thoracique (adulte), température (adulte), douleur légère à modérée (adulte), etc. Ces directives médicales permettent au personnel infirmier de fournir un traitement initial et de demander des tests diagnostiques avant l'évaluation du médecin. Les directives médicales sont régulièrement révisées et mises à jour.

Des centres de flux ont été intégrés aux quatre services d'urgence régionaux qui emploient des IAA. Les patients de niveau 3 (urgent), 4 (moins urgent) et 5 (non urgent) sont évalués et traités dans ces régions. Dans la région de Fredericton, des auxiliaires médicaux ont été intégrés aux centres de flux pour optimiser le flux de patients.

Aussi, dans cette région, un centre de traitement des urgences mineures a ouvert ses portes dans le Brookside Mall afin d'apporter une aide supplémentaire dans la gestion du nombre élevé de patients se présentant aux services d'urgence. Le centre est ouvert du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h, et suit

les directives de l'ETG pour évaluer et traiter des patients à divers niveaux de gravité, y compris de niveau 3 sur l'ETG (urgent). Le personnel est composé de médecins, d'infirmières auxiliaires autorisées, d'infirmières immatriculées et d'employés de bureau.

2.4 Établir une politique régionale qui définit les critères et la procédure à suivre pour faciliter le transfert des patients hospitalisés non urgents en période de débordement des services d'urgence.

Une gestion efficace du flux de patients est essentielle pour réduire les risques liés à la sécurité des patients, améliorer les résultats de santé et accroître la satisfaction des patients. Chaque service d'urgence dispose d'une politique de surcapacité qui décrit les mesures à prendre, conformément aux principes énoncés dans les lignes directrices sur la surcapacité et l'escalade. Il y a surcapacité lorsque la demande dépasse la capacité actuelle de l'établissement, ce qui entraîne l'incapacité d'administrer des soins efficaces et efficaces.

Les lignes directrices d'Horizon sur la surcapacité, qui sont actuellement en phase finale d'approbation, fournissent les outils nécessaires pour gérer systématiquement les besoins de l'établissement, y compris des processus permettant de reconnaître les différents niveaux de situation critique. Les services évaluent régulièrement les demandes imposées au service d'urgence et adaptent leurs mesures en conséquence.

Les mesures prises à l'HDEC sont les suivantes :

- Un coordonnateur du flux de patients est maintenant chargé de surveiller les lits d'hospitalisation et de faciliter le congé des patients qui n'ont plus besoin d'être hospitalisés.
- Tout le personnel affecté au flux de patients, à la planification des congés et aux admissions a été regroupé dans une zone commune de l'hôpital. Ce concept de « centre de commandement » est fondé sur des données probantes et favorise la communication, la collaboration et une coordination plus rapide de l'attribution des lits dans l'ensemble de l'établissement. On envisage de créer un système semblable à l'Hôpital de Moncton et à l'Hôpital régional de Saint John avant le 30 juin 2025.
- Un salon réservé aux patients en attente de leur congé a été créé, et une IAA y est affectée. Il peut accueillir jusqu'à quatre patients qui attendent de recevoir leur congé, ce qui permet de réduire le délai pour les patients en attente d'hospitalisation. Cet espace peut également être utilisé pour permettre aux patients d'attendre leur lit d'hospitalisation.
- Une unité de transition médicale de 13 lits a été créée pour les patients admis qui attendent un lit d'hospitalisation approprié.
- Certains services aux patients externes ont été déplacés dans d'autres zones, ce qui a permis de créer 19 lits d'hospitalisation supplémentaires.

2.5 Mettre en place un processus normalisé de flux des patients pour réduire le risque de détérioration de l'état de santé et faciliter le passage des patients de niveau 3 sur l'ETG à l'urgence en permettant de réaliser les examens préliminaires avant qu'ils soient vus par un professionnel de la santé.

Cette recommandation a été mise en œuvre. Comme indiqué dans la recommandation 2.3, des directives médicales ont été mises en œuvre pour guider le personnel infirmier dans l'administration des soins et la demande d'exams diagnostiques.

2.6 Examiner et définir des stratégies visant à complémenter les ressources existantes des

services d'urgence durant les quarts de nuit concernant le triage et le flux des patients en période de débordement dans l'hôpital.

a) affectation d'une infirmière immatriculée au triage pendant la nuit.

Cette recommandation a été mise en œuvre par la création d'un poste dédié au triage pendant le quart de nuit.

b) ajout de médecins ou de professionnels de la santé (par exemple, infirmières praticiennes, auxiliaires médicaux) travaillant plus d'heures.

Cette recommandation est approuvée et mise en œuvre au sein des ressources actuelles d'Horizon. Voir la réponse à la recommandation 2.3.

Comme mentionné ci-dessus (2.3), des centres de flux ont été intégrés aux quatre services d'urgence régionaux, où les patients de niveau 3 (urgent), 4 (moins urgent) et 5 (non urgent) selon l'ETG sont évalués et traités. Des IAA ont été intégrées aux centres de flux. Dans la région de Fredericton, des auxiliaires médicaux ont été intégrés aux centres de flux pour faciliter le flux de patients. La couverture médicale par un médecin a également augmenté pendant la nuit afin de se rapprocher des horaires et des modèles en place dans d'autres établissements régionaux de taille semblable.

2.7 Examiner avec le personnel des services d'urgence les exigences en matière de documentation électronique en temps opportun des signes vitaux, des procédures, etc., afin de s'assurer que les soins aux patients sont bien documentés.

Cette recommandation a été mise en œuvre. La documentation en temps utile est une norme de la pratique infirmière. Cette formation est offerte lors de l'orientation d'un prestataire de soins aux services d'urgence et lors des évaluations de rendement annuelles. Les exigences en matière de documentation sont examinées fréquemment lors des réunions du personnel, des caucus d'équipe et des communications par courriel. La conformité est contrôlée par l'examen des dossiers, ce qui permet aux prestataires de soins de santé d'obtenir une rétroaction et de cerner les possibilités d'amélioration.

2.8 Mettre en place un processus normalisé de collecte de données entre l'heure d'arrivée du patient aux services d'urgence et l'heure de triage afin de cerner les tendances des temps d'attente plus longs et de mettre en place des mesures d'intervention appropriées pour améliorer le flux de patients aux services d'urgence.

Les travaux visant à déterminer la meilleure méthode de collecte de ces données se poursuivent. Comme indiqué au point 2.2 b, une initiative de prétriaje a été mise en œuvre à titre expérimental à l'Hôpital régional Dr Everett Chalmers. Une fois la carte d'assurance-maladie du patient glissée, un point de données est créé dans le système de documentation, et ce point peut être suivi. L'heure à laquelle le patient est trié est également enregistrée, ce qui permet d'établir une plage de temps. À Moncton et à Miramichi, ces données sont saisies manuellement. Saint John dispose d'un système de gestion électronique des dossiers qui permet de saisir et de documenter l'heure d'arrivée en temps réel.

Recommandation n° 3

Les membres du personnel devraient être dotés d'appareils électroniques portatifs pour enregistrer les signes vitaux des patients.

Horizon a répondu que cette recommandation a été approuvée et est mise en œuvre au moyen de postes de travail mobiles, comme décrit dans la réponse au point 2.1 b. Chaque poste de travail est équipé d'une tablette qui permet au personnel de consigner les renseignements relatifs aux patients en temps réel.

Jason Barnaby-Gloade

Une enquête du coroner sur le décès de Jason Barnaby-Gloade a eu lieu les 27 et 28 mai 2024 à Campbellton. M. Barnaby-Gloade a été découvert inanimé dans une cellule du Centre correctionnel régional de Dalhousie, puis son décès a été constaté à l'Hôpital régional de Campbellton le 28 mai 2022.

L'enquête a révélé que M. Barnaby-Gloade s'était suicidé. Les cinq membres du jury ont entendu 11 témoins et ont formulé les recommandations suivantes :

1. Que le Centre correctionnel régional de Dalhousie continue d'offrir au personnel correctionnel et au personnel médical une formation continue sur la détection des pensées suicidaires et qu'il continue de mettre à jour ses plans d'intervention.
2. Que le Centre correctionnel régional de Dalhousie continue d'offrir au personnel correctionnel et au personnel médical une formation continue portant sur les enjeux propres aux Autochtones.

Le coroner qui présidait l'enquête a ajouté une recommandation :

3. Que le ministère de la Justice et de la Sécurité publique évalue le risque que peuvent présenter les câbles de téléviseur et trouve des moyens d'éliminer ce risque.

Recommandation n° 1

Que le Centre correctionnel régional de Dalhousie continue d'offrir au personnel correctionnel et au personnel médical une formation continue sur la détection des pensées suicidaires et qu'il continue de mettre à jour ses plans d'intervention.

La direction des Services pour adultes mis sous garde (SASS) du ministère de la Justice et de la Sécurité publique a répondu qu'elle offrait de façon continue la Formation appliquée en techniques d'intervention face au suicide (ASIST) à l'ensemble des agents correctionnels du Nouveau-Brunswick. ASIST est un programme fondé sur des données probantes qui vise à donner aux participants les compétences nécessaires pour reconnaître les pensées suicidaires, intervenir adéquatement et élaborer un plan de sécurité en collaboration avec la personne touchée. L'objectif est d'assurer que les personnes à risque soient orientées vers les ressources et le soutien adéquats.

Il convient de noter que le personnel des services médicaux relève des régies régionales de la santé; par conséquent, toute formation liée à l'intervention en prévention du suicide est fournie par les réseaux de santé Horizon et Vitalité.

Recommandation n° 2

Que le Centre correctionnel régional de Dalhousie continue d'offrir au personnel correctionnel et au personnel médical une formation continue portant sur les enjeux propres aux Autochtones.

Le ministère de la Justice et de la Sécurité publique a indiqué que le gouvernement du Nouveau-Brunswick (GNB) s'est associé à Four Seasons of Reconciliation pour offrir un cours en ligne qui favorise un renouvellement des relations entre les Autochtones et les Canadiens en abordant les questions de vérité et de réconciliation. Ce cours aide le GNB à maintenir son engagement à mettre en œuvre les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation et est obligatoire pour tout le personnel.

Une formation continue en sensibilisation culturelle et sur les enjeux touchant les Autochtones est également offerte à l'ensemble du personnel correctionnel.

Les SASG travaillent aussi à l'amélioration du matériel d'apprentissage offert à l'Académie pour les recrues.

Recommandation n° 3

Que le ministère de la Justice et de la Sécurité publique évalue le risque que peuvent présenter les câbles de téléviseur et trouve des moyens d'éliminer ce risque.

Le ministère de la Justice et de la Sécurité publique a indiqué qu'immédiatement après le décès de M. Barnaby-Gloade, les SASG ont lancé un examen provincial des systèmes d'étagères pour câbles de téléviseur. L'examen a permis de repérer un autre centre correctionnel doté d'un système semblable comportant de petits trous permettant de faire passer des objets. Les équipes d'entretien sont rapidement intervenues, et les trous ont été soudés afin d'en empêcher toute utilisation détournée.

Chaque décès en détention est un événement tragique. Le ministère de la Justice et de la Sécurité publique et les Services pour adultes mis sous garde demeurent déterminés à poursuivre les améliorations et à mettre en œuvre les recommandations issues de l'enquête du coroner. La collaboration avec le ministère de la Santé se poursuivra pour assurer le bien-être des personnes sous garde.

Darrell Richards

Une enquête du coroner sur le décès de Darrell Richards a eu lieu du 3 au 5 mai 2024 au palais de justice de Saint John. M. Richards est décédé à l'hôpital le 1^{er} juillet 2022 des suites de blessures subies alors qu'il travaillait à l'installation d'American Iron and Metal (AIM) à Saint John, qui a depuis fermé ses portes.

L'enquête du coroner a conclu à une mort accidentelle, la cause étant un choc hypovolémique.

Les cinq membres du jury ont entendu 16 témoins et ont formulé quatre recommandations en lien avec la sécurité, la communication, l'approvisionnement et l'inspection :

1. Que la poursuite de la formation et des certifications appropriées, ainsi qu'une supervision adéquate, demeure une priorité et respecte les exigences de Travail sécuritaire NB.
2. Que la communication soit initiée par le siège social d'AIM et transmise à l'ensemble des sites satellites d'AIM. La communication auprès des employés est un outil essentiel pour prévenir les accidents en milieu de travail.
3. Que AIM Nouveau-Brunswick examine tous les fournisseurs, en obtenant leurs qualifications et leurs antécédents, ainsi qu'une description des matériaux et des risques que présentent les produits.
4. Que AIM Nouveau-Brunswick mette en place un programme d'inspection pour aider à repérer les matières dangereuses et continue de mettre en quarantaine et d'étiqueter ces matières jusqu'à l'obtention de la documentation appropriée accompagnée d'une procédure de travail sécuritaire approuvée.

AIM Nouveau-Brunswick n'a pas répondu aux demandes de commentaires concernant les recommandations du jury.

Travail sécuritaire NB a indiqué que son équipe chargée de la conformité et de l'application de la loi est au courant des recommandations faites à l'employeur et veille à leur respect dans les limites des pouvoirs conférés à ses agents en vertu de la *Loi sur l'hygiène et la sécurité au travail*.

Travail sécuritaire NB a également précisé que, depuis environ un an, à la suite d'un important incendie survenu dans le lieu de travail de M. Richards, American Iron and Metal, le permis d'exploitation de l'employeur a été révoqué par le gouvernement provincial, et le site n'est plus un lieu de travail actif. Travail sécuritaire NB suit l'évolution de la situation et, si les activités devaient reprendre sur ce site, procédera à des inspections régulières pour s'assurer du respect de la *Loi sur l'hygiène et la sécurité au travail* et des règlements connexes.

Hailey Pierce

Une enquête sur le décès de Hailey Pierce a eu lieu du 4 au 6 novembre 2024 à Moncton. L'adolescente de 13 ans est décédée le 13 avril 2022 à l'hôpital de Moncton des suites de blessures subies lors d'un accident d'autobus dans le district Dorchester de Tantramar.

Les cinq membres du jury ont entendu 15 témoins et ont formulé les 12 recommandations suivantes :

1. Qu'un adulte ou un surveillant prenne place à l'arrière de l'autobus afin que le chauffeur puisse se concentrer sur la conduite.
2. Que l'on puisse attribuer des places, à l'avant si nécessaire, comme dans les classes.
3. Qu'un dispositif d'interverrouillage mécanique empêche l'ouverture des portes de secours lorsque l'autobus roule au-delà d'une certaine vitesse.
4. Que les écoles disposent de plus de soutien interne, notamment davantage d'enseignants-ressources, d'intervenants et d'assistants en éducation.
5. Que tout enseignant ou toute personne travaillant auprès d'enfants en milieu scolaire reçoive une formation sur la façon d'intervenir dans des situations liées à la santé mentale des élèves.
6. Qu'un seul psychiatre responsable soit désigné pour gérer la médication liée à la santé mentale d'un patient et approuver toute modification à l'ordonnance.
7. Que des milieux d'apprentissage parallèles soient offerts à l'extérieur du cadre scolaire traditionnel pour les élèves qui ont des difficultés en santé mentale découlant du stress lié à l'école.
8. Que de meilleures ressources soient accessibles pour les élèves jugés à risque élevé, notamment ceux admis à l'hôpital psychiatrique, ou que des périodes plus longues soient prévues pour suivre l'évolution des patients et leurs réactions aux médicaments, avec des rendez-vous de suivi et des évaluations par le psychiatre désigné.
9. Qu'une meilleure communication soit assurée entre les organismes médicaux de la province concernant les antécédents médicaux d'un patient.
10. Que des espaces distincts, privés et calmes, soient aménagés dans les services d'urgence pour les patients en attente d'une consultation en santé mentale.
11. Que les professionnels qui suivent un patient communiquent de manière proactive afin de repérer les changements et les lacunes éventuelles dans ses soins.
12. Que les parents ou tuteurs disposent d'un soutien suffisant pour les aider à composer avec les enjeux de santé mentale au sein de la famille.

Recommandation n° 1

Qu'un adulte ou un surveillant prenne place à l'arrière de l'autobus afin que le chauffeur puisse se concentrer sur la conduite.

Le Bureau du coroner en chef n'avait reçu aucune réponse au moment de la publication du présent rapport.

Recommandation n° 2

Que l'on puisse attribuer des places, à l'avant si nécessaire, comme dans les classes.

Le Bureau du coroner en chef n'avait reçu aucune réponse au moment de la publication du présent rapport.

Recommandation n° 3

Qu'un dispositif d'interverrouillage mécanique empêche l'ouverture des portes de secours lorsque l'autobus roule au-delà d'une certaine vitesse.

Le Bureau du coroner en chef n'avait reçu aucune réponse au moment de la publication du présent rapport.

Recommandation n° 4

Que les écoles disposent de plus de soutien interne, notamment davantage d'enseignants-ressources, d'intervenants et d'assistants en éducation.

Le Bureau du coroner en chef n'avait reçu aucune réponse au moment de la publication du présent rapport.

Recommandation n° 5

Que tout enseignant ou toute personne travaillant auprès d'enfants en milieu scolaire reçoive une formation sur la façon d'intervenir dans des situations liées à la santé mentale des élèves.

Le Bureau du coroner en chef n'avait reçu aucune réponse au moment de la publication du présent rapport.

Recommandation n° 6

Qu'un seul psychiatre responsable soit désigné pour gérer la médication liée à la santé mentale d'un patient et approuver toute modification à l'ordonnance.

Le Réseau de santé Horizon a répondu que les patients qui se présentent aux services d'urgence sont examinés par le psychiatre de garde. Il ne s'agit pas nécessairement de leur psychiatre traitant principal. Dans le cadre d'une intervention thérapeutique, l'efficacité des médicaments est étudiée et évaluée par le psychiatre. En fonction de l'état du patient, des renseignements recueillis et des symptômes, le psychiatre pourrait être amené à ajuster les médicaments. Bien qu'il soit impossible de créer un processus selon lequel un seul psychiatre est autorisé à prescrire des médicaments à un client, nous avons mis en place des processus permettant d'envoyer la note de la visite du patient aux services d'urgence à son psychiatre traitant afin de l'informer de la visite et de tout changement apporté au plan de traitement du patient.

Recommandation n° 7

Que des milieux d'apprentissage parallèles soient offerts à l'extérieur du cadre scolaire traditionnel pour les élèves qui ont des difficultés en santé mentale découlant du stress lié à l'école.

Le Bureau du coroner en chef n'avait reçu aucune réponse au moment de la publication du présent rapport.

Recommandation n° 8

Que de meilleures ressources soient accessibles pour les élèves jugés à risque élevé, notamment ceux admis à l'hôpital psychiatrique, ou que des périodes plus longues soient prévues pour suivre l'évolution des patients et leurs réactions aux médicaments, avec des rendez-vous de suivi et des évaluations par le psychiatre désigné.

Le Réseau de santé Horizon a répondu que ses services d'urgence disposent d'équipes de soins collaboratifs pour le traitement des dépendances et la santé mentale. En 2022, des effectifs sont venus renforcer ces équipes de traitement des dépendances et de santé mentale aux services d'urgence. Ces équipes suivent des normes cliniques qui guident les cliniciens dans l'utilisation d'évaluations des risques normalisées et de protocoles d'interventions, ce qui permet d'assurer la continuité des soins pour le client.

Au cours de l'évaluation, des données vitales sont recueillies auprès du patient, de sa famille et dans son dossier médical afin d'éclairer toute autre évaluation nécessaire. Les renseignements recueillis pendant l'évaluation, les critères d'admission préétablis et les besoins du patient sont utilisés pour déterminer son plan de traitement, qui peut inclure une hospitalisation. Il convient de souligner que seuls les psychiatres sont habilités à admettre un patient dans une unité psychiatrique et qu'ils prennent leurs décisions selon des interventions fondées sur des données probantes et des protocoles normalisés. Des protocoles sont élaborés et mis en œuvre pour les clients actuels recevant des services de consultation externe en matière de traitement des dépendances et de santé mentale et pour les nouveaux clients.

Lorsqu'un nouveau patient nécessite un suivi auprès des Services de traitement des dépendances et de santé mentale, les coordonnateurs cliniques du programme de traitement des dépendances et de santé mentale aux services d'urgence communiquent avec un membre de l'équipe des Services de traitement des dépendances et de santé mentale au sein de la collectivité. Des processus sont en place pour s'assurer qu'une référence a été fournie au client afin qu'il obtienne un rendez-vous.

Lorsqu'un client existant se présente aux services d'urgence et est examiné par l'équipe de traitement des dépendances et de santé mentale aux services d'urgence, la visite est consignée dans le système de

documentation électronique des Services de traitement des dépendances et de santé mentale. Un formulaire normalisé de transfert des renseignements est ensuite envoyé à la clinique communautaire de traitement des dépendances et de santé mentale. Le personnel compétent est informé et assure le suivi auprès du client. Ce processus permet d'assurer la continuité des soins et la communication entre les services d'urgence et les Services de traitement des dépendances et de santé mentale au sein de la collectivité.

Recommandation n° 9

Qu'une meilleure communication soit assurée entre les organismes médicaux de la province concernant les antécédents médicaux d'un patient.

Le Réseau de santé Horizon a répondu que le ministère de la Santé dirige actuellement un projet provincial d'examen des systèmes actuels de dossiers de santé électroniques dans les régies régionales de la santé. À l'heure actuelle, la province utilise plusieurs systèmes différents. Le système de documentation clinique utilisé pour les Services de traitement des dépendances et de santé mentale fait partie de ce projet, dont l'objectif est « Un patient, un dossier ». Le Réseau de santé Horizon et le Réseau de santé Vitalité collaborent étroitement dans le cadre de ce projet. Dans l'intervalle, des processus normalisés de transfert des renseignements entre les prestataires de soins sont mis en place et respectés.

Recommandation n° 10

Que des espaces distincts, privés et calmes, soient aménagés dans les services d'urgence pour les patients en attente d'une consultation en santé mentale.

Le Réseau de santé Horizon a répondu que des espaces réservés à ces patients sont disponibles aux services d'urgence de l'Hôpital de Moncton, de l'Hôpital régional Dr Everett Chalmers et de l'Hôpital régional de Saint John. L'équipe de gestion des installations d'Horizon analyse actuellement les espaces disponibles aux services d'urgence de l'Hôpital régional de Miramichi.

Recommandation n° 11

Que les professionnels qui suivent un patient communiquent de manière proactive afin de repérer les changements et les lacunes éventuelles dans ses soins.

Le Réseau de santé Horizon a répondu que des processus de communication sont mis en œuvre entre les professionnels de la santé dans les hôpitaux, les Services de traitement des dépendances et de santé mentale, les médecins et les autres organismes (ministère de l'Éducation, ministère du Développement social) qui s'occupent d'un client recevant des services de traitement des dépendances et de santé mentale.

Recommandation n° 12

Que les parents ou tuteurs disposent d'un soutien suffisant pour les aider à composer avec les enjeux de santé mentale au sein de la famille.

Le Réseau de santé Horizon a répondu que, dans le cadre de la prestation des services intégrés provinciaux, les équipes enfants-jeunes (E-J) ont la responsabilité de fournir soutien et traitement aux enfants et aux jeunes âgés de 0 à 21 ans. L'objectif est de travailler avec les parents et les parents substituts, le cas échéant. Les équipes E-J examinent les modèles de thérapie familiale afin d'élargir le soutien aux familles et aux tuteurs des patients bénéficiant de services. Il convient de mentionner que nous appliquons la doctrine du mineur mature, ce qui signifie que si le jeune en a la capacité, il peut déterminer s'il souhaite que ses parents ou les personnes qui s'occupent de lui participent à son traitement. On définit la capacité comme étant l'aptitude à prendre une décision éclairée. L'évaluation de cette capacité dépend de plusieurs facteurs et comprend l'évaluation de la capacité à comprendre les renseignements pertinents, à comprendre la situation et ses conséquences, à raisonner, et à communiquer et à exprimer un choix. Cette capacité ne peut être évaluée que par certains professionnels.

COMITÉ D'EXAMEN DES DÉCÈS D'ENFANTS

Le Comité d'examen des décès d'enfants (CEDE) 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, puis fassent des recommandations pour améliorer les services et prévenir de futurs décès.

Le mandat de 2009 du gouvernement du Nouveau-Brunswick a transféré le processus du CEDE au Bureau du coroner en chef. En 2022, le rôle du CEDE a été intégré à la *Loi sur les coroners*.

Le CEDE 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 les circonstances 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 leur coordination 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, du pathologiste et de la police peuvent se poursuivre au-delà de l'année civile, les rapports ne sont souvent rédigés qu'un à trois ans après le décès.

Les recommandations du Comité sont transmises aux organismes concernés pour qu'ils y répondent, puis elles sont présentées au ministre, qui les déposera devant l'Assemblée législative.

En 2024, le Comité a examiné 9 décès survenus de 2022 à 2024.

Décès d'enfants examinés en 2024					
Numéro de dossier	Données démographiques	Dossier du coroner (DC)/Intervention du ministère du Développement social (DS)	Circonstances	Cause du décès	Recommandations
1.	Homme de 18 ans	DC/DS	mort accidentelle	Polytraumatisme avec atteinte de multiples organes à la suite d'un accident de véhicule automobile à haute vitesse	Aucune
2.	Fille de 15 ans	DC	mort naturelle	État médical complexe, notamment un cancer	Aucune
3.	Nourrisson de 13 jours	DC/DS	mort accidentelle	Asphyxie positionnelle	Aucune
4.	Enfant de 2 ans	DC	mort accidentelle	Toxicité à la méthadone	4
5.	Nourrisson de 2 semaines	DC	mort accidentelle	Asphyxie due au partage d'une surface de sommeil non sécuritaire	Aucune
6.	Enfant de 7 ans	DS	mort naturelle	Hypoplasie pontocérébelleuse de type 2	Aucune
7.	Bébé de 1 an	DS	mort naturelle	Grippe	Aucune
8.	Jeune de 16 ans	DS	mort naturelle	Complications liées à la paralysie cérébrale	Aucune
9.	Jeune de 10 ans	DC/DS	mort naturelle	Épilepsie	Aucune

Recommandations et réponses - Dossier n° 4

Recommandation n° 1

Que l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick modifie sa *Directive professionnelle sur le traitement par agonistes opioïdes (TAO)*. Les doses à emporter devraient être fournies sous forme de Suboxone, afin qu'elles soient moins attrayantes pour les jeunes enfants et les personnes vulnérables.

L'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick a indiqué avoir publié sa *Directive professionnelle sur le traitement par agonistes opioïdes (TAO)* à l'été 2022, à la suite d'un important travail de collaboration et de consultation. La directive a été élaborée à partir de nombreuses sources fondées sur des données probantes, notamment un examen comparatif des pratiques canadiennes et internationales. Deux références clés ont orienté la directive : « Opioid Agonist Maintenance Treatment: A Pharmacist's Guide to Methadone and Buprenorphine for Opioid Use Disorders »¹ et « Opioid Agonist Therapy: A Synthesis of Canadian Guidelines for Treating Opioid Use Disorder »².

La directive sur le TAO est mise à jour au fur et à mesure que les données et les pratiques exemplaires évoluent. La plus récente mise à jour, en décembre 2024, faisait suite aux recommandations révisées de la Canadian Research Initiative in Subject Matters (CRISM) concernant les médicaments de première intention pour le traitement par agonistes opioïdes (TAO). Alors que la méthadone était auparavant considérée comme une option de deuxième intention, la CRISM recommande désormais la méthadone et la buprénorphine-naloxone comme traitements de première intention.

Les données probantes actuelles appuient l'utilisation de doses de méthadone à emporter pour les patients stabilisés suivant un traitement d'entretien approprié. Même en tenant compte des enjeux de sécurité, l'exigence d'une prise quotidienne supervisée en pharmacie pour l'ensemble des patients traités à la méthadone ne repose ni sur les données disponibles ni sur les pratiques exemplaires^{3, 4, 5}.

De plus, l'exigence de faire passer tous les patients stabilisés de la méthadone à la buprénorphine-naloxone pour leur donner accès aux doses à emporter est à la fois irréaliste et potentiellement néfaste, puisqu'elle peut accroître le risque de rechute^{6, 7}.

Un examen limité des rapports d'enquêtes antérieures du coroner n'a mis en évidence aucune recommandation appuyant l'interdiction des doses de méthadone à emporter. De plus, les données montrent que les expositions pédiatriques aux opioïdes sont plus souvent liées à d'autres opioïdes, qu'ils soient prescrits ou illicites, plutôt qu'à la méthadone.

Pour ces raisons, l'Ordre n'est pas en mesure de mettre en œuvre la première recommandation du Comité d'examen des décès d'enfants. Toutefois, nous transmettrons cette recommandation au ministère provincial de la Santé pour étude. Étant donné son mandat élargi et sa responsabilité à l'égard du formulaire et du Régime médicaments du Nouveau-Brunswick, le ministère est l'entité la mieux placée pour diriger une initiative d'une telle portée. Toute modification importante aux protocoles de traitement nécessiterait un leadership assumé par le ministère, en collaboration avec les parties concernées.

Si le ministère de la Santé décide de donner suite à cette recommandation, l'Ordre collaborera volontiers au processus.

Recommandation n° 2

Que l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick ajoute à sa *Directive professionnelle sur le traitement par agonistes opioïdes (TAO)* l'obligation de remettre au patient une fiche d'information sur les risques que ce médicament représente pour les enfants et les personnes vulnérables lorsque des doses à emporter sont autorisées dans le cadre d'un traitement par agonistes opioïdes.

L'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick a indiqué qu'il apportera les modifications suivantes à la directive sur le TAO afin d'améliorer l'information au patient et la sécurité des doses à emporter :

- a. Une fiche d'information destinée aux patients sera ajoutée en annexe à la directive sur le TAO. Les professionnels de la pharmacie devront présenter cette fiche aux patients et l'examiner avec eux au moment où ils ont l'autorisation pour la première fois de recevoir des doses à emporter de méthadone ou de buprénorphine-naloxone. Cette fiche, élaborée par l'Ordre, mettra en évidence les risques que présentent ces médicaments, particulièrement pour les enfants et les personnes vulnérables.
- b. Le dossier pharmacologique sera mis à jour pour ajouter une colonne permettant aux professionnels de la pharmacie de consigner, dans le dossier du patient, la délivrance de doses à emporter et de confirmer que :
 - le patient a fourni un coffret verrouillable approprié et a démontré que celui-ci était déverrouillé lors du retour des contenants et verrouillé lorsqu'il recevait de nouvelles doses.
- c. Les coffrets verrouillables devront comporter un identifiant unique (un numéro ou les initiales du patient) apposé de manière permanente afin d'assurer un lien clair entre chaque patient et son coffret désigné.

Ces modifications proposées à la directive sur le TAO seront présentées au Conseil pour approbation lors de sa prochaine réunion, prévue le 28 avril 2025. Après l'approbation de ces modifications, le personnel de l'Ordre les mettra en œuvre pour les membres autorisés à fournir de la méthadone.

Recommandation n° 3

Que le Collège des médecins et l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick demandent aux pédiatres et aux prestataires de soins primaires d'informer les personnes responsables des nourrissons des dangers que présentent les médicaments sur ordonnance, particulièrement lorsque l'enfant commence à se déplacer.

Le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick a indiqué avoir donné suite aux recommandations du Comité d'examen des décès d'enfants et avoir diffusé l'information dans son bulletin trimestriel de mai 2025. Cette communication du Collège est transmise à l'ensemble des médecins et des étudiants inscrits au Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick.

L'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick (AIINB) a indiqué avoir envoyé un courriel directement à l'ensemble du personnel infirmier (immatriculé [II] et praticien [IP]). Elle estime qu'il était important de communiquer cette information à l'ensemble du personnel infirmier, puisque l'II est souvent la personne en contact direct avec les patients dans les établissements de soins actifs, dans les milieux communautaires et lors des visites à domicile. L'AIINB a envoyé par courriel la communication à l'ensemble du personnel infirmier. Cette information a également été publiée dans le bulletin électronique mensuel et

diffusée sur les médias sociaux.

De plus, elle a communiqué avec l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick et avec le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick pour vérifier s'ils avaient des renseignements supplémentaires utiles à transmettre.

Recommandation n° 4

Que l'Association des chefs de police du Nouveau-Brunswick et la Gendarmerie royale du Canada au Nouveau-Brunswick rappellent à leurs membres – selon les modalités jugées appropriées par leur organisation – que les décès d'enfants doivent être considérés comme suspects, surtout lorsque la cause du décès n'est pas apparente, par exemple dans un contexte résidentiel plutôt qu'à la suite d'un traumatisme causé par un accident de la route.

La GRC a indiqué que, pour répondre adéquatement à la recommandation du Comité, elle publiera une politique provinciale actualisée détaillant les étapes d'enquête à suivre dans les cas de décès d'enfants. Cette politique stipule notamment : « Selon le Code criminel, un enfant est une personne de moins de 12 ans. Lorsqu'aucun traumatisme n'est visible et que la cause du décès n'est pas évidente, traiter le décès comme suspect. »

COMITÉ D'EXAMEN DES DÉCÈS LIÉS À LA VIOLENCE CONJUGALE

Le Comité d'examen des décès liés à la violence conjugale a été mis sur pied en 2009, et son rôle a été intégré dans la loi en 2023. Il examine les décès dans un contexte de violence familiale 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 de l'application de la loi, des poursuites publiques, de la santé, du milieu 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, ce 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 familiale 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 dans 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 transmises aux organismes concernés pour qu'ils y répondent, puis elles sont présentées au ministre, qui les déposera devant l'Assemblée législative si elle siège ou auprès du greffier si la Chambre ne siège pas.

En 2024, l'avancement de plusieurs dossiers du Comité a été retardé, car les examens ne peuvent commencer qu'une fois les enquêtes connexes et les procédures judiciaires terminées. En conséquence, le Comité n'a pu amorcer l'examen des dossiers qu'à la fin de l'année, et ces examens n'ont pas pu être terminés avant la fin de l'exercice.