



2011
Annual Report

Office of the
Chief Coroner

2011
Rapport annuel

Le bureau du
coroner en chef

2011 Annual Report

Published by:

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

May 2014

Cover:

Communications New Brunswick

Typesetting:

Office of the Chief Coroner

Printing and Binding:

Printing Services NBISA

ISBN 978-1-4605-0222-8

ISSN 0848-5666

Printed in New Brunswick

Rapport annuel 2011

Publié par :

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

Mai 2014

Couverture :

Communications Nouveau-Brunswick

Photocomposition :

Le bureau du coroner en chef

Imprimerie et reliure :

Services d'Imprimerie ASINB

ISBN 978-1-4605-0222-8

ISSN 0848-5666

Imprimé au Nouveau-Brunswick

The Honourable Bruce Northrup
Department of Public Safety
Fredericton
New Brunswick

L'honorable Bruce Northrup
Ministère de la Sécurité publique
Fredericton
Province du Nouveau-Brunswick

Dear Minister:

Pursuant to Section 43 of the *Coroners Act*, I have the honour to submit the fortieth Annual Report of the Chief Coroner for the period January 1, 2011 to December 31, 2011.

Yours very truly,

Monsieur le Ministre,

J'ai l'honneur de vous présenter le quarantième rapport annuel du coroner en chef pour la période du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2011 en application de l'article 43 de *la Loi sur les coroners*.

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



GREGORY J. FORESTELL
Chief Coroner
Province of New Brunswick

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

Table of Contents

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

Table des matières

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

Schedule “C.1” - Suicide Deaths by Age Group, Gender and Judicial District29	Tableau « C.1 » - Morts par suicide par groupe d’âge, sexe et circonscription judiciaire 29
Schedule “C.2” - Suicide Deaths by Age Group, Gender and Death Factor30	Tableau « C.2 » - Morts par suicide par groupe d’âge, sexe et facteur de mortalité 30
Schedule “C.3” - Suicide Deaths by Age Group, Gender and Environment33	Tableau « C.3 » - Morts par suicide par groupe d’âge, sexe et lieu de l’incidence..... 33
Schedule “D.1” - Homicide Deaths by Age Group, Gender and Judicial District36	Tableau « D.1 » - Morts par homicide par groupe d’âge, sexe et circonscription judiciaire 36
Schedule “D.2” - Homicide Deaths by Age Group, Gender and Death Factor37	Tableau « D.2 » - Morts par homicide par groupe d’âge, sexe et facteur de mortalité 37
Schedule “D.3” - Homicide Deaths by Age Group, Gender and Environment38	Tableau « D.3 » - Morts par homicide par groupe d’âge, sexe et lieu de l’incidence 38
Schedule “E.1” - Natural Deaths by Age Group, Gender and Judicial District39	Tableau « E.1 » - Morts naturelles par groupe d’âge, sexe et circonscription judiciaire 39
Schedule “E.2” - Natural Deaths by Age Group, Gender and Death Factor40	Tableau « E.2 » - Morts naturelles par groupe d’âge, sexe et par facteur de mortalité 40
Schedule “E.3” - Natural Deaths by Age Group, Gender and Environment41	Tableau « E.3 » - Morts naturelles par groupe d’âge, sexe et le lieu de l’incidence..... 41
Schedule “F.1” - Undetermined Deaths by Age Group, Gender and Judicial District.....47	Tableau « F.1 » - Décès d’origine inconnue par groupe d’âge, sexe et circonscription judiciaire 47
Schedule “F.2” - Undetermined Deaths by Age Group, Gender and Death Factor48	Tableau « F.2 » - Décès d’origine inconnue par groupe d’âge, sexe et par facteur de mortalité 48
Schedule “F.3” - Undetermined Deaths by Age Group, Gender and Environment.....49	Tableau « E.3 » - Décès d’origine inconnue par groupe d’âge, sexe et le lieu de l’incidence..... 49

Schedule “F” - Undetermined Deaths... 50	Tableau « F. » - Décès d’origine Inconnue50
Summary of Inquests and Recommendations 53	Résumé des enquêtes et des recommandations.....53
Other Cases of Interest..... 62	Autres cas d’intérêt.....62

Our Mission

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

Historical Background

Origin of the Office of the Coroner

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

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

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

Notre mission

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

Survol historique

Origine de la fonction de coroner

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

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

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

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

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

The New Brunswick Coroner System

Organizational Structure

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

The five full time staff coroners serve as Regional Coroners in Fredericton/Woodstock, Moncton/Miramichi, Saint John (assisted by one full time Investigating Coroner), Bathurst/Campbellton and Edmundston report to the Chief Coroner.

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

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

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

Le système des coroners du Nouveau-Brunswick

Structure administrative

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

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

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

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

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

Notification Requirement

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

Investigative Capacity of Coroner Services

For investigational purposes Coroner Services has available on request the services of the Royal Canadian Mounted Police and municipal police acting within their respective jurisdictions. Also available to Coroner Services are the services of

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

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

Déclaration

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

Pouvoirs d'investigation du Service des coroners

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

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

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

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

Purpose of Coroner’s Investigation

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

The Inquest Decision

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

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

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

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

But de l’investigation

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

La décision de mener une enquête

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

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

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

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

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

Summary

Coroner Services investigates about 25 percent of the total of approximately 6,000 deaths per year in the Province. A high percentage of the investigated deaths are determined to be from natural causes. The coroner, in approximately 36 percent of the cases, orders autopsies and inquests are ordered in slightly less than one percent of all investigated deaths.

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

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

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

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

Résumé

Environ 25 pour cent des quelque 6 000 décès annuels dans la province font l'objet d'une investigation par le Service des coroners. Un très grand nombre d'investigations se terminent par un constat de mort due à des causes naturelles. Le coroner ordonne la tenue d'une autopsie dans environ 36 pour cent des cas alors que moins de un pour cent nécessitent une enquête du coroner sur les décès.

For the period covered by this Report, the Registrar of Vital Statistics recorded 6,439 deaths in the Province of which 1,594 or 24.8% were reported to a coroner. By comparison in the previous year there were 6,344 deaths in the Province of which 1,616 or 25.5% were reported to a coroner.

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

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

Comments should be directed to:

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

Au cours de l'exercice couvert par ce rapport, la registraire générale des statistiques de l'état civil a rapporté 6 439 décès dans la province dont 1 594 ou 24,8 pour cent ont été signalés aux coroners. En comparaison, pour l'exercice précédent, 6 344 décès sont survenus dans la province dont 1 616 ou 25,5 pour cent nous avaient été signalés.

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

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

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

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

Statistical Summary of Investigated Deaths

The information provided in this Annual Report is presented for the calendar year 2011.

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

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

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

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

The **suicide** category covers all cases where death was intentional and at the hands of the deceased themselves.

Résumé statistique des investigations menées à la suite de décès

Les renseignements fournis dans le présent rapport annuel concernent l'année civile 2011.

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

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

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

La catégorie des **accidents** englobe tous les décès où il n'existe pas d'intention évidente de provoquer la mort. Par exemple, une personne en état d'ébriété peut causer la mort de quelqu'un, mais le coroner parlera tout de même d'un accident.

La catégorie des **suicides** englobe tous les cas où la personne décédée a causé intentionnel et sa propre mort.

The **homicide** category covers all cases of death where the deceased's death was as a result of intentional actions by another.

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

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

La catégorie des **homicides** englobe tous les cas où le décès est attribuable à des actes involontairement commis par une autre personne.

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

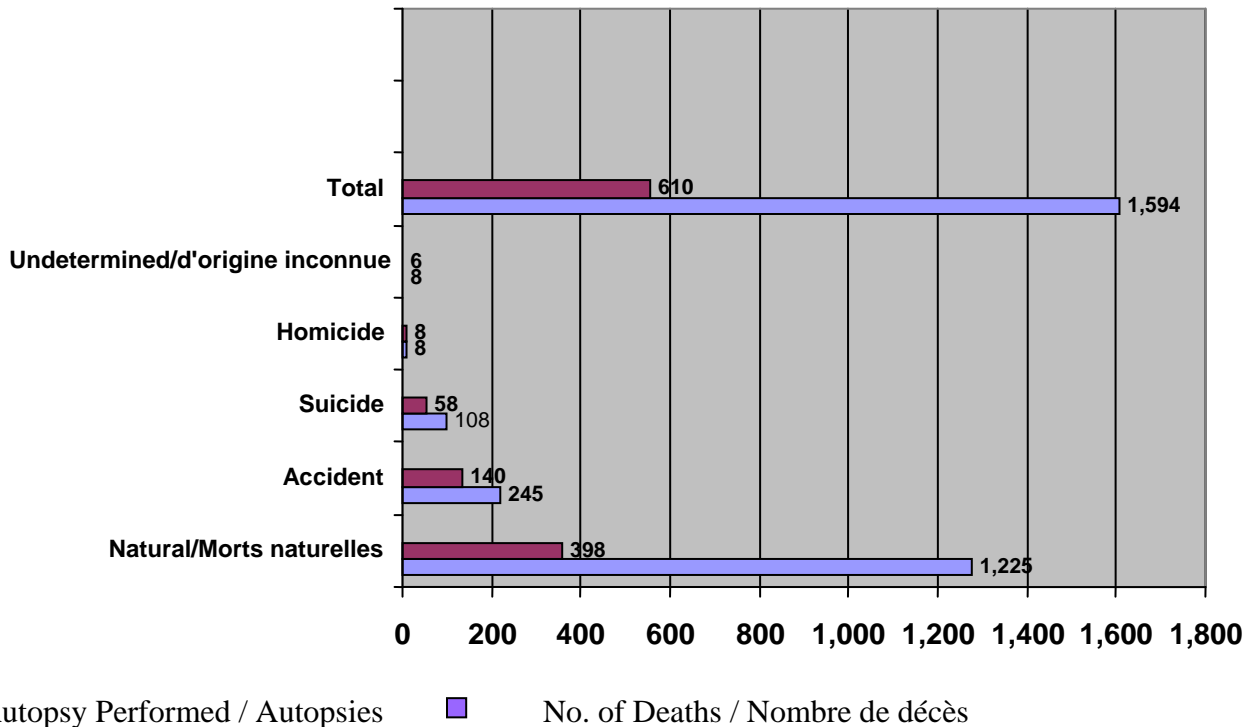
Les tableaux de ce rapport identifient le **Lieu**, c'est-à-dire 'endroit principal où le décès est survenu, et au **Facteur de mortalité**, c'est-à-dire l'action, la mesure de violence, l'instrument ou la maladie qui a été la cause directe du décès.

PROVINCIAL SUMMARY - SCHEDULE A-1 / SOMMAIRE PROVINCIAL - TABLEAU A-1
from/de 2011.01.01 to/au 2011.12.31

Classification/ Catégorie de décès	No. of Deaths/ Nombre de décès	% of Deaths/ de décès	Rate per 100,000 Population / Taux d'incidence par 100 000 habitants	Autopsy Performed/ Autopsies	% of classification/ de la catégorie de décès
Natural/Morts naturelles	1,225	76.9	162.1	398	32.5
Accident	245	15.4	32.4	140	57.1
Suicide	108	6.8	14.3	58	53.7
Homicide	8	0.5	1.1	8	100.0
Undetermined/Décès d'origine inconnue	8	0.5	1.1	6	75.0
Total	1,594	100.0		610	

Based on a population of / sur une population de **755,530**

PROVINCIAL SUMMARY - SCHEDULE A-1 / SOMMAIRE PROVINCIAL - TABLEAU A-1
from/de 2011.01.01 to/au 2011.12.31



NOTE : Based upon Statistics Canada postcensal population estimates for N. B. census divisions (released February 26, 2014). Sub-county estimates are based on the 2006 Census population share of the county.

NOTE : Données fondées sur les estimations postcensitaires de Statistique Canada pour les Divisions de recensement du Nouveau-Brunswick (publiées le 26 février 2014). Les estimations relatives aux régions à l'intérieur des comtés sont fondées sur les données du recensement de 2006 sur la proportion de population dans chaque comté.

**Provincial Summary - Deaths Investigated by Classification, by Month - Schedule A-2 /
Sommaire provincial - Nombre de décès examinés par catégorie, par mois - Tableau A-2**
from/de 2011.01.01 to/au 2011.12.31

Classification/ Catégorie de décès	Jan/ jan	Feb/ fev	Mar/ mars	April/ Avril	May/ mai	June/ Juin	July/ juillet	Aug/ août	Sept/ sept	Oct/ oct	Nov/ nov	Dec/ déc	Total
Natural/Morts naturelles	112	106	109	91	110	115	91	111	98	92	91	99	1,225
Accident	21	17	20	19	27	24	24	19	17	25	16	16	245
Suicide	8	8	8	10	7	15	12	12	11	7	5	5	108
Homicide	0	1	1	0	2	1	1	0	1	0	0	1	8
Undetermined/ Décès d'origine inconnue	1	0	0	1	0	1	0	3	0	1	0	1	8
Total	142	132	138	121	146	156	128	145	127	125	112	122	1,594

**DEATHS INVESTIGATED BY JUDICIAL DISTRICT - SCHEDULE A-3 /
NOMBRE DE DÉCÈS EXAMINÉS PAR CIRCONSCRIPTION JUDICIAIRE - TABLEAU A-3**
from/de 2011.01.01 to/au 2011.12.31

Judicial Districts / Circonscriptions judiciaires										
	Bathurst	Campbellton	Edmundston	Fredericton	Miramichi	Moncton	Saint John	Woodstock	Province	
Natural/Morts naturelles	82	43	64	207	66	203	541	19	1,225	
Accident	24	12	25	40	16	66	55	7	245	
Suicide	6	10	13	23	6	22	26	2	108	
Homicide	1	1	2	0	0	1	3	0	8	
Undetermined/Décès d'origine inconnue	1	1	0	0	2	2	1	1	8	
Total / Totaux	114	67	104	270	90	294	626	29	1,594	
% of Provincial Total / % de cas par rapport au total provincial	7.2	4.2	6.5	16.9	5.6	18.5	39.3	1.8	100	
Population	77,850	32,594	42,238	136,797	48,411	205,556	173,746	38,338	755,530	
Death Rate per 100,000 population / Taux de mortalité par 100 000 habitants	105.3	131.9	151.5	151.3	136.3	98.8	311.4	49.6	162.1	
Natural/Morts naturelles	30.8	36.8	59.2	29.2	33.1	32.1	31.6	18.2	32.4	
Accident	7.7	30.7	30.8	16.8	12.4	10.7	15.0	5.2	14.3	
Suicide	1.3	3.1	4.7	0.0	0.0	0.5	1.7	0.0	1.1	
Homicide	1.3	3.1	0.0	0.0	4.1	1.0	0.6	2.6	1.1	
Undetermined/Décès d'origine inconnue										
Total deaths by trauma (accident, suicide, homicide) / Total de décès par trauma (accident, suicide, homicide)	31	23	40	63	22	89	84	9	361	
Rate per 100,000 population / Taux d'incidence par 100 000 habitants	39.8	70.6	94.7	46.0	45.4	43.3	48.3	23.5	47.8	

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

from/de 2011.01.01 / to/au 2011.12.31

Judicial Districts / Circonscriptions Judiciaires	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70 / Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F						
Bathurst	0	0	2	2	2	1	4	0	6	0	1	0	4	2	19	5	24	9.8	8	5.7
Campbellton	0	0	0	0	1	1	2	0	2	0	0	0	1	5	6	6	12	4.9	4	2.9
Edmundston	3	1	4	1	1	0	4	0	3	1	3	0	2	2	20	5	25	10.2	20	14.3
Fredericton	0	0	2	0	2	1	3	1	5	1	3	1	9	12	24	16	40	16.3	18	12.9
Miramichi	0	0	1	0	0	0	3	0	2	0	0	0	4	6	10	6	16	6.5	9	6.4
Moncton	2	2	6	1	9	0	12	4	8	4	3	0	8	7	48	18	66	26.9	34	24.3
Saint John	3	1	4	0	4	1	8	6	4	1	2	4	11	6	36	19	55	22.4	40	28.6
Woodstock	2	0	1	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	6	1	7	2.9	7	5.0
Males / Hommes	10		20		21		37		30		12		39		169					
% Total - Males/Hommes	4.1		8.2		8.6		15.1		12.2		4.9		15.9		69.0		245	100.0	140	100.0
Females / Femmes	4		5		4		11		7		5		40		76					
% Total - Females/ Femmes	1.6		2.0		1.6		4.5		2.9		2.0		16.3		30.9					
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	14		25		25		48		37		17		79							
% of Classification Total / % pour total de la Catégorie	5.7		10.2		10.2		19.6		15.1		6.9		32.2							

**PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE B-2 /
MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU B-2**
from/de 2011.01.01 / to/au 2011.12.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70 / Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F						
Drowning Open Water / Noyade – en eau libre	0	0	1	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	1	2	5	2	7	5	3.6
Drowning – Public Pool / Noyade – piscine publique	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0.7
Drowning – Private Pool / Noyade – piscine privée	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0.7
Animal Bites, Kicks, etc. / Morsures par un animal, coup de pied, etc.	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0.7
Crushed and/or Buried / Ecrasé et/ou enterré	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0.7
Blunt Trauma, Accidental / Traumatisme dû à un objet contondant - accidentel	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	2	0	0.0
Blunt Trauma / Traumatisme dû à un objet contondant	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0.7
Blunt Trauma, Beating / Blessure contondant par voies de fait	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0.7

**PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE B-2 /
MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU B-2**
from/de 2011.01.01 / to/au 2011.12.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70 / Plus de 70		Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie		
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F						
Trauma of Vehicle Collision / Traumatisme dû à une collision de véhicule	4	1	4	2	2	1	5	3	7	1	3	1	4	1	29	10	39	15.9	17	12.2
Trauma of Vehicle Upside/Rollover / Traumatisme à la suite du renversement d'un véhicule à moteur	2	0	2	0	4	0	3	0	1	0	1	0	2	1	15	1	16	6.5	11	7.9
Trauma of Vehicle/Pedestrian Collision / Traumatisme résultant d'une collision entre un véhicule à moteur et un piéton	0	1	0	0	1	0	1	0	4	0	0	1	2	0	8	2	10	4.1	7	5.0
Trauma of Recreational Vehicle Collision / Traumatisme dû à une collision de véhicule récréatif	1	0	3	0	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	8	0	8	3.3	6	4.3
Trauma of Recreational Vehicle Upside/Rollover / Traumatisme à la suite du renversement d'un véhicule récréatif	0	0	1	0	1	0	2	0	2	1	0	0	0	0	6	1	7	2.9	6	4.3

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

from/de 2011.01.01 / to/au 2011.12.31

Death Factor Description / facteur de mortalité	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70/ Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F						
Exposure to cold / Hypothermie	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	2	0	0	6	1	7	2.9	7	5.0
Fire – Structural / Incendie des bâtiments	0	1	1	0	0	0	1	1	2	1	1	1	0	1	5	4	9	3.7	7	5.0
Fire – Forest, Grass / Incendie de forêt, d'herbe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0.4	1	0.7
Burns - Heat / Brûlures - par la chaleur	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0.4	0	0.0
Fall or jump – different level height; eg. bridge, building / Chute ou saut – à partir de hauteurs différentes, par ex. d'un pont, d'un bâtiment, etc.	0	0	2	0	1	0	0	0	1	0	0	0	4	0	8	0	8	3.3	4	2.9
Fall or jump – same level / Chute ou saut – à partir du sol	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	4	0	21	32	27	34	61	24.9	6	4.3
Object caught in throat / Objet obstruant la gorge et causant l'étouffement	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	2	2	4	1.6	1	0.7
Asphyxia / Asphyxie	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	0.8	1	0.7

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

from/de 2011.01.01 / to/au 2011.12.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70/ Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F						
Sexual Asphyxia / Asphyxie – jeu sexuel	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.4	1	0.7
Positional Asphyxia / Asphyxie positionnelle	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0.4	0	0.0
Aspiration / Aspiration	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0.8	2	1.4
Electrocution / Électrocution	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.4	1	0.7
Caught in Machinery / Pris dans une machine	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.4	1	0.7
Carbon Monoxide Poisoning - Vehicle Exhaust / Empoisonnement au monoxide de carbone - Gaz d'échappement d'un véhicule	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	2	0.8	2	1.4
Carbon Monoxide Poisoning / Empoisonnement au monoxide de carbone	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.4	1	0.7
Other Gases and Fumes / Autres gaz et émanations	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.4	1	0.7

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

from/de 2011.01.01 / to/au 2011.12.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70 / Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F						
Shooting – Rifle / Fusillade - carabine	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	3	0	3	1.2	3	2.1
Drug / Drogue	0	0	3	2	5	2	7	2	7	2	0	1	1	0	23	9	32	13.2	31	22.2
Alcohol and Drug / Combinaison drogue et alcool	0	0	0	1	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	3	1	4	1.6	4	2.9
Alcohol / Alcool	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0.4	1	0.7
Alcohol Intoxication / Intoxication alcoolique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0.4	1	0.7
Alcohol Poisoning / Intoxication par l'alcool	0	0	0	0	0	1	3	0	0	2	0	0	0	0	3	3	6	2.4	6	4.3
Males / Hommes	10		20		21		37		30		12		39		169		245	100.0	140	100.0
Females / Femmes	4		5		4		11		7		5		40		76					
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	14		25		25		48		37		17		79							

**PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE B-3 /
MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU B-3**
from/de 2011.01.01 / to/au 2011.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70/ Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F						
Construction / Chantier de construction	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.4	0	0.0
Work Place / Lieu de travail	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0.8	2	1.4
Factory, Plant, Warehouse (inside) / Manufacture, usine, entrepôt (à l'intérieur)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0.4	1	0.7
Aquaculture – Commercial / Aquaculture	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0.4	1	0.7
Farm or Ranch / Ferme ou ranch	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.4	1	0.7
Railway – not on board / Voie ferrée – non passager	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0.4	0	0.0
Railway Crossing - Vehicule / Passage à niveau - véhicule	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0.8	2	1.4
Beach/Shoreline / Plage ou rivage	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0.4	0	0.0

**PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE B-3 /
MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU B-3**
from/de 2011.01.01 / to/au 2011.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70 / Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F						
Open water (river, lake, stream, brook) / Eaux libres (fleuve, rivière, ruisseau, lac)	0	0	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	5	0	5	2.0	4	2.9
Ocean / Océan	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.4	1	0.7
Boating – personal watercraft, jet ski, etc. / Bateau – embarcation personnelle, jet ski, etc.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.4	0	0.0	
Swimming – public pool – Piscine publique	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.4	1	0.7
Snowmobiling - anywhere off public road (driver) / Motoneige - n'importe où hors d'une route publique (conducteur)	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0.8	2	1.4
Snowmobiling - on public road (driver) / Motoneige - sur route publique (conducteur)	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.4	0	0.0

**PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE B-3 /
MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU B-3**
from/de 2011.01.01 / to/au 2011.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70 / Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F						
ATV driver - on public road / VTT conducteur - sur une route publique	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0.8	2	1.4
ATV driver - off public road / VTT conducteur - n'importe où hors route publique	0	0	1	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	4	0	4	1.6	4	2.9
ATV passenger - on public road / VTT passenger - sur une route publique	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	2	0.8	1	0.7
Off Road Motorcycling (motocross, dirt bike, etc.) / Motocyclisme hors- piste (motocross, moto hors route)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0.4	1	0.7
Hospital Other (ward, ICU, etc.) / Autre services à l'hôpital (unité, soins intensifs, autres)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	4	1.6	0	0.0

**PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE B-3 /
MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU B-3**
from/de 2011.01.01 / to/au 2011.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70/ Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Categorie	Autopsies	% of Classification % par Categorie
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F						
Rooming/Boarding House - Halfway Home - Group Home / Chambre louée/maison de pension - maison de transition - foyer de groupe	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	1	3	1.3	2	1.4
Living inside, residence or on property / À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur un bien-fonds	1	2	6	3	8	3	17	7	10	5	6	2	18	17	66	39	105	42.9	67	47.9
Nursing Home / Foyers de soin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	9	3	9	12	4.9	2	1.4
Homes for Special Care / Foyer de soins spéciaux	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	8	2	8	10	4.1	0	0.0
Urban Outdoors – public place & other (not residence) / À l'extérieur, en milieu urbain – lieu public ou autre (pas un domicile)	0	0	1	0	1	0	3	1	0	0	1	0	3	0	9	1	10	4.1	5	3.6

**PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE B-3 /
MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU B-3**
from/de 2011.01.01 / to/au 2011.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70/ Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F						
Rural Outdoors (not built up place or near residence) / À l'extérieur, en milieu rural (loin des bâtiments ou des résidences)	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	4	1	5	2.0	5	3.6
Public Road - driver / Route publique - conducteur	3	1	5	1	3	0	7	2	7	1	2	1	5	1	32	7	39	15.9	24	17.2
Public Road - passenger / Route publique - passager	3	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	8	2	10	4.1	4	2.9
Public Road - pedestrian / Route publique - piéton	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	1	2	0	6	1	7	2.9	5	3.6
Public Road - motorcycle driver / Route publique - motocycliste	1	0	1	1	2	1	1	0	1	0	0	0	0	0	6	2	8	3.4	2	1.4

**PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE B-3 /
MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU B-3**
from/de 2011.01.01 / to/au 2011.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70 / Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F						
Public Road – bicycle (not motorized vehicle) / Route publique – vélo (non motorisé)	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0.8	1	0.7
Males / Hommes	10		20		21		37		30		12		39		169		245	100.0	140	100.0
Females / Femmes	4		5		4		11		7		5		40		76					
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	14		25		25		48		37		17		79							

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
SUICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND JUDICIAL DISTRICT - SCHEDULE C-1 /
SUICIDE PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR CIRCONSCRIPTIONS JUDICIAIRES - TABLEAU C-1
 from/de 2011.01.01 / to/au 2011.12.31

Judicial Districts / Circonscriptions Judiciaires	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70/ Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie	
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F							
Bathurst	0	0	1	0	0	0	3	0	1	1	0	0	0	0	5	1	6	5.6	1	1.7	
Campbellton	0	0	1	0	1	0	1	1	4	0	1	0	1	0	9	1	10	9.3	3	5.2	
Edmundston	0	0	0	0	3	0	2	0	2	2	2	1	1	0	10	3	13	12.0	3	5.2	
Fredericton	0	0	2	3	7	1	3	1	1	0	2	2	1	0	16	7	23	21.3	15	25.9	
Miramichi	0	0	1	0	2	0	2	0	0	0	1	0	0	0	6	0	6	5.6	6	10.3	
Moncton	1	2	0	2	1	1	4	2	4	0	3	0	2	0	15	7	22	20.4	3	5.2	
Saint John	0	0	2	0	3	2	5	1	4	2	4	1	2	0	20	6	26	24.1	26	44.8	
Woodstock	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	2	1.9	1	1.7	
Males / Hommes	1		7		17		20		16		14		7		82						
% Total - Males/Hommes	0.9		6.5		15.7		18.5		14.8		13.0		6.5		75.9		108	100.0	58	100.0	
Females / Femmes	2		5		4		5		5		5		0			26					
% Total - Females/ Femmes	1.9		4.6		3.7		4.6		4.6		4.6		0.0			24.0					
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	3		12		21		25		21		19		7								
% of Classification Total / % pour total de la Catégorie	2.8		11.1		19.4		23.1		19.4		17.6		6.5								

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

from/de 2011.01.01 / to/au 2011.12.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70 / Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F						
Hanging / Pendaison	1	1	5	4	11	2	11	1	8	0	6	2	2	0	44	10	54	50.0	26	44.9
Cuts, Stabs / Coupsures, coups de poignard	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0.9	1	1.7
Trauma of Vehicle/Pedestrian Collision / Traumatisme résultant d'une collision entre un véhicule à moteur et un piéton	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.9	0	0.0
Carbon Monoxide Poisoning - Vehicle Exhaust / Empoisonnement au monoxide de carbone -- gaz d'échappement d'un véhicule	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	3	1	4	3.7	2	3.4
Alcohol and Drug / Combinaison drogue et alcool	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.9	1	1.7
Alcohol Poisoning/ Intoxication par l'alcool	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0.9	1	1.7

**PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
SUICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE C-2 /
SUICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU C-2**
from/de 2011.01.01 / to/au 2011.12.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70/ Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F						
Suffocation / Suffocation	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0.9	0	0.0
Asphyxia / Ashyxié I	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.9	0	0.0
Drug / Drogue	0	0	0	0	2	1	0	2	0	2	0	2	0	0	2	7	9	8.3	7	12.2
Shooting - Rifle / Fusillade, carabine	0	0	1	0	1	0	1	0	3	0	4	0	1	0	11	0	11	10.3	4	6.9
Shooting - Shotgun / Fusillade, fusil de chasse	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	3	0	2	0	8	0	8	7.4	4	6.9
Shooting - Handgun / Fusillade, arme de poing	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.9	1	1.7
Fall or jump - different level ; eg. bridge, building / Chute ou saut - à partir de hauteurs différentes, par ex. d'un pont, d'un bâtiment	0	0	0	1	2	0	2	0	1	1	0	0	0	0	5	2	7	6.6	5	8.6

**PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
SUICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE C-2/
SUICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU C-2**
from/de 2011.01.01 / to/au 2011.12.31

Death Factor / Description du facteur de mortalité	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70 / Plus de 70			Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	Total Male/ Hommes				
Blunt Trauma / Traumatisme dû à un objet contondant	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0.9
Drowning Open Water / Noyade - en eau libre	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	3	2	5	4.7
Fire - Self/ Immolation par le feu	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0.9
Burns – Heat / Brûlures – par la chaleur	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0.9
Males / Hommes	1		7		17		20		16		14		7	82		108		58	100.0
Females / Femmes	2		5		4		5		5		5		0		26				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	3		12		21		25		21		19		7						

**PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
SUICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE C-3 /
SUICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU C-3**
from/de 2011.01.01 / to/au 2011.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70/ Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F						
Living inside, residence or on property / À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur un bien-fonds	1	2	6	3	12	2	16	4	11	3	12	4	6	0	64	18	82	75.9	44	76.0
Homes for Special Care / Foyer de soins spéciaux	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0.9	1	1.7
Hotel/Motel / Hôtel/Motel	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.9	1	1.7
Work Place / Lieu de travail	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	2	1.9	0	0.0
Psychiatric unit of hospital / Unité psychiatrique d'un hôpital	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.9	0	0.0
Public Road – pedestrian / Route publique - piéton	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.9	0	0.0
Public Road – Driver / Route publique - conducteur	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.9	0	0.0

**PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
SUICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE C-3/
SUICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU C-3**
from/de 2011.01.01 / to/au 2011.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70 / Plus de 70		Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F				
Urban Outdoors - public place and other (not residence) / À l'extérieur, en milieu urbain - lieu public ou autre (pas un domicile)	0	0	1	2	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	7	6.6	4	6.9
Rural Outdoors (not built up place or near residence) / À l'extérieur, en milieu rural (loin des bâtiments ou des résidences)	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	2	0	0	0	5	4.6	2	3.4
Railway – not on board (crossing tracks) / Voie ferrée – non passager (traverser voie)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0.9	0	0.0
Ocean / Océan	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	2	1.9	2	3.4

**PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
SUICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE C-3/
SUICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU C-3**
from/de 2011.01.01 / to/au 2011.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70/ Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F						
Open Water (river, lake, stream, brook) /Eaux libres (fleuve, rivière, ruisseau, lac)	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	2	2	4	3.7	4	6.9
Males / Hommes	1		7		17		20		16		14		7		82		108	100.0	58	100.0
Females / Femmes	2		5		4		5		5		5		0			26				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	3		12		21		25		21		19		7							

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

from/de 2011.01.01 / to/au 2011.12.31

Judicial Districts / Circonscriptions Judiciaires	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70/ Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F/ F	M H	F/ F	M H	F/ F	M H	F/ F	M H	F/ F	M H	F/ F	M H	F/ F						
Bathurst	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	12.5	1	12.5
Campbellton	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	12.5	1	12.5
Edmundston	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	2	25.0	2	25.0
Moncton	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	12.5	1	12.5
Saint John	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	3	0	3	37.5	3	37.5
Males / Hommes	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	3	0	0	6						
% Total - Males/Hommes	0.0	12.5	12.5	12.5	12.5	12.5	12.5	0.0	37.5	0.0	75.0	0.0	0.0	75.0			8	100.0	8	100.0
Females / Femmes	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	2						
% Total - Females/ Femmes	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	12.5	12.5	12.5	12.5	25.0	0.0	0.0	25.0						
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	0	1	1	1	1	1	1	1	4	0	0	0	0	0						
% of Classification Total / % pour total de la Catégorie	0.0	12.5	12.5	12.5	12.5	12.5	12.5	12.5	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0						

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

from/de 2011.01.01 / to/au 2011.12.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70/ Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie	
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F							
Blunt Trauma, beating / Traumatisme dû à un objet contondant – acte de viol	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	2	25.0	2	25.0
Sharp Force Trauma / Traumatisme dû à un objet tranchant	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	12.5	1	12.5	
Cuts, Stabs / Coupsures, coups de poignard	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	1	3	37.5	3	37.5	
Shooting – Rifle / Fusillade - carabine	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	12.5	1	12.5	
Shooting – Unspecified / Fusillade – arme non identifiée	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	12.5	1	12.5	
Males / Hommes	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	3	0	0	0	6	0	8	100.0	8	100.0	
Females / Femmes	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	2	0	100.0	0	0.0	
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0

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

from/de 2011.01.01 / to/au 2011.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70 / Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie	
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F							
Living Inside, Residence or on Property / À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur un bien-fonds	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	3	2	5	62.5	5	62.5	
Custody Federal Institution / Garde dans un établissement fédéral	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	12.5	1	12.5	
Work Place / Lieu de travail	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	12.5	1	12.5	
Rural Outdoors (not built up place or near residence) / A l'extérieur, en milieu rural (loin de bâtiments ou des résidences)	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	12.5	1	12.5	
Males / Hommes	0	1	1	1	1	0	0	0	0	3	0	0	0	6	6	0	8	100.0	8	100.0	
Females / Femmes	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	2	2	0	8	100.0	8	100.0	
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	0	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND JUDICIAL DISTRICT - SCHEDULE E-1 /
MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR CIRCONSCRIPTIONS JUDICIAIRES - TABLEAU E-1
 from/de 2011.01.01 / to/au 2011.12.31

Judicial Districts / Circonscriptions Judiciaires	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70 / Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Categorie	Autopsies	% of Classification % par Categorie	
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F							
Bathurst	0	1	0	0	0	0	5	3	9	2	14	5	21	22	49	33	82	6.7	30	7.5	
Campbellton	0	0	0	0	1	0	1	1	3	4	11	1	12	9	28	15	43	3.5	11	2.8	
Edmundston	2	0	1	0	1	0	0	0	7	3	10	4	18	18	39	25	64	5.2	16	4.0	
Fredericton	1	1	0	2	1	1	8	3	15	11	33	19	56	56	114	93	207	16.9	83	20.9	
Miramichi	0	0	0	0	1	0	1	3	7	1	5	6	22	20	36	30	66	5.4	15	3.8	
Moncton	0	1	3	2	2	0	5	8	20	12	28	16	54	52	112	91	203	16.6	73	18.3	
Saint John	3	4	1	1	4	5	17	8	47	17	91	40	154	149	317	224	541	44.2	157	39.4	
Woodstock	0	0	0	0	0	0	1	0	4	1	3	1	5	4	13	6	19	1.6	13	3.3	
Males / Hommes	6		5		10		38		112		195		342		708						
% Total - Males/Hommes	0.5		0.4		0.8		3.1		9.1		15.9		27.9		57.7						
Females / Femmes	7		5		6		26		51		92		330		517						398
% Total - Females/ Femmes	0.6		0.4		0.5		2.1		4.2		7.5		26.9		42.2						100.0
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	13		10		16		64		163		287		672								
% of Classification Total / % pour total de la	1.1		0.8		1.3		5.2		13.3		23.4		54.9								

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

from/de 2011.01.01 / to/au 2011.12.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70 / Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F						
Aspiration / Aspiration	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	2	0.2	1	0.3
Live Birth (1 day) / Bébé ayant vécu moins d'une journée	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0.2	0	0.0
No Anatomical Cause / Aucune cause anatomique	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	2	0.2	2	0.5
Natural Disease / Décès naturel à la suite de maladie	5	6	5	5	10	6	38	26	110	50	195	92	342	329	705	514	1,219	99.4	395	99.2
Males / Hommes	6		5		10		38		112		195		342		708		1,225		100.0	
Females / Femmes	7		5		6		26		51		92		330		517		398		100.0	
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	13		10		16		64		163		287		672							

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE E-3 /
MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU E-3
 from/de 2011.01.01 / to/au 2011.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70/ Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F						
Factory, Plant, Warehouse (inside) / Manufacture, usine, entrepôt (à l'intérieur)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0.1	1	0.3
Work Place / Lieu de travail	0	0	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	0	0	3	1	4	0.3	2	0.5
Construction / Chantier de construction	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	2	0.2	2	0.5
Community Residence / Établissement résidentiel communautaire	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0.2	0	0.0
Unlicensed Residential Homes (retirement, rest, etc.) / Foyers sans permis (maison de retraite, de repos, autres)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	2	3	0.2	0	0.0
Nursing Home / Foyers de soins	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	26	61	29	62	91	7.3	8	1.9
Homes for Special Care / Foyer de soins spéciaux	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	2	1	8	15	13	19	32	2.6	4	1.0

**PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE E-3 /
MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU E-3**
from/de 2011.01.01 / to/au 2011.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70 / Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F						
Homeless Shelter / Refuge pour sans- abri	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.1	1	0.3
Living inside, residence or on property / À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur un bien-fonds	3	3	2	4	7	6	30	24	89	42	172	77	288	234	591	390	981	80.0	323	81.1
Inside, other than residence (mall, tavern, restaurant) / À l'intérieur d'un bâtiment autre qu'une résidence (centre commercial, brasserie, restaurant)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	4	2	5	7	0.6	3	0.7
Hotel/Motel / Hôtel/Motel	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	3	0	3	0.2	3	0.7
Custody Federal Institution / Garde dans un établissement fédéral	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0.1	0	0.0

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE E-3 /
MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU E-3
 from/de 2011.01.01 / to/au 2011.12.31

Environment / Description du lieu de l'incidence	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70/ Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F						
Custody – Provincial Institution / Garde dans un établissement provinciale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.1	1	0.3
Hospital Emergency NON DOA / Salle d'urgence - victime vivante à l'arrivée	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	2	1	3	0.2	3	0.7
Hospital Operating Room / Salle d'opération	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	2	2	4	0.3	0	0.0
Hospital Post Op (recovery room) / Salle de réveil	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2	4	0.3	2	0.5
Hospital – Other (ward, ICU, etc.) / Autres services à l'hôpital (unité, soins intensifs, autres)	3	4	0	1	1	0	1	0	6	0	3	5	12	7	26	17	43	3.5	17	4.2
Psychiatric Hospital / Hôpital psychiatrique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	2	0.2	0	0.0
Doctor's Office / Bureau du médecin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0.1	0	0.0

**PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE E-3/
MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU E-3**
from/de 2011.01.01 / to/au 2011.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70/ Plus de 70		Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie		
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F						
Urban outdoors - public place & other (not residence) / À l'extérieur, en milieu urbain - lieu public ou autre (pas un domicile)	0	0	1	0	1	0	1	0	2	2	3	3	2	2	10	7	17	1.4	9	2.2
Rural outdoors (not built up place or near residence) / À l'extérieur, en milieu rural (loin des bâtiment ou des résidences)	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	1	0	1	0	6	0	6	0.5	5	1.2
Open Water (river, lake, stream, brook) / Eaux libres (fleuve, rivière, ruisseau, lac)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0.1	1	0.3
Camping/Tenting / Camping/Tenting	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0.1	1	0.3
Aircraft (on board) / Avion - passager	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0.1	0	0.0
ATV Driver – off public road / VTT conducteur – n'importe où hors route publique	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0.1	1	0.3

**PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE E-3/
MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU E-3**
from/de 2011.01.01 / to/au 2011.12.31

Environment Description / de l'incidence	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70/ Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Femate/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F						
Snowmobiling (anywhere off public road) – driver / Motoneige (n'importe où hors d'une route publique) - conducteur	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0.1	1	0.3
Commercial Drivers – truck, taxi, school bus, etc. / Chauffeur de véhicules utilitaires – camion, taxi, autobus scolaire, etc.	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0.1	1	0.3
Public Road (driver) / Route publique (conducteur)	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	3	0	0	0	6	1	7	0.6	7	1.8
Public Road (passenger) / Route publique (passager)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	2	0.2	1	0.3

**PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE E-3 /
MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU E-3**
from/de 2011.01.01 / to/au 2011.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70 / Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F						
Public Road (pedestrian) / Route publique -- (téton)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0.1	1	0.3
Males / Hommes	6		5		10		38		112		195		342		708					
Females / Femmes	7		5		6		26		51		92		330		517		1,225	100.0	398	100.0
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	13		10		16		64		163		287		672							

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

from/de 2011.01.01 / to/au 2011.12.31

Judicial Districts / Circonscriptions Judiciaires	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70 / Plus de 70		Total Femal/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F					
Bathurst	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	12.5	0	0.0
Campbellton	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	12.5	1	16.7
Miramichi	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	2	25.0	1	16.7
Moncton	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	25.0	2	33.3
Saint John	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	12.5	1	16.7
Woodstock	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	12.5	1	16.7
Males / Hommes	1		0		0		1		2		2		1		7				
% Total - Males/Hommes	12.5		0.0		0.0		12.5		25.0		25.0		12.5		87.5				
Females / Femmes	1		0		0		0		0		0		0		1	8	100.0	6	100.0
% Total - Females/ Femmes	12.5		0.0		0.0		0.0		0.0		0.0		0.0		12.5				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	2		0		0		1		2		2		1						
% of Classification Total / % pour total de la Catégorie	25.0		0.0		0.0		12.5		25.0		25.0		12.5						

**PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
UNDETERMINED DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE F-2 /
DÉCÈS D'ORIGINE INCONNUE PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU F-2**
from/de 2011.01.01 / to/au 2011.12.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70 / Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie	
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F							
Undetermined / Facteur de décès non déterminée	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	3	1	4	2	50.0	33.3
No Anatomical Cause / Aucune cause anatomique	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	4	0	4	4	50.0	66.7
Males / Hommes	1	0	0	0	0	0	1	0	2	0	2	0	1	7	0	7	0	8	6	100.0	100.0
Females / Femmes	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0		
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	2	0	0	0	0	0	1	0	2	0	2	0	1	1	1	1	1	1	0		

**PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
UNDETERMINED DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE F-3 /
DÉCÈS D'ORIGINE INCONNUE PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU F-3**
from/de 2011.01.01 / to/au 2011.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70/ Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F	M H	F F						
Rural Outdoors (not built up place or near residence) / À l'extérieur, en milieu rural (loin de bâtiments ou des résidences)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	2	25.0	0	0.0
Living inside, residence or on property / À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur un bien- fonds	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0	0	0	5	1	6	75.0	6	100.0
Males / Hommes	1		0		0		1		2		2		1	7			8			
Females / Femmes	1		0		0		0		0		0		0	0		1		100.0	6	100.0
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	2		0		0		1		2		2		1							

Schedule F

Undetermined Deaths (Means of death impossible to determine)

There were eight deaths classified as Undetermined.

One was in the Bathurst Judicial District:

Death Factor: Undetermined
Environment: Rural Outdoors (not built up place
or near residence)

Age Group: 60- 70
Sex: Male
No autopsy was performed.

One was in the Campbellton Judicial District:

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

Age Group: 60- 70
Sex: Male
An autopsy was performed.

Two were in the Miramichi Judicial District:

Case #1

Death Factor: Undetermined
Environment: Rural Outdoors (not built up place
or near residence)

Age Group: 70- 80
Sex: Male
No autopsy was performed.

Tableau F

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

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

Un décès est survenu dans la circonscription judiciaire de Bathurst :

Facteur de mortalité : Inconnue
Lieu : A l'extérieur, en milieu rural
(loin de bâtiments ou des
résidences)

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

Un décès est survenu dans la circonscription judiciaire de Campbellton :

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

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

Deux décès sont survenus dans la circonscription judiciaire de Miramichi :

Premier cas

Facteur de mortalité : Inconnue
Lieu : A l'extérieur, en milieu rural
(loin de bâtiments ou des
résidences)

Groupe d'âge : 70 - 80
Sexe : Homme
Une autopsie n'a pas été pratiquée.

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

Case #2

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

Age Group: 40- 50
Sex: Male
An autopsy was performed.

Two were in the Moncton Judicial District :

Case #1

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

Age Group: 60- 70
Sex: Male
An autopsy was performed.

Case #2

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

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

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

Deuxième cas

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

Groupe d'âge : 40 - 50
Sexe : Homme
Une autopsie a été pratiquée.

Deux décès sont survenus dans la circonscription judiciaire de Moncton :

Premier cas

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

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

Deuxième cas

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

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

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

One was in the Saint John Judicial District:

Case #1

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

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

One was in the Woodstock Judicial District:

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

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

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

Un décès est survenu dans la circonscription judiciaire de Saint John :

Premier cas

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

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

Un décès est survenu dans la circonscription judiciaire de Woodstock :

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

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

Summary of Inquests and Recommendations

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

Inquest No. 1 - Vincent Mitton

An inquest was held from March 22 - 24, 2011 in Saint John, into the death of Vincent Mitton. Mitton, 56, was employed as a miner at a potash mine located in Penobsquis, New Brunswick. He was a member of a two man pump crew responsible for the construction and day-to-day maintenance of various pipelines and pumps underground.

On November 21, 2009, Mr. Mitton and a colleague were to complete a piping project that required the installation of 500 feet, 8" diameter piece of high density pipe down a 13 inch diameter hole to a lower elevation. Two additional miners were assigned to the crew. Mr. Mitton and his colleague split up in order to complete separate tasks, each taking a new team member with them.

Mr. Mitton was to begin the installation of the pipe down the hole. To accomplish this, the pipe was attached to the bucket portion of a scoop tram (a low riding front end loader) with a length of chain. The pipe was then elevated; the end placed into the hole and as the tram proceeded forward, the pipe would be lowered down the hole. Once the scoop tram neared the hole, the pipe would be released, the scoop tram would reverse approximately 30 - 40 feet where the pipe would then again be attached to

Résumé des enquêtes et des recommandations

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

Première enquête - Vincent Mitton

Une enquête a été tenue du 22 au 24 mars 2011, à Saint John, relativement à la mort de Vincent Mitton. M. Mitton, 56 ans, était employé comme mineur à la mine de potasse située à Penobsquis, au Nouveau-Brunswick. Il était membre d'une équipe des pompes composée de deux hommes, cette équipe était responsable de la construction et de l'entretien quotidien des différentes pompes et canalisations souterraines.

Le 21 novembre 2009, M. Mitton et un collègue devaient terminer un travail de tuyauterie qui exigeait l'installation d'un morceau de tuyau à haute densité de 500 pieds et de 8 po de diamètre jusque dans un trou de 13 po situé plus bas. Deux autres mineurs ont été affectés à l'équipe pour les aider. M. Mitton et son collègue se sont séparés pour accomplir des tâches distinctes, chacun prenant avec lui un des deux nouveaux membres de l'équipe.

M. Mitton s'apprêtait à descendre le tuyau pour l'installer dans le trou. Pour y parvenir, le tuyau avait été fixé au godet de la pelle d'une chargeuse (une chargeuse frontale abaissée) avec une longueur de chaîne. Le tuyau était ensuite élevé, l'extrémité placée dans le trou et à mesure que la chargeuse se déplaçait vers l'avant, le tuyau était abaissé dans le trou. Une fois la chargeuse à pelle à proximité du trou, le tuyau était relâché, puis la chargeuse à pelle faisait marche arrière de 30 à 40 pieds où le tuyau

Inquest No. 1 - Vincent Mitton continued

the bucket with the chain and the process would be repeated. After this had been repeated approximately five or six times, the pipe, when released from the bucket, began to move down the pipe on its own. Mr. Mitton was alerted to this fact by the scoop tram operator and he quickly attempted to re-attach the chain to the pipe to no avail. The pipe was now moving very fast and while corkscrewing down the cross cut, was being pushed against the west wall. This created a great deal of tension in the pipe and as it cleared the end of the west wall and entered the opening of the mining room, the tension created in the pipe caused it to straighten out very quickly and the pipe struck Mr. Mitton across the legs propelling him upward and backward into the wall of the West Tailings Ramp.

The scoop tram operator rushed to Mr. Mitton's aid and immediately realized he needed more assistance and proceeded to the refuge station to contact the control room to summon help. Upon returning to the scene, he brought with him the emergency equipment kept in the refuge station. The control room operator made several calls directing first responders to the incident scene. The scoop tram operator also went to get Mr. Mitton's pump crew partner who was working nearby.

Mr. Mitton was secured onto a backboard and strapped into the rescue basket and was transported to the surface by the emergency jeep. At some point during this journey, Mr. Mitton lost consciousness and upon arrival at the surface, was handed over to Ambulance New Brunswick personnel who determined that Mr. Mitton did not have any vital signs present. Care was provided enroute but upon arrival at the Sussex Health Centre, attempts at resuscitation by the medical team were unsuccessful. Mr. Mitton was pronounced deceased at 16:31 hours.

Première enquête - Vincent Mitton (suite)

était encore une fois fixé au godet à l'aide d'une chaîne, et le processus était ensuite répété. Après avoir procédé de la sorte environ cinq ou six fois, le tuyau, une fois libéré du godet, a commencé à descendre tout seul. M. Mitton a été alerté de la situation par le conducteur de chargeuse à pelle et a tenté de rattacher rapidement la chaîne au tuyau, mais sans succès. Le tuyau se déplaçant maintenant très rapidement en serpentant a été poussé contre la paroi ouest de la mine. Cela a créé une grande tension dans le tuyau lorsqu'il a dégagé la fin de la paroi ouest et s'est engagé dans l'ouverture de la chambre de la mine, la tension emmagasinée dans le tuyau l'a fait se redresser rapidement, et le tuyau a heurté M. Mitton dans les jambes le projetant vers l'arrière et vers le haut contre la paroi de la galerie des résidus ouest.

Le conducteur de la chargeuse à pelle s'est précipité au secours de M. Mitton et s'est immédiatement rendu compte qu'il avait besoin de plus d'assistance et s'est dirigé vers l'abri pour communiquer avec la salle de commande pour demander de l'aide. À son retour sur les lieux, il avait apporté l'équipement de secours conservé dans l'abri. Le conducteur de la chargeuse à pelle a effectué plusieurs appels pour diriger les premiers intervenants sur les lieux de l'accident. Il est également allé chercher le collègue membre de l'équipe des pompes de M. Mitton qui travaillait tout près.

M. Mitton a été couché sur une planche dorsale puis attaché dans la nacelle de sauvetage avant d'être transporté à la surface avec le véhicule d'urgence. À un moment donné pendant le trajet, M. Mitton a perdu conscience, et à son arrivée à la surface, on l'a remis entre les mains du personnel d'Ambulance Nouveau-Brunswick qui a constaté que M. Mitton n'avait plus de signes vitaux. Des soins ont été prodigués en cours de route, mais à l'arrivée au Centre de santé de Sussex, les tentatives de réanimation par l'équipe médicale n'ont malheureusement pas donné de résultats. M. Mitton a été déclaré mort à 16 h 31.

Inquest No. 1 - Vincent Mitton continued

Based on the testimony, the jury concluded that Mr. Mitton died as a result of multiple trauma, most significantly fractures of the cervical and thoracic spinal column and ruled the death an accident.

The inquest considered mine safety in general and more specifically the process of underground pipe installations and emergency first response in an underground mining environment.

The jury made the following recommendations:

1. that Potash Corporation of Saskatchewan investigate an improved emergency alert system which includes flashing lights and alarm with digital board mapping in the control room with public address system and two-way communication capability; and
2. that a second rescue vehicle be placed in or around activity areas in the mine or placed the farthest point from the control room.

The recommendations were forwarded to the Potash Corporation of Saskatchewan for their consideration.

Recommendation #1

Potash Corporation of Saskatchewan investigate an improved emergency alert system which includes flashing lights and alarm with digital board mapping in the control room with public address system and two-way communication capability.

Première enquête - Vincent Mitton (suite)

En se fondant sur les témoignages entendus, le jury a conclu que le décès de M. Mitton était attribuable à des traumatismes multiples, plus particulièrement des fractures des vertèbres cervicales et dorsales, et a statué que le décès était accidentel.

L'enquête a pris en compte les mesures de sécurité générales de la mine et plus particulièrement le processus d'installation souterraine des tuyaux et l'intervention des premiers répondants dans un environnement d'exploitation minière souterraine.

Le jury a formulé les recommandations suivantes :

1. que la Potash Corporation of Saskatchewan étudie la possibilité d'installer un système amélioré d'alerte en cas d'urgence comprenant des feux clignotants, une alarme, une carte numérique dans la salle de commande, un système d'interphone ainsi qu'un système d'intercommunication.
2. qu'un deuxième véhicule de secours soit garé où les activités minières se déroulent ou à l'endroit le plus éloigné de la salle de commande.

Les recommandations ont été transmises à la Potash Corporation of Saskatchewan à des fins d'examen.

Recommandation n° 1

La Potash Corporation of Saskatchewan étudie la possibilité d'installer un système amélioré d'alerte en cas d'urgence comprenant des feux clignotants, une alarme, une carte numérique dans la salle de commande, un système d'interphone ainsi qu'un système d'intercommunication.

Inquest No. 1 - Vincent Mitton continued

The General Manager of PotashCorp New Brunswick (PCS) reported that investigations into opportunities to improve the emergency warning system in the mine will be ongoing as technology evolves. Over the years, PCS has utilized new technology to improve communication in the mine with the most recent project being the installation of a VOIP system to compliment the traditional phones. At this time, the focus is on enhancements to the VOIP system to improve coverage through the installation of additional antennas in the active mining areas. In addition, PCS will be increasing the number of portable phones available for use and reviewing the programming required to provide paging capability for use in emergencies.

Recommendation #2

A second rescue vehicle be placed in or around activity areas in the mine or placed the farthest point from the control room.

The General Manager of PotashCorp New Brunswick (PCS) reported that provision of an additional rescue vehicle in the mine is being addressed and should be ordered shortly. This vehicle will be located in closer proximity to the active working areas of the mine and will be available for use in the event of an emergency. The existing emergency vehicle will still be maintained in the vicinity of the central control room in the shaft areas so that it can be readily accessed by mine rescue personnel in the event of an emergency.

Première enquête - Vincent Mitton (suite)

Le directeur général de PotashCorp New Brunswick (PCS) affirme que des enquêtes en vue de trouver des façons d'améliorer le système d'avertissement d'urgence dans la mine seront menées en tenant compte des avancées technologiques. Au fil des ans, PCS a adopté de nouvelles technologies afin d'améliorer la communication dans la mine. Le plus récent projet est l'installation d'un système VoIP qui s'ajoute aux téléphones ordinaires existants. L'entreprise axe présentement ses efforts sur l'amélioration du système VoIP, notamment grâce à l'ajout de nouvelles antennes visant à offrir une meilleure couverture dans les secteurs actifs de la mine. De plus, PCS distribuera un plus grand nombre de téléphones portables et examinera les possibilités de services de téléavertisseur pour les situations d'urgence.

Recommandation n° 2

Un deuxième véhicule de secours soit garé où les activités minières se déroulent ou à l'endroit le plus éloigné de la salle de commande.

Le directeur général de PotashCorp New Brunswick (PCS) affirme qu'elle prend des mesures pour doter la mine d'un second véhicule d'urgence et que ce dernier devrait être commandé très bientôt. Le véhicule sera situé plus près des secteurs actifs de la mine et pourra être utilisé en cas d'urgence. Le véhicule d'urgence dont dispose présentement la mine sera conservé dans les environs de la salle de contrôle centrale, près des puits de mine, afin que les membres du personnel de secours de la mine puissent s'en servir promptement en cas d'urgence.

Inquest No. 2 – Allen Wilson

An inquest was held May 30 - June 1, 2011, in Moncton, New Brunswick, into the death of Allen James Wilson, a 52 year old man who died while engaged in his employment with Gaddess Industrial Preventative Maintenance at the Fawcett Mill location in Petitcodiac, New Brunswick, on January 6, 2009.

On January 6, 2009, Mr. Wilson was working at the Fawcett Mill location. While working at that site, Mr. Wilson was attempting to remove some of the staging area in the mill when a piece of the flooring he was standing on moved and as a result, Mr. Wilson fell twenty-four (24) feet to the concrete floor below. Workers from Gaddess Industrial Preventative Maintenance called 911 and provided first aid until paramedics arrived. Mr. Wilson was transported to the nearest trauma centre, which was The Moncton Hospital, where he later died of his injuries.

The inquest focused on several aspects in the case: the safety equipment (fall arrest equipment), the fall arrest training, the emergency response to incidents on the worksite and the mandate of WorkSafeNB (WSNB) and its inspection process and enforcement process of worksites.

The jury heard, through witness testimony, that the company had a safety training program for employees and that Mr. Wilson had the necessary safety training courses, and the proper equipment for the work. It was learned through testimony from the New Brunswick Construction Safety Association (NBCSA) that the training in fall arrest through their course trains workers to recognize hazards, how to don the safety equipment (harness) and where they should secure themselves

Deuxième enquête – Allen Wilson

Une enquête du coroner a eu lieu du 30 mai au 1^{er} juin 2011, à Moncton, au Nouveau-Brunswick, sur la mort d'Allen James Wilson, un homme âgé de 52 ans qui est décédé le 6 janvier 2009 alors qu'il travaillait pour Gaddess Industrial Preventative Maintenance à la scierie Fawcett, à Petitcodiac, au Nouveau-Brunswick.

Le 6 janvier 2009, M. Wilson travaillait au chantier de la scierie Fawcett. Dans le cadre de son travail, M. Wilson s'affairait à démanteler une section de la plateforme de travail dans la scierie quand une partie du plancher sur lequel il se trouvait a glissé, le faisant tomber d'une hauteur 24 pieds sur le plancher de béton. Les travailleurs de Gaddess Industrial Preventative Maintenance ont composé le 911 et lui ont prodigué les premiers soins jusqu'à l'arrivée des ambulanciers. M. Wilson a été transporté au centre de traumatologie le plus près, soit au Moncton Hospital, où il a succombé à ses blessures.

Dans son enquête, le coroner s'est penché sur plusieurs aspects de ce cas : l'équipement de sécurité (dispositif anti-chute), la formation en protection contre les chutes, les interventions d'urgence en cas d'incidents sur le lieu de travail, ainsi que le mandat de Travail sécuritaire NB (TSNB) et ses processus d'inspection et d'application de la loi aux lieux de travail.

Par le biais des témoignages, le jury a appris que l'entreprise avait un programme de formation sur la sécurité pour les employés, et que M. Wilson avait suivi une formation adéquate sur la sécurité et avait l'équipement de travail approprié. Dans son témoignage, les représentants de la New Brunswick Construction Safety Association (NBCSA) ont signalé que sa formation en protection contre les chutes enseigne aux travailleurs à repérer les dangers, à utiliser l'équipement de sécurité (harnais)

Inquest No. 2 – Allen Wilson continued

to prevent falls from a height. Evidence was presented that Mr. Wilson did have his fall arrest harness but was not seen wearing it at the time of the accident. The jury learned that, through the WSNB investigation, the men working at this site had been working at that level for several weeks and in their view, they thought they were working on a solid floor and as a result they did not see this work area as being an elevated platform, which would otherwise have the workers wearing their safety harness and fall arrest protect.

WorkSafeNB testified that two work orders, along with a stop work order, were issued. The two work orders were:

- A-50(1) to establish a written procedure for removal of decking and to train workers in its application.
- G-97(1) to safeguard the exposed openings on the project site (unrelated to accident).

and a stop work order on January 7th.

- G-49(1)(a)(ii) SWO individual fall protection required for work above 3 meters.

Evidence was presented that the work orders that were issued were addressed and corrective actions were taken by Gaddess Industrial Preventative Maintenance to reduce the likelihood of a similar incident while doing similar work in constructing or disassembling such a structure.

Deuxième enquête – Allen Wilson (suite)

et à s'attacher pour éviter les chutes de hauteur. On a présenté la preuve que M. Wilson avait un harnais anti-chute, mais personne n'a vu qu'il le portait au moment de l'accident. Grâce à l'enquête de TSNB, le jury a été informé que les travailleurs étaient affectés à ce niveau du chantier depuis plusieurs semaines. Selon eux, ils travaillaient sur un plancher solide et, par conséquent, ils ne considéraient pas cette aire de travail comme une plateforme surélevée. Autrement, les travailleurs auraient porté leur harnais et dispositif anti-chute.

TSNB atteste la délivrance de deux ordres de travaux et d'un ordre de suspendre les travaux. Les deux ordres de travaux concernent :

- A-50(1) visant l'établissement d'une procédure écrite de démolition de plateforme et la formation des travailleurs sur l'application de cette procédure;
- G-97(1) visant à protéger les ouvertures exposées du chantier (sans rapport avec l'accident);

et l'ordre de suspendre les travaux du 7 janvier concerne :

- G-49(1)(a)(ii) visant la protection individuelle contre les chutes obligatoires pour les travaux à plus de trois mètres de hauteur.

On a présenté la preuve que Gaddess Industrial Preventative Maintenance avait tenu compte des ordres de travaux délivrés et pris les mesures correctives nécessaires pour réduire les probabilités que des incidents similaires se répètent au cours de travaux de construction ou de démolition semblable de telle structure.

Inquest No. 2 – Allen Wilson continued

The Jury in this case made four recommendations:

1. That civic numbers and all emergency numbers such as 911, WorkSafeNB should be easily accessible and posted in a clear and visible location at the worksite.
2. Daily briefing meetings should be done at the start of each work shift and to remind employees of work safety.
3. Clean written procedures for hazardous jobs requiring specific safety equipment should be articulated to staff prior to sending them out on the job.
4. Safety signage should be posted around the work site as a continuous reminder to employees about safety.

The recommendations were forwarded to WorkSafe NB for their consideration.

Recommendation #1

That civic numbers and all emergency numbers such as 911, WorkSafeNB should be easily accessible and posted in a clear and visible location at the worksite.

The President and CEO of WorkSafeNB advises that with respect to this recommendation, WorkSafeNB believes that current legislation addresses this issue and that they have met this recommendation and that no further action is required by WorkSafeNB.

Deuxième enquête – Allen Wilson (suite)

Le jury formule quatre recommandations relativement à ce cas :

1. Les numéros de téléphone et tous les numéros d'urgence, comme le 911 ou le numéro de TSNB, doivent être facilement accessibles et affichés clairement et visiblement au lieu d travail.
2. Des réunions d'information quotidiennes doivent être tenues au début de chaque quart de travail pour rappeler aux travailleurs les mesures de sécurité.
3. Des procédures claires sur les risques liés au travail qui exigent le port d'un équipement de sécurité doivent être transmises par écrit au personnel avant leur affectation au lieu de travail.
4. La signalisation de sécurité doit être affichée sur le lieu de travail et à proximité de ce dernier comme rappel permanent de la sécurité pour les employés.

Les recommandations ont été transmises à la Travail sécuritaire NB à des fins d'examen.

Recommandation n° 1

Les numéros de téléphone et tous les numéros d'urgence, comme le 911 ou le numéro de TSNB, doivent être facilement accessibles et affichés clairement et visiblement au lieu d travail.

Pour ce qui est de cette recommandation, le président et chef de la direction de Travail sécuritaire NB précise que son organisme croit que les dispositions législatives actuelles tiennent compte de la question. Selon Travail sécuritaire NB, cette recommandation a été respectée et aucune autre mesure de suivi n'est requise de sa part.

Inquest No. 2 – Allen Wilson continued

Recommendation #2

Daily briefing meetings should be done at the start of each work shift and to remind employees of work safety.

The President and CEO of WorkSafeNB advises that current legislation places numerous obligations on employers to ensure the health and safety of their employees. Legislation also provides for some flexibility as to how this is achieved. While not specifically required by legislation, briefing meetings (*sometimes known as safety talks, tailgate meetings or toolbox meetings*) at the beginning of work are commonly used by employers to inform their employees on health and safety matters. In addition, WorkSafeNB has developed and distributed communications material and guidelines for employers on how to conduct safety briefing meetings should the workplace wish to incorporate these in their safety program. As a result, WorkSafeNB believe that they have met the recommendation and that no further action is required.

Recommendation #3

Clean written procedures for hazardous jobs requiring specific safety equipment should be articulated to staff prior to sending them out on the job.

Deuxième enquête – Allen Wilson (suite)

Recommandation n° 2

Des réunions d'information quotidiennes doivent être tenues au début de chaque quart de travail pour rappeler aux travailleurs les mesures de sécurité.

Le président et chef de la direction de Travail sécuritaire NB précise que les dispositions législatives actuelles imposent de nombreuses obligations aux employeurs en vue d'assurer la santé et la sécurité de leurs employés. Les dispositions législatives prévoient également une certaine flexibilité concernant la façon dont les employeurs s'acquittent de ces obligations. Bien qu'elles ne soient pas expressément exigées par les dispositions législatives, les séances d'information (*qu'on appelle parfois les discussions de sécurité, les briefings ou les réunions de boîte à outils*) sont couramment utilisées par les employeurs au début des travaux afin d'informer leurs employés au sujet de questions liées à la santé et à la sécurité. En outre, Travail sécuritaire NB a mis au point et distribué du matériel de communications et des lignes directrices à l'intention des employeurs concernant la tenue de réunions d'information sur la sécurité au cas où qu'ils souhaiteraient les inclure dans leurs programmes de sécurité en milieu de travail. Par conséquent, Travail sécuritaire NB estime qu'il a donné convenablement suite à la recommandation et qu'aucune autre mesure n'est nécessaire.

Recommandation n° 3

Des procédures claires sur les risques liés au travail qui exigent le port d'un équipement de sécurité doivent être transmises par écrit au personnel avant leur affectation au lieu de travail.

Inquest No. 2 – Allen Wilson continued

The President and CEO of WorkSafeNB advises that while it is WorkSafeNB's opinion that current legislation adequately addresses this matter (there are many provisions in both the *Occupational Health and Safety Act* and the regulations that require written procedures and that these procedures be communicated to workers), beginning in June 2014 new amendments to the *Occupational Health and Safety Act* will require employers to incorporate written procedures in a formal occupational health and safety program. As a result, WorkSafeNB believe that they have met the recommendation and that no further action is required.

Recommendation #4

Safety signage should be posted around the work site as a continuous reminder to employees about safety.

The President and CEO of WorkSafeNB advises that new legislation will require New Brunswick employers to implement formal and written health and safety programs for their workplace. While the framework of the program will be outlined in the new legislation, the legislation will also provide flexibility to the workplace on how best to address these new requirements. Safety signage posted around the workplace may be incorporated into the workplace's safety program if this need is identified. In addition, current legislation has provisions for safety signage in such operations as confined space, underground mining, logging, asbestos, electrical, blasting, use of radiation, traffic safety and to warn of noisy areas. Further, WorkSafeNB has many posters, placards and other items available to promote workplace safety. These are available at no cost to employers, employees,

Deuxième enquête – Allen Wilson (suite)

Le président et chef de la direction de Travail sécuritaire NB signale que l'organisme est d'avis que les dispositions législatives actuelles tiennent convenablement compte de cette question, car de nombreuses dispositions de la *Loi sur l'hygiène et la sécurité au travail* et de ses règlements exigent qu'il y ait des procédures écrites et qu'elles soient communiquées aux employés. Cependant, à compter de juin 2014, de nouvelles dispositions seront ajoutées à la *Loi* pour obliger les employeurs à inclure des procédures écrites à leur programme officiel d'hygiène et de sécurité au travail. Par conséquent, Travail sécuritaire NB estime qu'il a donné convenablement suite à la recommandation et qu'aucune autre mesure n'est nécessaire.

Recommandation n° 4

La signalisation de sécurité doit être affichée sur le lieu de travail et à proximité de ce dernier comme rappel permanent de la sécurité pour les employés.

Le président et chef de la direction de Travail sécuritaire NB précise que de nouvelles dispositions législatives obligeront les employeurs du Nouveau-Brunswick à mettre en œuvre dans leurs lieux de travail des programmes officiels d'hygiène et de sécurité documentés par écrit. Le cadre relatif au programme sera établi dans les nouvelles dispositions législatives, mais elles seront assez souples pour permettre à chaque lieu de travail de déterminer la meilleure façon de respecter les nouvelles exigences. L'affichage de signalisation de sécurité en milieu de travail peut faire partie du plan de sécurité du lieu de travail au besoin. En outre, des dispositions législatives actuellement en vigueur portent sur la signalisation de sécurité dans les espaces confinés, les activités d'exploitation minière souterraine et d'exploitation forestière, l'amiante, les installations électriques, l'utilisation

Inquest No. 2 – Allen Wilson continued

consultants, schools and any other interested party. These are available as pre-printed documents or online for printing. As a result, WorkSafeNB believe that they have met the recommendation and that no further action is required.

Other Cases of Interest

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

Case #1

This 49 year old male was operating a waste collection truck when, after stopping to allow his co-worker to collect waste at a residence, stepped from his truck into the opposing lane of traffic to cross and collect waste from the residence on the other side of the road. While in the opposing lane he was struck by an on-coming half ton truck. Emergency Medical Services were called and he was transported to the local emergency room where efforts to sustain his life were unsuccessful.

Deuxième enquête – Allen Wilson (suite)

d'explosifs, l'utilisation de radiation, la sécurité routière et le bruit excessif. Par ailleurs, Travail sécuritaire NB offre une gamme d'affiches, de cartes et d'autres articles faisant la promotion de la sécurité au travail. Ces ressources sont offertes gratuitement aux employeurs, aux employés, aux experts-conseils, aux écoles ainsi qu'à toute partie intéressée. Elles sont disponibles en format préimprimé ainsi qu'en ligne. Par conséquent, Travail sécuritaire NB estime qu'il a donné convenablement suite à la recommandation et qu'aucune autre mesure n'est nécessaire.

Autres cas dignes d'intérêt

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

Cas n° 1

Cet homme de 49 ans conduisait un camion de collecte des ordures ménagères et, après avoir immobilisé le véhicule pour permettre à son collègue de prendre les déchets d'une résidence, est descendu du camion dans la voie opposée afin de ramasser les ordures de la résidence de l'autre côté de la rue. Pendant qu'il était dans l'autre voie, il a été heurté par un camion d'une demie-tonne. Des membres du personnel des services médicaux d'urgence se sont rendus sur les lieux et l'ont transporté à la salle d'urgence où se sont poursuivies, en vain, les manœuvres de réanimation.

Investigations were commenced by the RCMP, WorkSafeNB and the Coroner Service. The RCMP found there were no basis for charges under the *Motor Vehicle Act* and WorkSafeNB indicated that it would conduct a review of the Waste Collection Guideline Pamphlet and that communication with the industry would be considered. WorkSafeNB also sent a letter to the Registrar of Motor Vehicles requesting amendments to the Motor Vehicle Act to allow warning lights on the front of garbage trucks.

In an effort to improve the safety of workers in similar occupations, the investigating coroner made the following recommendation:

That the Minister of Public Safety amend the *Motor Vehicle Act* such that the definition of a “service vehicle” include waste/recycling collection vehicles so that it may lawfully display revolving or flashing amber lights.

The recommendation was forwarded to the Minister of Public Safety for a response.

The Registrar of Motor Vehicles for the Province of New Brunswick advises that a proposal that would expand the definition of a “service vehicle” under the *Motor Vehicle Act* to include waste/recycling collection vehicles will be submitted to Government for consideration. In the meantime, the Department of Public Safety will review requests from municipalities to have the Minister exercise his authority under the Act to grant them authorization to use a revolving or flashing amber light on waste/recycling collection vehicles.

Des enquêtes ont été menées par la GRC, Travail sécuritaire NB et les Services des coroners. La GRC a conclu qu’aucune accusation en vertu de la *Loi sur les véhicules à moteur* n’était justifiée tandis que Travail sécuritaire NB a signalé qu’il mènerait un examen du dépliant des lignes directrices relatives à la collecte des ordures et étudierait la possibilité de communiquer avec les intervenants de l’industrie à ce sujet. Travail Sécuritaire NB a aussi envoyé une lettre au registraire des véhicules à moteur demandant que la *Loi sur les véhicules à moteur* soit modifiée pour permettre l’installation de feux d’avertissement à l’avant des véhicules de collecte des ordures.

Le coroner chargé de l’enquête a formulé la recommandation suivante dans le but d’accroître la sécurité des travailleurs exerçant ce type métier :

Que le ministre de la Sécurité publique apporte des modifications à la *Loi sur les véhicules à moteur* afin que la définition de « véhicule de service » englobe les véhicules de collecte des ordures et du recyclage en vue d’équiper légalement ces véhicules de gyrophares ou de feux jaunes clignotants.

La recommandation a été acheminée aux représentants du ministère de la Sécurité publique afin qu’ils y donnent suite.

La sécurité des activités de plongée occupationnelles ou commerciales est régie par le gouvernement du Nouveau-Brunswick en vertu des articles 299 à 342 du Règlement 91-191 du Nouveau-Brunswick pris en vertu de la *Loi sur l’hygiène et la sécurité au travail* (D.C. 91-1035). Le ministère des Pêches et des Océans ne dispose pas de l’autorité ni des connaissances spécialisées requises pour appliquer ces règlements provinciaux, mais le ministre a demandé aux représentants du Ministère de donner suite aux recommandations par l’intermédiaire du ministère de l’Agriculture, de l’Aquaculture et des Pêches du Nouveau-Brunswick.

Other Cases of Interest continued

Case #2

This 62 year old male was employed as a site manager in an aquaculture industry. On October 2, 2009, he was working on a barge equipped with a hoist. The crew were using the hoist to lift a compensator buoy out of the water for inspection and maintenance purposes. The buoy was lifted to a height of about 15 feet. When trying to affix a line to the bottom of the buoy, the wire rope holding the buoy separated. The buoy struck the individual on the head. First aid was administered and the barge was taken to shore where EMS responders took over the care and transported the individual to the hospital. He succumbed to his injuries eight (8) days post incident and was pronounced deceased on October 10, 2009.

Investigation by the coroner, RCMP, WorkSafeNB and Transport Canada revealed that the hoist was not being inspected nor was a log book kept as required by regulations. No one onboard the barge had any formal training in hoist operations and technical reports indicated that the wire rope failed in part due to corrosion.

The coroner determined the cause of death to be as a consequence of a traumatic head injury and ruled the death an accident.

The coroner made the following recommendations:

1. that WorkSafeNB develop regulations regarding the inspection of hoisting devices, including that of wire rope in corrosive environments (i.e. salt water operations, high humidity, etc.).

Autres cas dignes d'intérêt (suite)

Cas n° 2

L'homme de 62 ans travaillait comme gestionnaire de site dans une exploitation aquacole. Le 2 octobre 2009, il se trouvait sur une barge équipée d'un palan. L'équipe s'employait à hisser une bouée compensatrice hors de l'eau à l'aide du palan aux fins d'inspection et d'entretien. L'équipe a hissé la bouée à une hauteur d'environ 15 pieds. Au moment où l'on tentait d'attacher un cordage au-dessous de la bouée, le câble en acier qui la tenait s'est rompu. L'homme a été atteint à la tête par la bouée. Des membres de l'équipe lui ont prodigué les premiers soins et ont regagné la côte où des intervenants des services médicaux d'urgence ont pris la relève et l'ont transporté à l'hôpital. L'homme a succombé à ses blessures huit jours après l'incident. Son décès a donc été prononcé le 10 octobre 2009.

Une enquête menée par le coroner, la GRC, Travail sécuritaire NB et Transports Canada a permis de déterminer que le palan ne faisait pas l'objet d'inspection et qu'aucun registre n'était tenu à cette fin, comme l'exige la réglementation. Aucun membre de l'équipe n'avait suivi une formation officielle sur l'emploi d'un palan. D'après les rapports techniques, le câble s'est rompu en partie en raison de la rouille.

Le coroner a déterminé que l'homme est décédé des suites d'un traumatisme crânien et qu'il s'agissait d'un accident.

Le coroner a formulé les recommandations suivantes :

1. que Travail sécuritaire NB établisse des règlements concernant l'inspection des dispositifs de levage ainsi que des câbles en acier soumis à un milieu environnant agressif, comme l'eau salée et humidité élevée;

Other Cases of Interest continued

2. that WorkSafeNB institute an inspection program for water based worksites, including aquaculture operations.
3. that the New Brunswick Community College, with input from WorkSafeNB, develop or enhance training/education programs for the aquaculture industry that covers all aspects of Occupational Health and Safety, including the safe operation of hoisting devices.

The recommendations were forwarded to the Minister of Post-Secondary Education, Training & Labour and WorkSafeNB for a response.

Recommendation #1

That WorkSafeNB develop regulations regarding the inspection of hoisting devices, including that of wire rope in corrosive environments (i.e. salt water operations, high humidity, etc.).

The President and CEO of WorkSafeNB reports that current New Brunswick regulations address the safe operation, inspection, maintenance and repair of hoisting devices (apparatus). The regulation has provisions to ensure that hoisting devices:

1. Are not subject to excessive loads; this information is normally provided by the manufacturer or a professional engineer.
2. Are maintained in accordance with the manufacturer's recommendations.

Autres cas dignes d'intérêt (suite)

2. que Travail sécuritaire NB mette sur pied un programme d'inspection des lieux de travail aquatiques, y compris les lieux d'activités aquacoles;
3. que le Collège communautaire du Nouveau-Brunswick, en consultation avec Travail sécuritaire NB, procède à la mise sur pied ou à la modification de programmes de formation ou d'éducation en aquaculture visant tous les aspects de l'hygiène et la sécurité au travail, y compris l'emploi sécuritaire des dispositifs de levage.

Les recommandations ont été transmises aux représentants du ministère de l'Éducation postsecondaire, de la Formation et du Travail, ainsi que de Travail sécuritaire NB afin qu'ils y donnent suite.

Recommandation N° 1

Que Travail sécuritaire NB établisse des règlements concernant l'inspection des dispositifs de levage ainsi que des câbles en acier soumis à un milieu environnant agressif, comme l'eau salée et humidité élevée.

Le président et directeur général de Travail sécuritaire NB signale que les dispositions législatives actuellement en vigueur au Nouveau-Brunswick visent à assurer le fonctionnement sécuritaire, l'inspection, l'entretien et la réparation des dispositifs de levage. Le *Règlement* contient des dispositions visant à veiller à ce que les dispositifs de levage :

1. Ne sont pas surchargés (la charge maximale est habituellement établie par le fabricant ou par un ingénieur professionnel);
2. Sont entretenus conformément aux recommandations du fabricant;

Other Cases of Interest continued

3. Are regularly inspected including before use (when new), after an incident, prior to using the apparatus to move a load (visually inspected) and yearly to ensure that the equipment continues to meet the manufacturer's specifications; these requirements would include the frequent inspection of the wire ropes whether they are used in a corrosive environment or other types of environments;
4. Is operated by a competent person or is supervised by a competent person.

In addition to the above, WorkSafeNB has developed a guideline to assist owners and operators of hoisting equipment in conducting inspections.

Recommendation #2

That WorkSafeNB institute an inspection program for water based worksites, including aquaculture operations.

The President and CEO of WorkSafeNB advises that WorkSafeNB will be complying with this recommendation.

Recommendation #3

That the New Brunswick Community College, with input from WorkSafeNB, develop or enhance training/education programs for the aquaculture industry that covers all aspects of Occupational Health and Safety, including the safe operation of hoisting devices.

Autres cas dignes d'intérêt (suite)

3. Sont inspectés régulièrement, notamment avant leur première utilisation, après un accident, avant qu'ils soient utilisés pour déplacer une charge (inspection visuelle) ainsi que tous les ans afin de s'assurer qu'ils demeurent conformes aux spécifications du fabricant (ces exigences comprennent l'inspection fréquente des câbles en acier, qu'ils soient utilisés dans un milieu de nature corrosive ou dans d'autres milieux);
4. Sont utilisés ou surveillés par une personne ayant les compétences nécessaires.

En outre, Travail sécuritaire NB a créé une ligne directrice sur les inspections pour aider les propriétaires et les exploitants de dispositifs de levage.

Recommandation N° 2

Que Travail sécuritaire NB mette sur pied un programme d'inspection des lieux de travail aquatiques, y compris les lieux d'activités aquacoles.

Le président et chef de la direction de Travail sécuritaire NB signale que l'organisme se conformera à cette recommandation.

Recommandation N° 3

Que le Collège communautaire du Nouveau-Brunswick, en consultation avec Travail sécuritaire NB, procède à la mise sur pied ou à la modification de programmes de formation ou d'éducation en aquaculture visant tous les aspects de l'hygiène et la sécurité au travail, y compris l'emploi sécuritaire des dispositifs de levage.

Other Cases of Interest continued

The President and CEO of WorkSafeNB advises that *NBCC St. Andrews Campus-Marine Training* had developed a reference-training manual for Crane Operations in Aquaculture. The curriculum covers topics such as the requirements of the *Occupational Health and Safety Act* and regulations, hoisting equipment operator work environment, inspections, load charts and some work processes.

WorkSafeNB has been working with the Atlantic Canada Fish Farmers Association regarding the development of a guideline that would address health and safety matters within this industry. Furthermore, the Health and Safety Committee of the Atlantic Canada Fish Farmers Association and WorkSafeNB recently organized and participated in a health and safety education forum for industry supervisors reviewing such topics as the requirements of the *Occupational Health and Safety Act*, Rights and Responsibilities and Due Diligence.

WorkSafeNB believes that successful implementation of this training program will not only address the Coroner's recommendation on this matter but will also enhance safety of workers at water based worksites including aquaculture operations that operate hoisting equipment.

Case #3

This 56 year old male who was engaged in sea urchin harvesting. Working under the Registration and/or Fishing Licence of another individual, the deceased was diving for sea urchins when he apparently became entangled in the predator net of a

Autres cas dignes d'intérêt (suite)

Le président et chef de la direction de Travail sécuritaire NB précise que l'unité de formation maritime du campus de St Andrews du NBCC a mis au point un manuel de référence et de formation relatif à l'utilisation de grues dans le domaine de l'aquaculture. Il traite entre autres des exigences de la *Loi sur l'hygiène et la sécurité au travail* et de ses règlements, du milieu de travail de l'opérateur d'un dispositif de levage, des inspections, des graphiques de charge et de certains processus de travail.

Travail sécuritaire NB collabore avec la Atlantic Canada Fish Farmers Association en vue d'élaborer une ligne directrice relative aux questions d'hygiène et de sécurité au sein de l'industrie. De plus, le comité d'hygiène et de sécurité de la Atlantic Canada Fish Farmers Association et Travail sécuritaire NB ont récemment organisé un forum de sensibilisation aux questions d'hygiène et de sécurité à l'intention des surveillants de l'industrie. Il y a été discuté de sujets tels les exigences en vertu de la *Loi sur l'hygiène et la sécurité au travail*, les droits et les responsabilités et la diligence raisonnable.

Travail sécuritaire NB estime que la mise en œuvre réussie de ce programme de formation donnera non seulement suite à la recommandation du coroner dans cette affaire, mais permettra aussi d'accroître la sécurité des travailleurs dans les lieux de travail aquatiques, y compris les lieux d'activités aquacoles.

Cas n° 3

Cet homme de 56 ans faisait la récolte d'oursins. Alors qu'il travaillait en vertu de l'enregistrement ou du permis de pêche d'une autre personne, la victime pêchait l'oursin en plongée et elle est apparemment devenue prise dans le filet

Other Cases of Interest continued

salmon cage. While attempting to free himself, his second stage regulator became separated from the mouth piece. He was found by colleagues with his mask full of water, his weight belt/harness released on one side but not the other and his tank was still on his back.

Our investigation determined that he died as a result of drowning and an air embolism. Additionally, it was revealed that the equipment this diver was using was poorly maintained, not inspected as per internationally recognized standards and was modified in such a way as to hinder a self rescue should it be required. The air also contained higher levels of carbon monoxide (CO) than is allowed by CSA standards.

The coroner made the following recommendation:

- that the Department of Fisheries and Oceans require, as a condition of a Registration and / or Fishing Licence, that the registration and / or licence holder or Master of the vessel ensure that the divers he / she engages to harvest sea urchins, scallops etc., use only certified and properly maintained diving equipment that complies with internationally recognized diving standards.

The recommendation was forwarded to the Minister of Fisheries & Oceans for a response.

Autres cas dignes d'intérêt (suite)

antiprédateur d'une cage à saumons. Son régulateur à deux étages s'est détaché de l'embout buccal alors qu'il tentait de se libérer. Lorsqu'il a été retrouvé par ses collègues, son masque était rempli d'eau, sa ceinture de plomb et son harnais étaient détachés d'un bord, mais non de l'autre, et sa bouteille d'air comprimé se trouvait toujours sur son dos.

Notre enquête a révélé qu'il est décédé noyé et a subi une embolie gazeuse. En outre, l'enquête a permis de déterminer que l'équipement de la victime était mal entretenu, n'avait pas été inspecté conformément aux normes internationales reconnues, et avait été modifié d'une façon qui entravait l'autosauvetage. L'air de la victime contenait d'ailleurs un niveau de carbone dépassant le maximum permis par les normes de l'Association canadienne de normalisation (CSA).

Le coroner a formulé la recommandation suivante :

- que le ministère des Pêches et des Océans du Canada exige, à titre de condition d'obtention d'un enregistrement ou d'un permis de pêche, que le titulaire de l'enregistrement ou du permis, ou bien le capitaine du navire, veille à ce que les plongeurs qui font la récolte d'oursins, de pétoncles, etc. pour le compte du titulaire se servent uniquement d'équipement de plongée approuvé et convenablement entretenu qui respecte les normes internationales reconnues en matière de plongée.

La recommandation a été acheminée aux représentants du ministère des Pêches et des Océans afin qu'ils y donnent suite.

Other Cases of Interest continued

That the Department of Fisheries and Oceans require, as a condition of a Registration and / or Fishing Licence, that the registration and / or licence holder or Master of the vessel ensure that the divers he / she engages to harvest sea urchins, scallops etc., use only certified and properly maintained diving equipment that complies with internationally recognized diving standards.

The Minister of Fisheries and Oceans advises that Fisheries and Oceans Canada (DFO) takes an active interest in safety concerns related to commercial fishing activity and is certainly open to co-operation on issues of safety in the fishing industry.

The safety of occupational (or commercial) diving activities is regulated by the Province of New Brunswick in Sections 299 to 342 of the *New Brunswick Regulations 91-191*, made under the authority of the New Brunswick *Occupational Health and Safety Act* (O.C. 91-1035). While DFO does not hold the authority and expertise to enforce these provincial regulations, the Minister has asked departmental officials to follow up on the recommendations through the provincial Department of Agriculture, Aquaculture and Fisheries.

Autres cas dignes d'intérêt (suite)

Que le ministère des Pêches et des Océans du Canada exige, à titre de condition d'obtention d'un enregistrement ou d'un permis de pêche, que le titulaire de l'enregistrement ou du permis, ou bien le capitaine du navire, veille à ce que les plongeurs qui font la récolte d'oursins, de pétoncles, etc. pour le compte du titulaire se servent uniquement d'équipement de plongée approuvé et convenablement entretenu qui respecte les normes internationales reconnues en matière de plongée.

Le ministre fédéral des Pêches et des Océans précise que son ministère s'intéresse activement aux préoccupations concernant la sécurité des activités de pêche commerciale et qu'il est prêt à collaborer sur les questions de sécurité associées à l'industrie des pêches.

La sécurité des activités de plongée occupationnelles ou commerciales est régie par le gouvernement du Nouveau-Brunswick en vertu des articles 299 à 342 du Règlement 91-191 du Nouveau-Brunswick pris en vertu de la *Loi sur l'hygiène et la sécurité au travail* (D.C. 91-1035). Le ministère des Pêches et des Océans ne dispose pas de l'autorité ni des connaissances spécialisées requises pour appliquer ces règlements provinciaux, mais le ministre demandé aux représentants du Ministère de donner suite à les recommandations par l'intermédiaire du ministère de l'Agriculture, de l'Aquaculture et des Pêches du Nouveau-Brunswick.

Other Cases of Interest continued

Case #4

This is the case of a 15 year old female who came to her death as a result of a motor vehicle upset which took place in the immediate area of 110 Hillcrest Road, East Saint John.

The vehicle, in which the deceased was a passenger, was travelling north on Hillcrest Road at high speed in poor visibility. At the crest of the hill, the driver lost control of the vehicle, crossed to the opposite side of the road and subsequently overcorrected. This overcorrection resulted in the vehicle hitting the soft shoulder and continuing down a steep embankment where it came to rest upside down on top of the deceased who was ejected from the vehicle.

Following a thorough investigation by the coroner, he concluded that the deceased died as a result of blunt force trauma to the chest secondary to a motor vehicle upset and made the following recommendation:

- that the city of Saint John review the area of the accident and consider safety enhancements to the highway right-of-way.

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

That the city of Saint John review the area of the accident and consider safety enhancements to the highway right-of-way.

Autres cas dignes d'intérêt (suite)

Cas n° 4

La victime, âgée de 15 ans, est décédée en raison du renversement d'un véhicule à moteur survenu aux environs du 110, chemin Hillcrest, à Saint-Jean Est.

La défunte était passagère dans un véhicule qui filait à toute allure en direction nord sur le chemin Hillcrest alors que la visibilité était mauvaise. Au haut de la côte, le conducteur a perdu la maîtrise de son véhicule, a traversé dans l'autre voie et a subséquemment corrigé excessivement. Cette correction excessive a fait en sorte que le véhicule touche l'accotement non stabilisé et déboûle une pente abrupte avant d'atterrir à l'envers sur la victime, qui avait été éjectée du véhicule.

À la suite d'une enquête approfondie du coroner, il a conclu que la victime est décédée en raison d'un traumatisme contondant au thorax des suites du renversement d'un véhicule à moteur et a formulé la recommandation suivante :

- que la ville de Saint-Jean examine le lieu où est survenu l'accident et étudie les améliorations en matière de sécurité qui pourraient être apportées à l'emprise routière.

La recommandation a été acheminée aux représentants de la ville de Saint John afin qu'ils y donnent suite.

Que la ville de Saint-Jean examine le lieu où est survenu l'accident et étudie les améliorations en matière de sécurité qui pourraient être apportées à l'emprise routière.

Other Cases of Interest continued

The City of Saint John reports that a review of the area surrounding the accident scene was done and has made the following changes:

1. A guardrail has been installed on the side of the road where the vehicle went off the shoulder.
2. Speed on the section of Hillcrest Road where the accident occurred has been reduced to 40 km/hr. A review of the appropriateness of that speed for this road is being undertaken.
3. The installation of a single curve warning sign (WA-3R) on the west bound lane east of the crest of the vertical curve on Hillcrest Road.
4. Repair defects in asphalt surface in the vicinity of the horizontal and vertical curves on Hillcrest Road.

Autres cas dignes d'intérêt (suite)

La Ville de Saint John précise qu'un examen du lieu où s'est produit l'accident a été mené et que les changements suivants ont été apportés :

1. Un garde-fou a été installé du côté de la route où le véhicule a quitté l'accotement.
2. La vitesse maximale sur le tronçon du chemin Hillcrest où est survenu l'accident a été réduite à 40 km/h. On entreprend un examen pour déterminer si cette limite de vitesse convient pour ce chemin.
3. Un panneau signalant une courbe simple à droite (WA-3R) a été installé dans la voie direction ouest à l'est du haut de la courbe verticale sur le chemin Hillcrest.
4. Des réparations ont été apportées à la surface asphaltée près des courbes horizontales et verticales sur le chemin Hillcrest.