



Décembre 2024

Processus d'investigation, d'enquête et d'examen en cas de décès d'un enfant

Ministère de la Justice et de la Sécurité publique

Volume II – chapitre 2
2024 Rapport annuel du VGNB

Table des matières

Faits saillants du chapitre 2	3
À propos de l’audit.....	5
Contexte	8
Comité d’examen des décès d’enfants.....	12
Investigations de coroner.....	15
Enquêtes.....	21
Examen des décès d’enfants	24
Compétences et formation des coroners.....	27
Les tendances et les risques sont identifiés et suivis	31
Rapports et recommandations non fournis aux ministères et organismes.....	31
Rapports publics.....	36
Annexe I : Recommandations et réponses	40
Annexe II : Objectif et critères de l’audit	51
Annexe III : Rapport d’assurance indépendant.....	52



2024 volume II

Faits saillants

du chapitre 2

Recommandations non fournies aux organisations comme il est requis	Rapports publics inadéquats
Les investigations, les enquêtes et les examens sur les décès d'enfants ne sont pas toujours effectués en temps opportun.	

Conclusions générales

Notre audit a permis de conclure que le ministère de la Justice et de la Sécurité publique n'a pas mis en place de systèmes et de pratiques pour assurer l'exécution efficace des investigations, des enquêtes et des examens sur les décès d'enfants.

Avertissement : Le rapport suivant comporte des éléments relatifs aux décès d'enfants qui pourraient être éprouvants pour certains lecteurs.

Aperçu des résultats

Processus d'investigation, d'enquête et d'examen en cas de décès d'un enfant

Les systèmes et les pratiques ne permettent pas de mener à bien les investigations, les enquêtes et les examens relatifs aux décès d'enfants



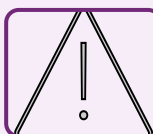
Constatations



Les examens des décès d'enfants **ne sont pas** toujours effectués en temps opportun



Absence des rapports publics requis



Recommandations du Comité **non** fournies aux ministères et aux organismes



34 % des coroners **n'avaient pas** suivi tous les cours en ligne requis

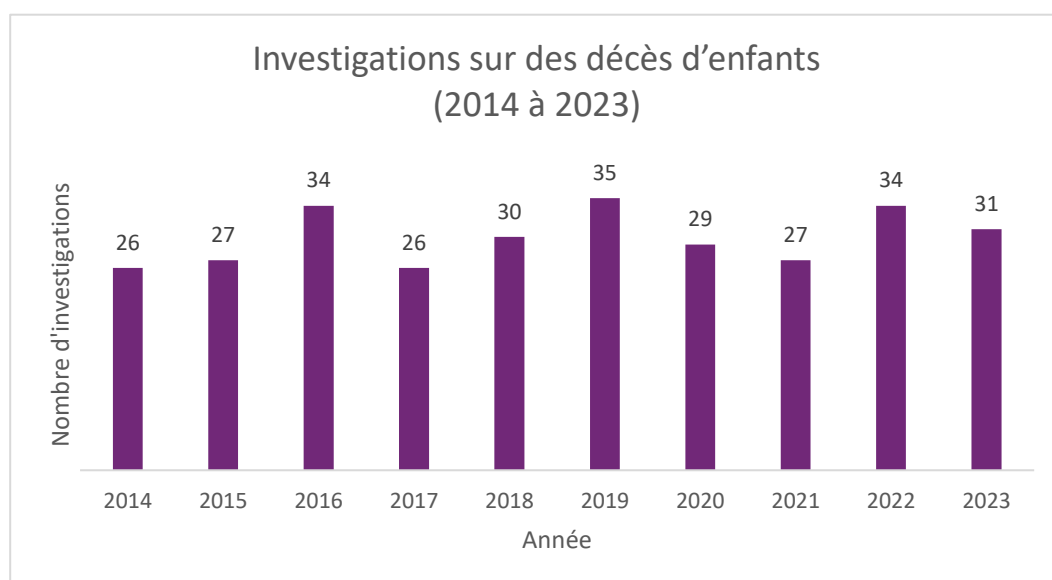


Conservation des dossiers **déficiente**

À propos de l’audit

Introduction à l’audit

- 2.1** Au sens de la *Loi sur les coroners*, un décès d’enfant s’entend du « *décès d’une personne âgée de moins de dix-neuf ans* ».
- 2.2** Au Nouveau-Brunswick, 67 enfants qui sont décédés subitement ou dans des circonstances suspectes ont donné lieu à des investigations menées par les Services du coroner du ministère de la Justice et de la Sécurité publique pendant la période allant du 1^{er} avril 2022 au 30 juin 2024.
- 2.3** En 2023, 31 investigations sur des décès d’enfants ont été menées, comme l’indique le graphique ci-dessous.



Source : Préparé par VGNB à partir des données du ministère (non auditées).

Pourquoi avons-nous choisi ce sujet?

- 2.4** Les décès d'enfants constituent des tragédies profondes qui frappent de plein fouet les familles et les communautés du Nouveau-Brunswick. À la suite d'un tel événement, il est essentiel que tous les aspects de l'investigation, de l'enquête (le cas échéant) et de l'examen subséquent du Comité d'examen des décès d'enfants soient menés avec la plus grande diligence et intégrité.
- 2.5** Les Services du coroner constituent un organisme indépendant et publiquement responsable pour les investigations sur les décès et, ces dernières années, les rapports publics du Comité d'examen des décès d'enfants ont été limités. Compte tenu de son rôle essentiel, il est impératif de s'assurer que ses processus et ses pratiques sont robustes, transparents et efficaces.

Entité auditée

- 2.6** L'entité auditée est le ministère de la Justice et de la Sécurité publique.

Étendue de l'audit

- 2.7** Nous avons examiné des dossiers de coroner, des résumés d'investigation sur des décès, des documents du Comité d'examen des décès d'enfants et de nombreux autres documents.
- 2.8** L'audit a porté sur la période allant du 1^{er} avril 2022 au 30 juin 2024. Des renseignements concernant des dates situées en dehors de cette période ont également été recueillis et examinés au besoin. Dans le cadre de nos travaux, nous avons interviewé des membres clés du personnel ministériel, des membres du Comité d'examen des décès d'enfants et des parties externes connexes.
- 2.9** Les annexes II et III fournissent plus de renseignements sur l'objectif, les critères, l'étendue et l'approche de l'audit.

Objectif de l'audit

- 2.10** Notre audit visait à déterminer si le ministère de la Justice et de la Sécurité publique avait mis en place des systèmes et des pratiques pour assurer l'exécution efficace des investigations, des enquêtes et des examens sur les décès d'enfants.

Conclusion

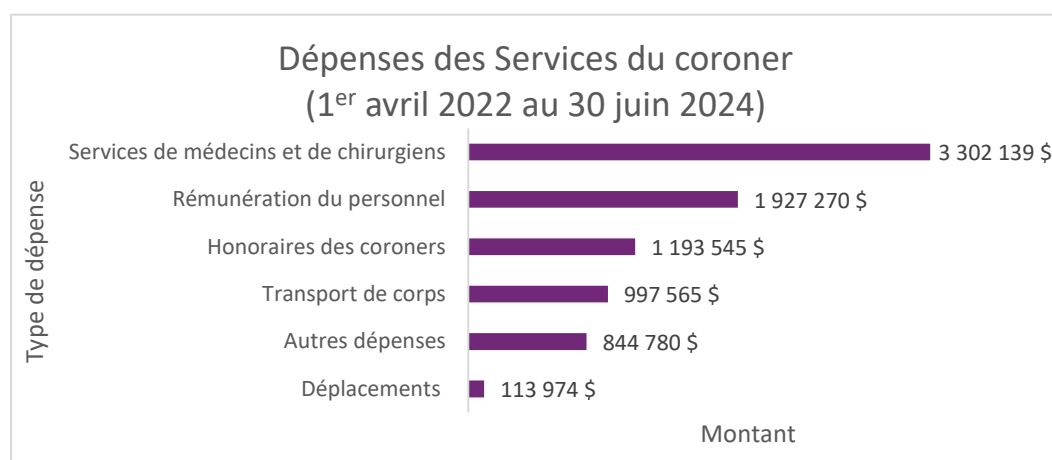
2.11 Notre audit a permis de conclure que le ministère de la Justice et de la Sécurité publique n’a pas mis en place de systèmes et de pratiques pour assurer l’exécution efficace des investigations, des enquêtes et des examens sur les décès d’enfants.

Voici nos constatations générales :

- les investigations, les enquêtes et les examens sur les décès d’enfants ne sont pas toujours effectués en temps opportun
- des améliorations sont nécessaires pour s’assurer que les coroners sont adéquatement qualifiés et formés avant d’exécuter des investigations sur des décès
- les recommandations formulées par le Comité d’examen des décès d’enfants visant à atténuer les risques de décès non naturels ne sont pas communiquées en temps opportun aux ministères et aux organismes concernés, et leur impact n’est pas surveillée
- le ministère ne rend pas compte adéquatement des travaux du Comité d’examen des décès d’enfants conformément aux exigences législatives et stratégiques

Contexte

- 2.12** Les Services du coroner constituent un organisme indépendant et publiquement responsable au sein du ministère de la Justice et de la Sécurité publique (le ministère) qui, aux termes de la *Loi sur les coroners*, est chargé d'examiner tous les décès suspects ou douteux au Nouveau-Brunswick et de mener des enquêtes qui peuvent être nécessaires dans l'intérêt public. Les Services du coroner supervisent également le Comité d'examen des décès d'enfants (CEDE).
- 2.13** Le budget annuel des Services du coroner est passé de 3 millions de dollars en 2022-2023 à 4 millions de dollars en 2023-2024. Les dépenses totales pendant la période visée par notre audit, soit du 1^{er} avril 2022 au 30 juin 2024, ont été de 8,4 millions de dollars. Les dépenses sont consacrées dans une proportion de 39 % aux autopsies, aux analyses toxicologiques et à d'autres frais relatifs aux médecins et aux chirurgiens. Au deuxième rang des dépenses les plus importantes viennent la rémunération du personnel à temps plein et les honoraires des coroners communautaires. Les dépenses des Services du coroner pour la période visée par notre audit sont détaillées dans le graphique ci-dessous.



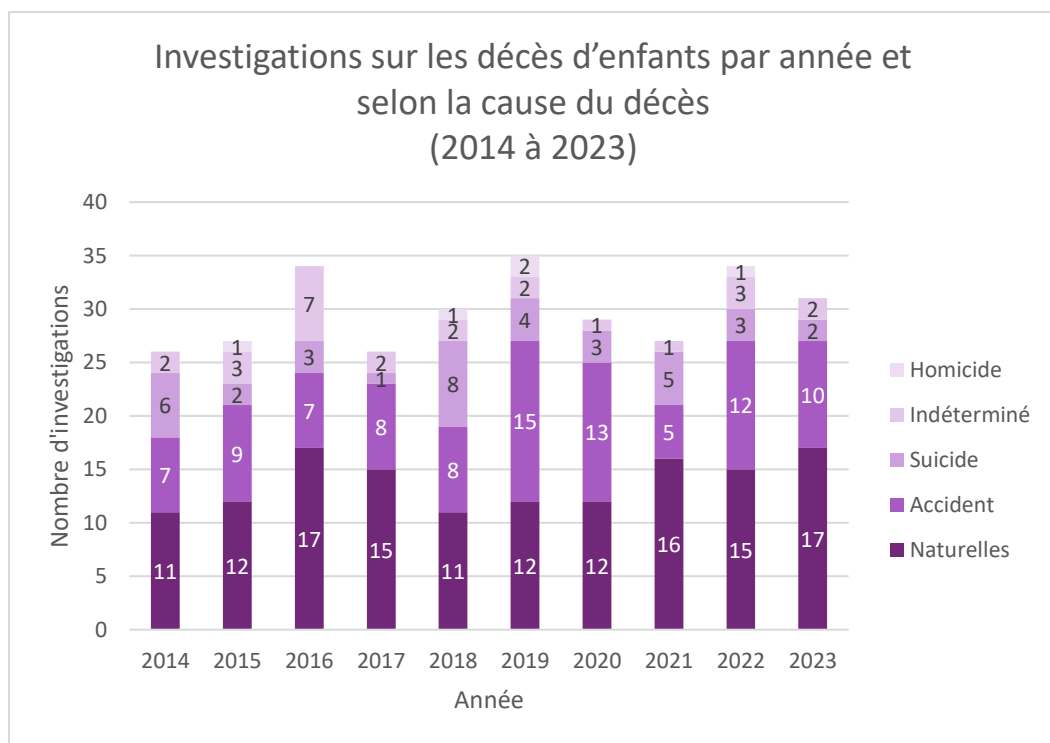
Source : Préparé par VGNB à partir des données du système financier de la GNB (non auditées).

- 2.14** Les Services du coroner relèvent du coroner en chef, qui est assisté de deux coroners en chef adjoints à temps plein.
- 2.15** Cinq employés à temps plein du gouvernement du Nouveau-Brunswick agissent à titre de coroners régionaux à Fredericton/Woodstock, Moncton/Miramichi, Saint John, Bathurst/Campbellton et Edmundston, et ils relèvent du coroner en chef.

- 2.16** Au 30 juin 2024, 36 coroners communautaires rémunérés à l'acte offraient des services principalement les soirs et les fins de semaine à l'échelle de la province.

Investigations de coroner sur les décès

- 2.17** La *Loi sur les coroners* stipule qu'un coroner doit être immédiatement avisé lorsqu'une personne décède par suite d'un acte de violence, d'un accident, d'une négligence ou d'une faute professionnelle, pendant ou après une grossesse dans des circonstances qui pourraient être raisonnablement attribuées à celle-ci, subitement et sans qu'on s'y attende, à la suite d'une maladie pour laquelle aucun traitement n'a été dispensé par un médecin, ou autrement que par suite de maladie, de causes naturelles ou de l'aide médicale à mourir qu'elle a reçue.
- 2.18** Lorsqu'un coroner est avisé d'un décès, il doit examiner la dépouille et mener toute investigation nécessaire afin de déterminer, pour chaque cas, l'identité du défunt et les faits indiquant comment, quand, où et pourquoi la personne est décédée.
- 2.19** Les Services du coroner investigue sur 21,7 % des quelque 7 500 décès totaux qui ont lieu chaque année dans la province.
- 2.20** Le graphique suivant détaille le nombre d'investigations sur les décès d'enfants de 2014 à 2023, selon la cause du décès.



Source : Préparé par VGNB à partir des données du ministère (non auditées).

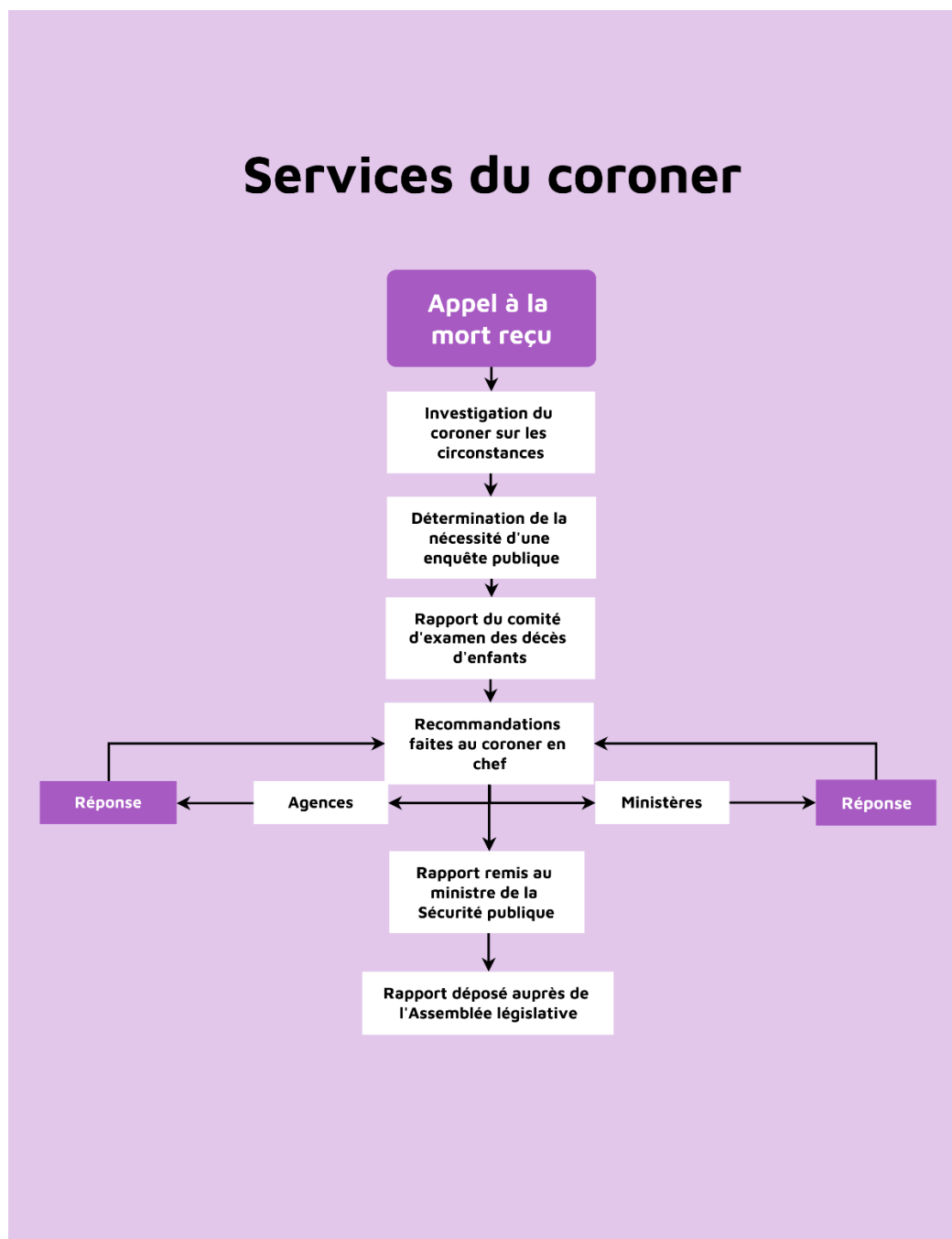
Enquêtes

- 2.21** Une fois l'enquête sur le décès terminée, le coroner doit faire une déclaration au commissaire à l'assermentation quant à sa décision concernant la nécessité de procéder ou non à une enquête. Les motifs de sa décision doivent être déposés auprès du coroner en chef conformément à la *Loi sur les coroners*. Les enquêtes sont recommandées dans moins de 1 % des investigations.
- 2.22** La tenue d'une enquête attire l'attention du public sur les nombreuses causes de décès soudains et imprévus. Une enquête n'a pas pour objectif de tirer des conclusions de responsabilité légale ou d'attribuer un blâme, mais elle doit comporter les fonctions principales suivantes :
- être un moyen pour le public de vérifier les faits qui sont liés au décès
 - être un moyen de concentrer formellement l'attention de la communauté et de déclencher une intervention de la communauté sur le problème de décès évitables
 - être un moyen de convaincre la communauté que les circonstances entourant le décès d'un de ses membres ne seront pas oubliées, cachées ou ignorées
- 2.23** On s'attend à ce que le jury de l'enquête formule des recommandations visant à atténuer les risques de décès dans des circonstances semblables. Le coroner en chef est chargé de porter les conclusions et les recommandations découlant des enquêtes à l'attention des personnes, des organismes et des ministères concernés.

Examens des décès d'enfants

- 2.24** La *Loi sur les coroners* stipule que le CEDE doit examiner le décès d'un enfant à la fin d'une investigation, d'une enquête, d'une investigation criminelle et d'une procédure pénale, le cas échéant.
- 2.25** Le CEDE doit effectuer des examens exhaustifs de tous les décès d'enfants signalés à un coroner afin de comprendre comment et pourquoi des enfants meurent, dans le but de prévenir de futurs décès et d'améliorer la santé, la sécurité et le bien-être de tous les enfants du Nouveau-Brunswick.
- 2.26** La *Loi sur les coroners* stipule qu'après un examen, le CEDE doit soumettre un rapport au coroner en chef, accompagné de toutes les recommandations applicables. Les recommandations doivent être fournies au ministère ou à l'organisme externe concerné. Le rapport doit aussi être remis au ministre de la Sécurité publique, puis déposé à l'Assemblée législative.

2.27 L'image suivante montre le processus suivi lorsqu'un décès d'enfant est signalé aux Services du coroner.



Source : Préparé par VGNB.

Comité d'examen des décès d'enfants

2.28 Le Comité d'examen des décès d'enfants (CEDE) a été enchâssé dans la *Loi sur les coroners* en 2022 et est composé d'experts externes multidisciplinaires qui examinent les décès :

- de personnes de moins de 19 ans qui relèvent de la compétence d'un coroner
- de personnes de moins de 19 ans qui étaient prises en charge par le ministère du Développement social ou dont des membres de la famille ont eu des contacts avec celui-ci dans les 12 mois précédant leur décès

2.29 La *Loi sur les coroners* stipule que le CEDE doit être composé d'au moins sept membres nommés par le coroner en chef, comme suit :

- un coroner
- un policier nommé par l'Association des chefs de police du Nouveau-Brunswick
- deux personnes inscrites auprès du Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick
- un membre en règle du Barreau du Nouveau-Brunswick
- une personne qui représente les intérêts d'un groupe d'Autochtones
- un membre en règle de l'Association des travailleurs sociaux du Nouveau-Brunswick

2.30 Le Comité est établi conformément à la loi.

Déclarations de conflit d'intérêts non obtenues

2.31 Avant que le coroner en chef nomme une personne qualifiée comme membre du CEDE, le Règlement 2022-68 pris en vertu de la *Loi sur les coroners (Règlement sur les comités d'examen des décès)* exige que le coroner en chef obtienne de celle-ci une déclaration dans laquelle elle révèle tout conflit d'intérêts réel ou potentiel.

2.32 Le ministère n'a pas été en mesure de fournir des documents confirmant que des déclarations de conflit d'intérêts ont été fournies au coroner en chef avant que les personnes qualifiées soient nommées à titre de membres du comité.

Recommandation

2.33 Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique de veiller qu’une déclaration divulguant tout conflit d’intérêts réel ou potentiel est obtenue de la personne qualifiée avant qu’elle ne soit nommée par le coroner en chef en tant que membre du Comité d’examen des décès d’enfants.

2.34 Le *Règlement sur les comités d’examen des décès* stipule qu’un membre du CEDE se trouve en conflit d’intérêts notamment dans les situations suivantes :

- il accepte des honoraires, un cadeau, un don d’argent ou tout autre avantage qui pourrait raisonnablement être considéré comme étant susceptible d’influencer une décision qu’il a prise dans l’exercice de ses fonctions
- il occupe une charge ou un poste dont les fonctions, les responsabilités ou les intérêts sont susceptibles d’entraver de quelque manière que ce soit ses fonctions, responsabilités et intérêts de membre

2.35 Les Services du coroner font appel à un membre du CEDE pour effectuer des autopsies et des examens post mortem. Ces rapports aident les coroners à déterminer la cause et le mode du décès et sont ensuite examinés par le CEDE.

2.36 Il y a eu deux occasions où le membre du comité qui a pratiqué l’autopsie a également assisté à une réunion du CEDE pour examiner le décès du même enfant. Le fait d’accepter une rémunération pour les rapports d’autopsie pourrait influencer sur les décisions du médecin siégeant au comité, et le fait d’assumer deux rôles peut nuire à sa responsabilité d’évaluer objectivement son travail.

Recommandation

2.37 Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique de veiller à ce que des mécanismes soient en place pour évaluer et de divulguer les conflits d’intérêts potentiels pour chaque examen entamé par le Comité d’examen des décès d’enfants.

Vice-président non nommé

- 2.38** Le président du CEDE recueille et distribue tous les documents à examiner avant la réunion du comité. Les membres du Comité n'ont pas accès à l'information sans l'aide du président. Les réunions du CEDE sont donc annulées ou reportées si le président n'est pas en mesure d'y assister.
- 2.39** Les membres du CEDE n'ont pas nommé de vice-président comme l'exige la *Loi sur les coroners*. En l'absence du président, le vice-président préside les réunions du CEDE. Ce point est renforcé dans le mandat, qui stipule ce qui suit : « *Afin d'assurer que le Comité d'examen des décès d'enfants restera fonctionnel, les membres du Comité, en accord avec le président, doivent choisir parmi eux un vice-président qui remplacera le président si celui-ci ne peut présider une réunion du Comité.* »
- 2.40** En 2024, le président du CEDE n'a pu assister aux réunions d'août à octobre, et le comité n'a pris aucune mesure à l'égard des examens en suspens pendant son absence.

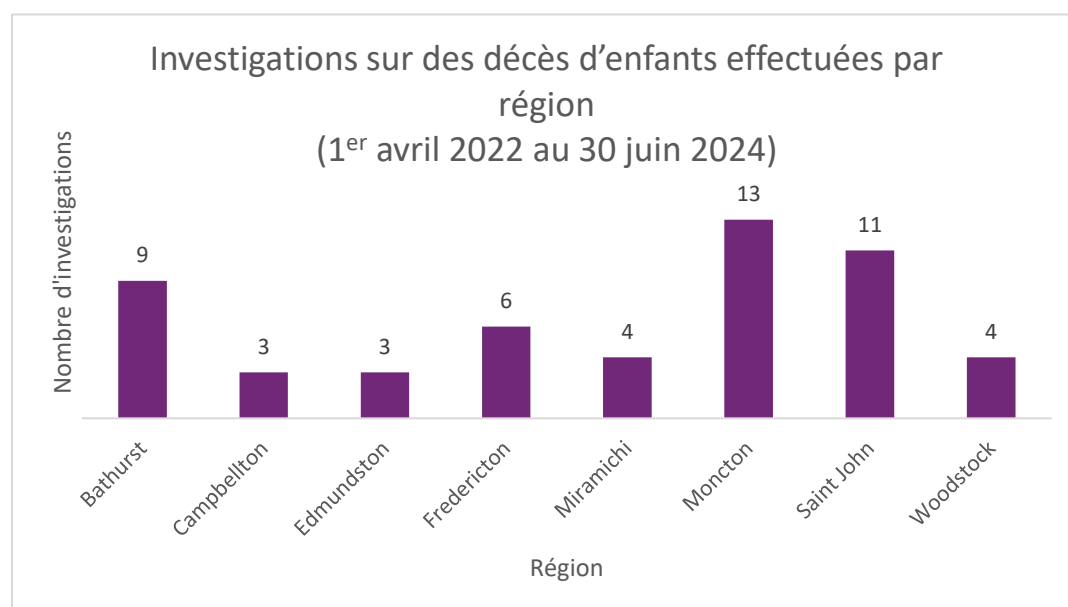
Recommandation

- 2.41** Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique de veiller à ce que le Comité d'examen des décès d'enfants nomme un membre du Comité à la vice-présidence afin qu'une vacance au sein du Comité d'examen des décès d'enfants n'entrave pas la capacité d'action du Comité.

Investigations de coroner

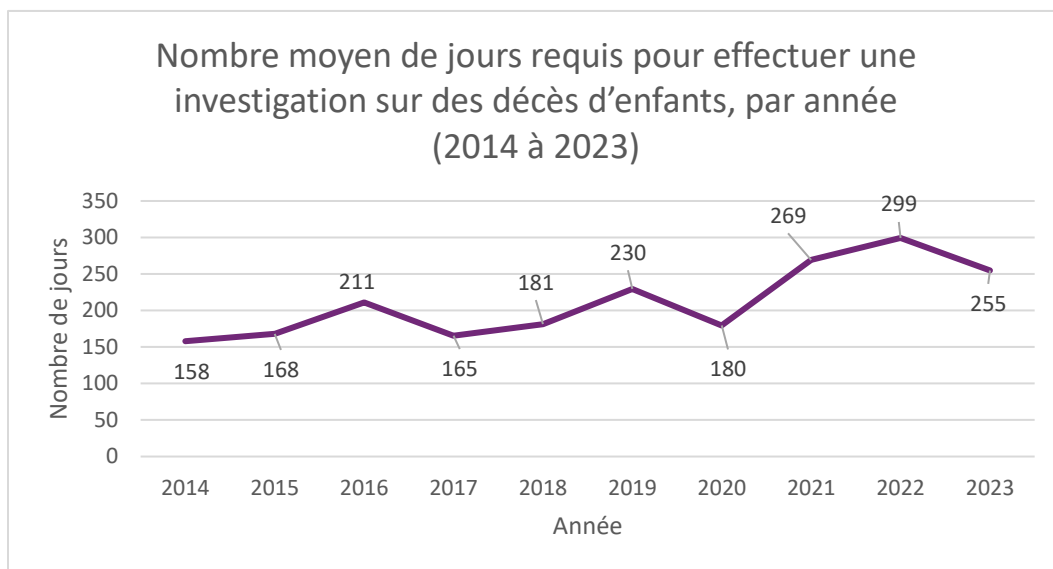
Les investigations sur les décès ne sont pas effectuées en temps opportun

2.42 Sur les 67 cas d’enfants qui sont décédés subitement ou dans des circonstances suspectes et qui ont donné lieu à des investigations de coroner entre le 1^{er} avril 2022 et le 30 juin 2024, 53 investigations sur les décès ont été menées à bien. Le graphique suivant montre le nombre investigations effectuées par région.



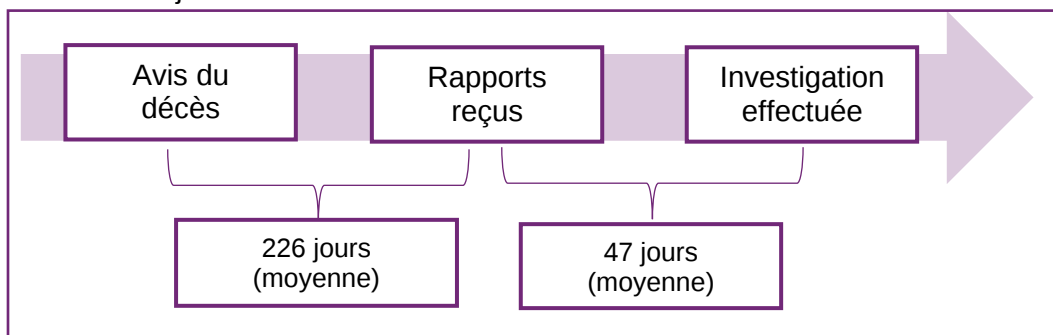
Source : Préparé par VGNB à partir des données du ministère (non auditées).

- 2.43** Entre le 1^{er} avril 2022 et le 30 juin 2024, les investigations sur les décès d'enfants prennent en moyenne 2,5 fois plus de temps que les investigations sur les décès d'adultes (249 jours contre 100 jours). Le nombre moyen de jours requis pour effectuer une investigation sur le décès d'un enfant au cours des 10 dernières années est détaillé dans le diagramme suivant :

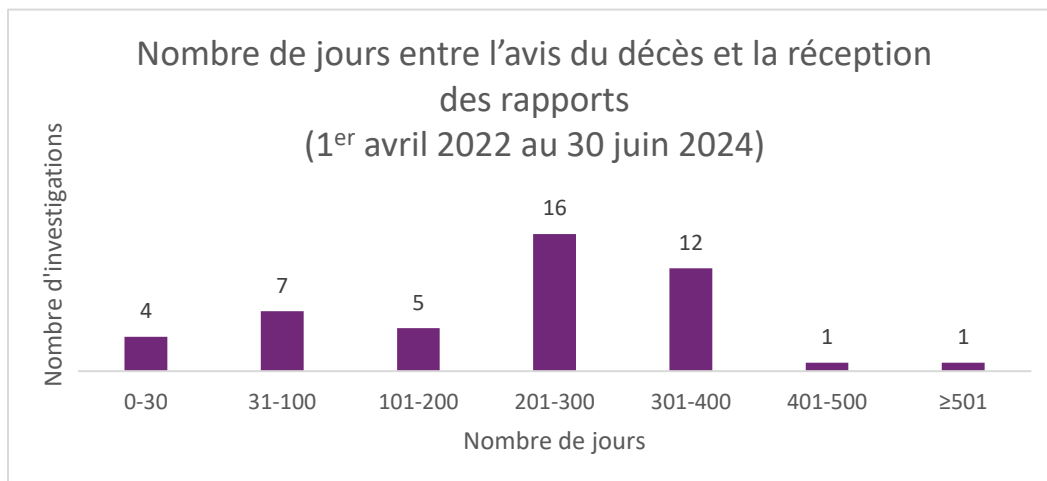


Source : Préparé par VGNB à partir des données du ministère (non auditées).

- 2.44** Après avoir été avisé d'un décès, un coroner est tenu de voir la dépouille, de recueillir des preuves et d'interroger les témoins. Pour fermer un dossier d'investigation, le coroner doit souvent recevoir divers rapports de parties externes, y compris des rapports d'autopsie et de police, afin d'éclairer sa décision sur la cause et le mode du décès. Il a été déterminé que le délai de production des rapports d'autopsie est un facteur important des retards concernant la fermeture des dossiers d'investigation.
- 2.45** Des 53 investigations sur des décès, 46 avaient des rapports d'autopsie et/ou d'investigations policières. Comme l'indique le diagramme ci-dessous, le délai moyen entre la date de l'avis du décès et la réception de tous les rapports était de 226 jours.

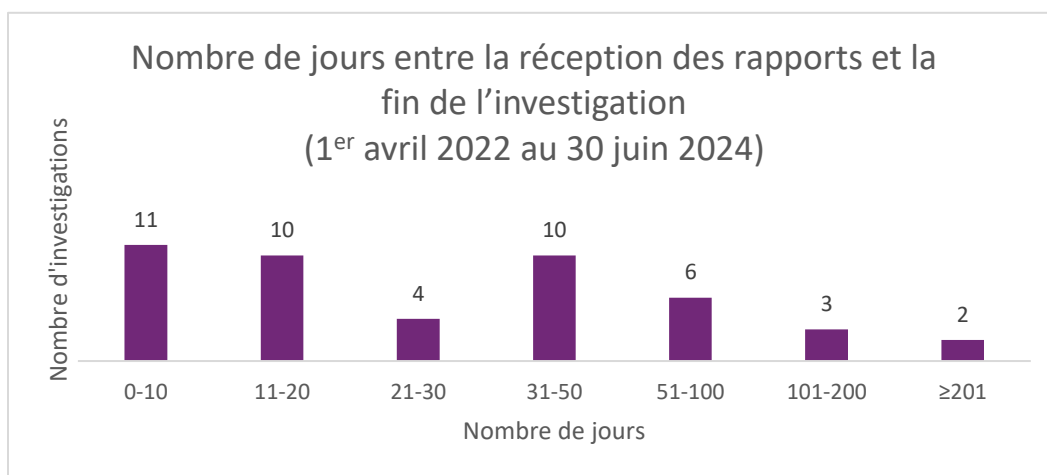


- 2.46** Comme l'indique le graphique suivant, pour 76 % des investigations, il a fallu plus de 100 jours pour recevoir tous les rapports.



Source : Préparé par VGNB à partir des données du ministère (non auditées).

- 2.47** Une fois les rapports reçus, le coroner doit fermer le dossier d'investigation. Une nouvelle entente sur les niveaux de service pour les coroners communautaires, mise en œuvre en janvier 2024 (révisée en juin 2024), exige que les coroners ferment leur dossier dans les 30 jours suivant la réception de tous les rapports pertinents.
- 2.48** Le graphique suivant détaille le temps qu'il a fallu pour fermer un dossier d'investigation après la réception de tous les rapports. Bien que le délai pour fermer le dossier ait été de moins de 30 jours pour 54 % des investigations, il a été de plus de 30 jours pour 21 investigations, et de plus de 200 jours pour deux investigations.



Source : Préparé par VGNB à partir des données du ministère (non auditées).

Recommandation

2.49 Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique de suivre les dossiers d'investigation sur les décès en suspens et veiller à ce qu'ils soient traités dans les délais impartis, conformément aux accords de niveaux de service.

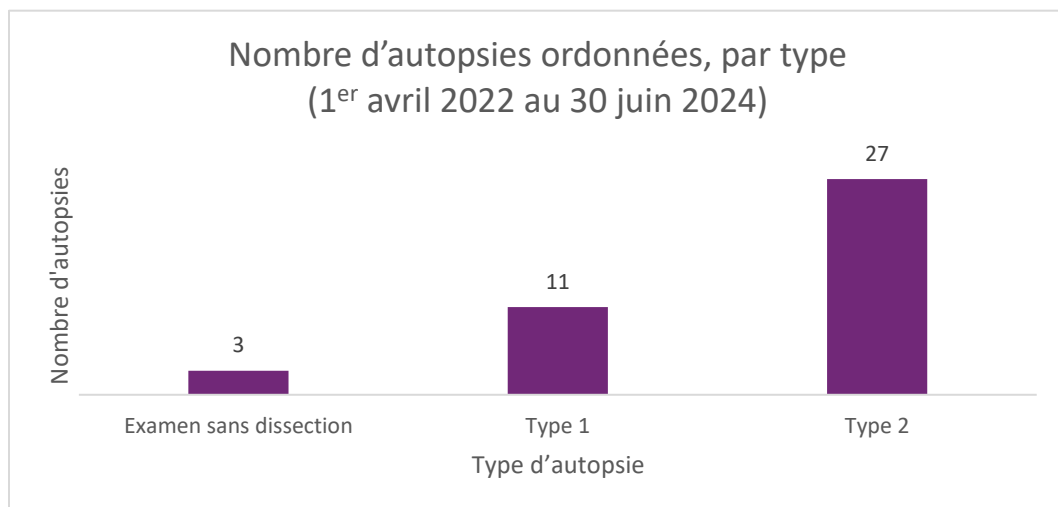
Préoccupations concernant les services de pathologie

2.50 Les autopsies jouent un rôle important dans le processus d'investigation sur le décès, car elles aident à déterminer la cause probable du décès. Le coroner a ordonné que des autopsies soient pratiquées dans 77 % des cas d'investigation sur le décès d'un enfant.

2.51 Selon le manuel de formation des coroners, il existe trois types d'autopsies qui peuvent être ordonnées par un coroner :

- un examen sans dissection, qui consiste en un examen externe approfondi du corps effectué par un pathologiste
- une autopsie de type 1, qui consiste en une dissection du corps pour aider à déterminer la cause du décès et qui est pratiquée par un pathologiste
- une autopsie de type 2, qui consiste en une dissection du corps pour aider à déterminer la cause du décès et qui est pratiquée par un pathologiste judiciaires agréés

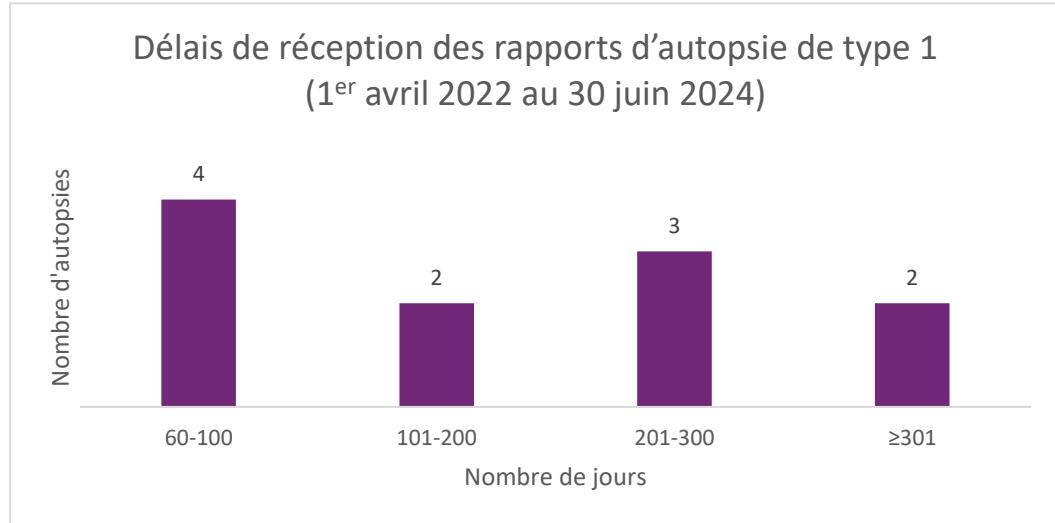
2.52 Le graphique ci-dessous montre le nombre d'autopsies ordonnées, par type d'autopsie.



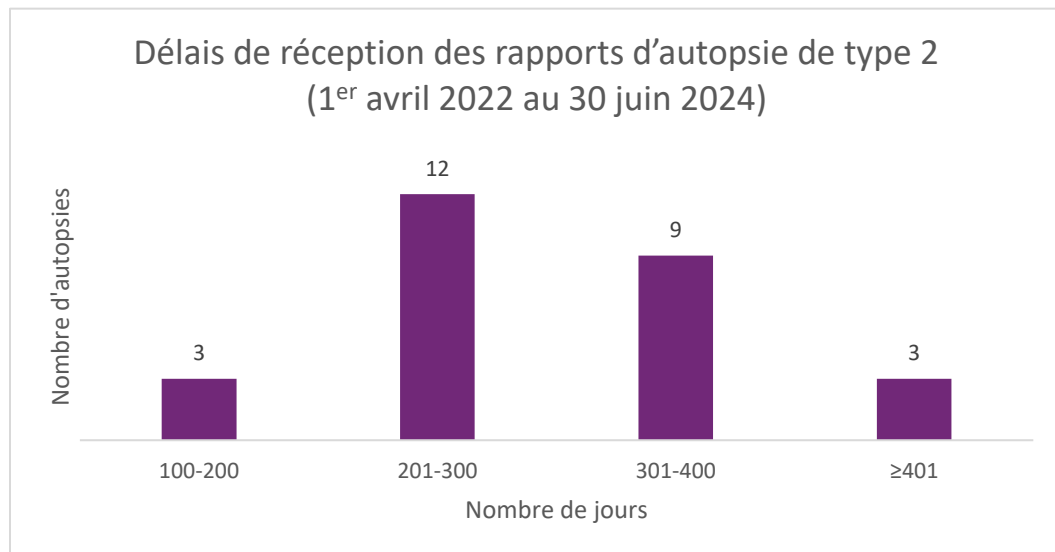
Source : Préparé par VGNB à partir des données du ministère (non auditées).

2.53 Un pathologiste effectue une autopsie quelques jours après le décès. Le travail est dicté et transcrit dans un rapport officiel destiné aux Services du coroner. Pendant la période visée par notre audit, le délai moyen de réception du rapport rempli pour une autopsie de type 1 était de 175 jours, et de 304 jours pour une autopsie de type 2.

2.54 Les graphiques suivants présentent les délais écoulés avant la réception des rapports écrits pour les autopsies de type 1 et de type 2 effectuées, respectivement.



Source : Préparé par VGNB à partir des données du ministère (non auditées).



Source : Préparé par VGNB à partir des données du ministère (non auditées).

- 2.55** Les Services du coroner nous ont informés qu'ils avaient commencé à utiliser des services de l'extérieur de la province pour effectuer des autopsies de type 2 lorsqu'ils pouvaient obtenir une norme de service de 90 jours.
- 2.56** Sur les 27 autopsies de type 2 effectuées, 44 % (12) l'ont été par un pathologiste général ne détenant pas de certification en pathologie judiciaire agréées, comme l'exige le manuel de formation.
- 2.57** Dans le cas d'un dossier d'investigation sur le décès d'un enfant examiné, le cerveau n'avait pas été envoyé aux fins de l'exécution de l'examen de neuropathologie ordonné par le coroner. L'erreur a été découverte un an après le début de l'investigation, et cela a fait en sorte que le rapport a été reçu après un délai de 418 jours.

Recommandations

- 2.58** Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique d'élaborer des normes de niveau de service pour les services de pathologie, en précisant les rôles et les responsabilités, ainsi que les délais d'exécution prévus pour les rapports complétés.
- 2.59** Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique de veiller à ce que les autopsies médico-légales de type 2 soient réalisées par des pathologistes judiciaires agréés, conformément au manuel de formation. Si cela n'est plus jugé pratique et/ou nécessaire, le manuel de formation doit être mis à jour en conséquence.

Incohérences relevées dans l'application des politiques et du manuel de formation

- 2.60** Nous avons constaté que la politique ministérielle sur les autopsies pédiatriques ne concorde pas avec le manuel de formation sur les autopsies. Selon la politique :
- les enfants de 5 ans et moins doivent subir une autopsie de type 2
 - les enfants de 6 ans et plus doivent subir une autopsie de type 1, à moins qu'une autopsie de type 2 soit jugée nécessaire
- 2.61** Le manuel de formation conseille toutefois une autopsie de type 2 pour tous les décès d'enfants de moins de 2 ans.

2.62 Nous avons constaté que :

- 73 % (19 sur 26) des enfants âgés de 5 ans et moins ont subi une autopsie de type 2
- 70 % (19 sur 27) des enfants âgés de 6 à 18 ans ont subi une autopsie de type 1 ou de type 2

2.63 En outre, 28% (15 sur 53) des investigations sur les décès d'enfants n'ont pas fait l'objet d'une autopsie de type 1 ou de type 2, comme l'exige la politique.**Recommandation****2.64** Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique de veiller à ce que les politiques et le matériel de formation relatifs aux investigations sur les décès des coroners soient revus et mis à jour afin d'en garantir la clarté et l'application cohérente.

Enquêtes

2.65 Une enquête peut être recommandée par le coroner affecté à l'investigation ou par le CEDE.**2.66** Entre le 1^{er} avril 2022 et le 30 juin 2024, trois décès d'enfants ont été recommandés par le coroner ou le CEDE aux fins d'une enquête. Une de ces trois enquêtes de coroner avait été effectuée au moment de notre audit.

- enquête n° 1 – Recommandée par le CEDE le 13 juin 2022 et effectuée du 6 au 8 novembre 2023
- enquête n° 2 – Recommandée par le CEDE le 19 février 2023 et effectuée en dehors de la période d'audit, du 4 au 6 novembre 2024
- enquête n° 3 – Déclarée nécessaire par le coroner le 22 juin 2022, et recommandée par le CEDE le 19 juillet 2022, aucune enquête n'a été effectuée à ce jour

Procédures clairement définies

2.67 Il existe un manuel d'enquête détaillé du Bureau du coroner en chef, dont la dernière mise à jour remonte à 2021. Le manuel comprend des procédures détaillées sur la façon d'effectuer une enquête, les formulaires requis et une liste de contrôle décrivant les documents à inclure dans le dossier d'une enquête

achevée pour assurer une bonne gestion des dossiers et démontrer la conformité à la loi.

Documents requis manquants dans les dossiers d'enquête

- 2.68** L'annexe 1 du manuel d'enquête exige que le dossier d'enquête comprenne les documents énumérés dans la liste de contrôle des dossiers d'enquête, y compris les documents à l'appui des processus législatifs. Ce dossier doit être transmis au coroner en chef une fois rempli.
- 2.69** En ce qui concerne l'enquête sur le décès d'un enfant effectuée pendant la période visée par notre audit, nous avons trouvé une boîte contenant divers documents. Toutefois, après examen, nous avons constaté que les renseignements suivants exigés par la loi étaient manquants :
- l'avis d'enquête, qui comprend une copie de la déclaration du coroner indiquant si une enquête sur un décès est nécessaire
 - le certificat du coroner, qui indique que le coroner a examiné chaque personne nommée dans le certificat et a conclu qu'elle était qualifiée pour agir à titre de membre du jury
 - le formulaire d'enquête, qui certifie le verdict du jury
 - les recommandations formulées par le jury

Recommandation

- 2.70** Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique de veiller à ce que les dossiers d'enquête contiennent tous les documents requis.

Manque de documentation à l'appui de la justification des décisions prises

- 2.71** En ce qui concerne l'enquête n° 3, le coroner a fait une déclaration concernant la tenue d'une enquête. L'enquête n'a pas été effectuée, et le décès de l'enfant a été soumis à l'examen du CEDE. La décision du coroner en chef de ne pas tenir cette enquête avant l'examen du CEDE n'a pas été documentée.
- 2.72** Le CEDE a par la suite recommandé que ce décès fasse l'objet d'une enquête de coroner. Le Rapport annuel 2022 du Bureau du coroner en chef indiquait ce qui suit : « *l'investigation policière a été rouverte. Une enquête n'aura pas lieu pour cette affaire* ». Au moment de notre audit, aucune date n'était fixée pour la tenue de l'enquête, et le coroner en chef nous a informés qu'une enquête ne sera pas effectuée par les Services du coroner. Il n'y avait aucun document justifiant cette décision.

Recommandation

- 2.73** Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique de veiller à ce que les raisons justifiant la tenue ou non d'une enquête soient documentées.

La rapidité des enquêtes peut être améliorée

- 2.74** Il n'y a pas de calendrier établi pour la préparation et la tenue d'une enquête. Toutefois, le manuel d'enquête précise qu'il est « *souhaitable, une fois que la décision de tenir une enquête a été prise, que celle-ci ait lieu le plus tôt possible* ».
- 2.75** L'enquête sur le décès d'un enfant menée au cours de la période d'audit s'est échelonnée sur 3 jours et a été achevée 513 jours après la recommandation. Il s'agit d'un total de 987 jours entre la date du décès et l'exécution de l'enquête de coroner.
- 2.76** Une enquête sur le décès d'un enfant effectuée en novembre 2024, après la période visée par notre audit, a été achevée 935 jours après la date du décès.
- 2.77** Bien que divers facteurs puissent avoir une incidence sur la rapidité de la tenue d'une enquête, la consignation des délais prévus aiderait le ministère à faire en sorte que l'information soit produite en temps opportun.

Recommandation

- 2.78** Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique d'établir des délais entre le moment où une enquête a été ordonnée et le moment où l'enquête a lieu.

Examens des décès d'enfants

- 2.79** La *Loi sur les coroners* exige que, chaque mois, le coroner en chef signale au CEDE tous les décès d'enfants pour lesquels un coroner a été avisé et qu'il approuve la tenue d'un examen par le CEDE.
- 2.80** Le mandat stipule ce qui suit : « *lorsqu'il est avisé du décès d'un enfant, le coroner en chef demande par écrit au président du CEDE de convoquer un examen* ».
- 2.81** Nous avons été informés que ces responsabilités ont été déléguées au président du CEDE, qui représente le coroner au comité. Toutefois, la *Loi sur les coroners* ne confère pas au coroner en chef le pouvoir de déléguer ces responsabilités.

Recommandations

- 2.82** Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique de veiller à ce que le coroner en chef rende compte chaque mois de tous les décès d'enfants au Comité d'examen des décès d'enfants, comme l'exige la *Loi sur les coroners*.
- 2.83** Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique de veiller à ce que le coroner en chef donne son accord écrit au Comité d'examen des décès d'enfants pour qu'il procède à un examen, comme l'exige la *Loi sur les coroners*.
- 2.84** La *Loi sur les coroners* stipule qu'après l'examen du décès d'un enfant, le CEDE doit soumettre un rapport au coroner en chef. Toutefois, nous avons déterminé que le comité prépare des rapports uniquement dans l'un ou l'autre des cas suivants :
- il y a des recommandations à faire, ou
 - l'enfant était pris en charge par le ministère du Développement social, ou des membres de sa famille ont été en contact avec ce ministère dans les 12 mois précédant son décès
- 2.85** En ce qui concerne les décès d'enfants examinés par le CEDE pour lesquels aucun rapport n'a été rédigé, des procès-verbaux de réunions confirment qu'un examen a eu lieu, mais il n'y a pas de justification ou d'explication consignée indiquant pourquoi des recommandations n'étaient pas requises.
- 2.86** Au cours de la période visée par notre audit, le CEDE a effectué 39 examens de décès d'enfants, mais n'a produit que 26 rapports.

Recommandation

2.87 Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique de veiller à ce que le Comité d’examen des décès d’enfants prépare un rapport pour chaque décès d’enfants examiné comme l’exige la législation.

Absence de procédures concernant les examens des décès d’enfants

2.88 La *Loi sur les coroners* exige que le coroner en chef établisse un CEDE aux fins suivantes :

- a) examiner les faits et circonstances du décès d’enfants dans la province
- b) cerner et suivre les tendances en matière de décès d’enfants et les facteurs de risque pour ceux-ci
- c) conseiller le coroner en chef sur des questions médicales, juridiques, sociales et autres en vue d’améliorer la sécurité des enfants et de prévenir leur décès
- d) décider s’il est nécessaire ou souhaitable, dans l’intérêt public, de procéder à une évaluation plus approfondie du décès d’un enfant

2.89 Le CEDE est doté d’un mandat, mais celui-ci ne décrit pas les rôles et responsabilités des membres du comité.

2.90 Nous n’avons également trouvé aucune preuve de documentation pouvant aider les membres du comité à assurer l’application uniforme des procédures d’examen prévues.

Recommandations

2.91 Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique de veiller à ce que les rôles et responsabilités des membres du Comité d’examen des décès d’enfants soient documentées.

2.92 Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique d’élaborer des procédures détaillées d’examen des décès d’enfants.

Les examens de décès d’enfants ne sont pas toujours effectués en temps opportun

2.93 La *Loi sur les coroners* exige que le CEDE examine les faits et les circonstances du décès d’un enfant :

- lorsque l'investigation par le coroner est achevée
- lorsqu'il a été procédé à une enquête, s'il y a lieu
- lorsque l'investigation criminelle et la procédure devant un tribunal pénal, le cas échéant, sont terminées

2.94 La *Loi sur les coroners* exige que le CEDE présente un rapport au coroner en chef dans les 120 jours suivant le début de son examen, à moins qu'une prolongation ait été accordée.

2.95 Sur les 20 rapports du CEDE que nous avons examinés, 16 avaient satisfait aux exigences législatives. Des quatre rapports pour lesquels ces exigences n'avaient pas été respectées :

- le délai de production a été entre 200 à 300 jours pour 3 d'entre eux
- le délai de production a été de plus de 450 jours pour l'un d'entre eux

2.96 Le mandat du comité a ramené le délai de présentation du même rapport écrit au coroner en chef à 45 jours après l'avis. Sur la base du délai 45 jours, nos tests d'audit portant sur 20 rapports écrits ont permis de déterminer ce qui suit :

- le délai de 45 jours a été respecté pour un seul rapport
- les délais sont allés de 45 à 99 jours pour 5 rapports
- les délais sont allés de 100 à 500 jours pour 12 rapports
- les délais ont été de plus de 500 jours pour 2 rapports

Réunions non tenues régulièrement

2.97 La *Loi sur les coroners* exige que le CEDE se réunisse aussi souvent que nécessaire pour l'exécution appropriée de ses fonctions.

2.98 Nous avons obtenu les procès-verbaux de 13 réunions tenues par le comité au cours de la période visée par notre audit.

2.99 En l'absence d'un vice-président, les réunions du CEDE sont annulées si le président n'est pas en mesure d'y assister.

2.100 Nous avons noté que 32 décès d'enfants (2022 à 2023) enregistrés dans le système d'information sur les décès d'enfants n'avaient pas fait l'objet d'un examen par le CEDE.

Recommandation

2.101 Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique de veiller à ce que le Comité d'examen des décès d'enfants se réunisse aussi souvent que nécessaire pour respecter son mandat et les exigences de la loi.

Compétences et formation des coroners

Renseignements clés manquants dans les dossiers personnels des coroners

- 2.102** Il existe deux types de systèmes d'investigation sur les décès au Canada : le système des coroners et le système des médecins légistes. Au Nouveau-Brunswick, les investigations sur les décès sont effectuées par les coroners. Bien que les deux systèmes prévoient la tenue d'investigation sur les décès soudains et imprévus, le système des médecins légistes est fondé sur la science et les investigations sont exécutées par des médecins.
- 2.103** Il n'y a aucune exigence législative concernant l'aptitude à exécuter les fonctions de coroner au Nouveau-Brunswick. Toutefois, les descriptions de travail en date de 2023 précisent qu'un coroner doit :
- posséder une expérience des services d'investigation, juridiques, médicaux ou d'urgence
 - avoir un casier judiciaire vierge
 - avoir suivi des études postsecondaires dans un domaine connexe
 - posséder au moins cinq ans d'expérience
- 2.104** Parmi les 59 dossiers personnels fournis pour les coroners qui ont travaillé pendant la période visée par notre audit, nous avons constaté qu'il manquait des documents. Nous avons notamment observé que :
- 24 % (14) des dossiers ne contenaient pas de vérification du casier judiciaire
 - 19 % (11) des dossiers ne contenaient pas de curriculum vitae indiquant que la personne possédait les compétences requises
- 2.105** Nous avons également relevé un cas dans lequel il n'y avait aucun dossier personnel concernant un coroner.

Recommandations

2.106 Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique de veiller à ce que tous les coroners fassent l'objet d'une vérification du casier judiciaire et à ce que cette vérification soit conservée dans les dossiers du personnel.

2.107 Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique de veiller à ce qu'une documentation adéquate sur les qualifications des coroners soient obtenue et conservée dans tous les dossiers du personnel.

Améliorations devant être apportées à la formation des coroners

Pas d'exigences documentées en matière de formation

2.108 Il n'y a pas d'exigences législatives ou stratégiques concernant la formation des coroners. Nous avons toutefois été informés que tous les coroners sont tenus de suivre les cours d'apprentissage en ligne suivants du gouvernement du Nouveau-Brunswick :

- Orientation et introduction concernant les tâches du coroner
- Points de décision critiques de l'investigation initiale
- Cause et mode de décès
- Enregistrement des décès
- Examen de la politique sur la naloxone (vaporisateur Narcan)
- Protection respiratoire – Connaissance principes de base

Recommandation

2.109 Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique de documenter les exigences de formation obligatoire dans la politique pour tous les coroners.

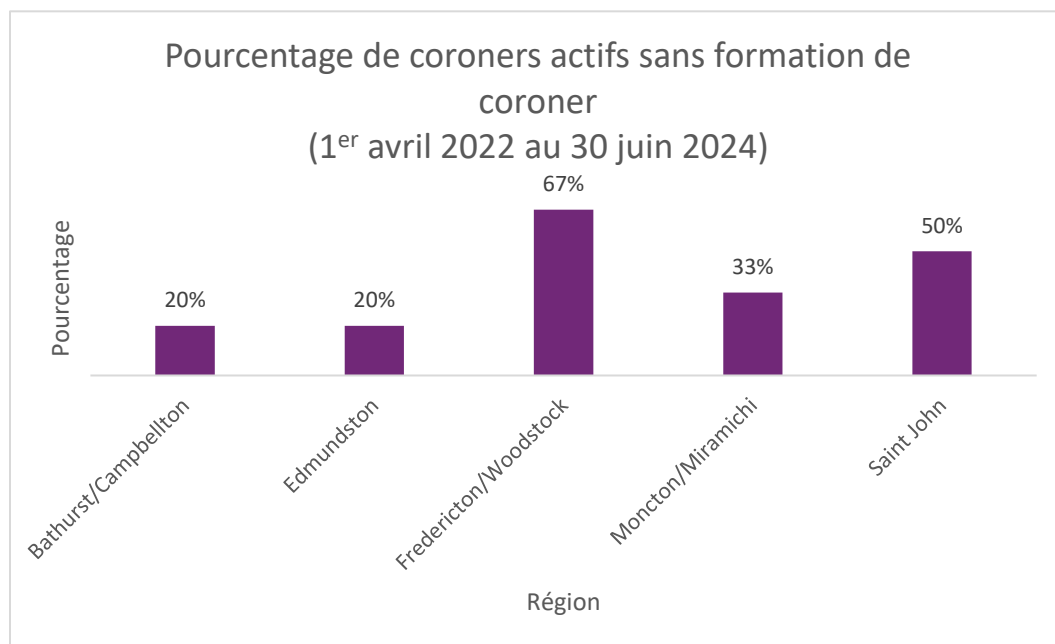
La formation de coroner n'a pas été complétée

2.110 Le ministère ne surveille pas l'achèvement des cours d'apprentissage en ligne que sont tenus de suivre les coroners.

2.111 Dans le cadre de notre audit, nous avons examiné les rapports sur l'achèvement des cours d'apprentissage en ligne pour 41 coroners et déterminé ce qui suit :

- 34 % (14) d'entre eux n'avaient pas suivi tous les cours en ligne
- trois coroners communautaires embauchés pendant la période visée par notre audit s'étaient vu confier un cas d'investigation sur un décès alors qu'ils n'avaient pas satisfait aux exigences de formation

2.112 Selon le graphique suivant, les régions affichant les taux les plus élevés de coroners n'ayant pas achevé leur formation en ligne obligatoire étaient celles de Fredericton/Woodstock et de Saint John.



Source : Préparé par VGNB à partir des données du ministère (non auditées).

Recommandation

2.113 Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique de veiller à ce que les coroners suivent toute la formation requise avant d'entreprendre leur première investigation sur un décès.

Manque de compétences requises relevé

2.114 Les coroners reçoivent une formation en cours d'emploi au moyen d'observation au travail. Il n'y a pas eu de durée définie ni de compétences requises à consigner avant qu'un coroner puisse mener des investigations sur des décès de façon autonome.

Recommandation

2.115 Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique d'établir des exigences claires en matière d'observation au poste de travail, en précisant la durée et les compétences requises, pour garantir un apprentissage structuré et efficace des compétences nécessaires.

Établissement de nouvelles exigences en matière de formation

2.116 En date de mai 2024, le ministère demandait aux coroners de suivre les cours supplémentaires suivants offerts par l'Académie de formation aux investigations sur les décès (Death Investigation Training Academy) :

- Conduite professionnelle – Compétences et caractéristiques
- État d'esprit de préparation pour les investigateurs
- Arrivée sur les lieux, évaluation et documentation
- Collecte de preuves à partir de la dépouille et consignation de celles-ci
- Rédaction de rapports pratiques
- Répercussions des décisions relatives à la cause, au mode et à l'heure du décès
- 12 erreurs critiques commises sur les lieux d'un décès

2.117 Les coroners régionaux doivent également avoir suivi des cours supplémentaires au plus tard le 12 novembre 2024 pour obtenir une certification du Conseil américain des investigateurs sur les décès médico-légaux (American Board of Medicolegal Death Investigators). Le ministère nous a informés que la certification sera obligatoire pour tous les coroners régionaux à l'avenir.

Évaluations du rendement établies

2.118 Le ministère a été en mesure de nous fournir des documents détaillant les évaluations adéquates du rendement des cinq coroners régionaux.

2.119 Avant notre audit, aucun mécanisme officiel n'était en place pour surveiller le rendement des coroners communautaires. Toutefois, le ministère nous a informés qu'il était en train de mettre en œuvre un nouveau processus de gestion des performances qui inclut l'état des normes de clôture des dossiers.

Opportunité d'amélioration du processus d'évaluation par les pairs

2.120 Le ministère a établi un processus d'examen par les pairs dans le cadre duquel chaque investigation de coroner sur un décès est examinée par un autre coroner avant d'être terminée. Les 3 844 dossiers examinés ont fait état d'un certain niveau d'examen par les pairs. Nous avons toutefois relevé 24 cas où la personne mentionnée pour la préparation et l'examen du dossier était la même.

2.121 Il n'y a pas non plus de directives consignées concernant l'application uniforme du processus d'examen par les pairs, même si le ministère a indiqué qu'il existe un risque lié à la qualité et à l'exhaustivité des investigations sur les décès.

Recommandation

2.122 Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique d’élaborer des orientations pour le processus d’examen par les pairs afin de garantir une application cohérente et l’indépendance.

Les tendances et les risques sont identifiés et suivis

- 2.123** La *Loi sur les coroners* stipule que le CEDE a pour objet de cerner et de suivre les tendances en matière de décès d’enfants et les facteurs de risque pour ceux-ci. Le mandat du CEDE stipule que celui-ci doit, de temps à autre, examiner collectivement les décès afin de cerner les tendances ou les lacunes dans les services et les programmes et de conseiller le coroner en chef.
- 2.124** Le CEDE a identifié des tendances dans le cadre de ses examens, ce qui a donné lieu à des recommandations et à des rapports sur les conditions de sommeil dangereuses pour les enfants.
- 2.125** Une analyse collective utilisant les données du système d’investigation sur les décès du coroner a également été réalisée au cours de la période d’audit afin de résumer les décès de jeunes de moins de 18 ans pour la période allant de 2013 à 2023.
- 2.126** Un autre facteur de risque, selon lequel les suicides chez les jeunes de 10 à 14 ans sont considérés comme des morts accidentelles, a fait l’objet d’une investigation dans le cadre d’un rapport complet.

Rapports et recommandations non fournis aux ministères et organismes

- 2.127** Le CEDE, établi en vertu de la *Loi sur les coroners*, est notamment chargé de conseiller le coroner en chef sur des questions visant à améliorer la sécurité et à prévenir les décès d’enfants, ainsi que de déterminer si une évaluation plus poussée du décès d’un enfant est nécessaire ou souhaitable dans l’intérêt public.

2.128 Du 1^{er} avril 2022 au 30 juin 2024 la fin de la période visée par notre audit, le CEDE a effectué 39 examens de décès d'enfants et formulé 20 recommandations contenues dans 8 rapports.

2.129 La *Loi sur les coroners* exige que le coroner en chef fournisse une copie du rapport du CEDE, accompagnée de ses commentaires, le cas échéant, en réponse aux recommandations, à tous les ministères et organismes gouvernementaux pertinents ainsi qu'au défenseur des enfants, des jeunes et des aînés.

2.130 Il est essentiel de fournir des recommandations en temps opportun aux organismes pertinents pour atténuer les risques de décès non naturels ayant des causes semblables. Par l'entremise du mandat du comité, le ministère s'est engagé à fournir des recommandations aux ministères et aux organismes gouvernementaux pertinents dans les 10 jours suivant la réception du rapport du CEDE.

2.131 Parmi les 20 recommandations formulées au cours de la période visée par notre audit :

- 8 ont été destinées au Bureau du coroner en chef
- 1 a été destinée au ministère de la Justice et de la Sécurité publique
- 11 ont été destinées à des ministères et des organismes externes

2.132 Nous avons été informés que la correspondance officielle n'est pas fournie au Ministère lorsque des recommandations du CEDE sont destinées au ministère de la Justice et de la Sécurité publique ou au Bureau du coroner en chef.

2.133 Trois examens de décès d'enfants ont donné lieu aux 11 recommandations destinées à des ministères et des organismes externes. Toutefois, le ministère n'a pas été en mesure de fournir des documents démontrant qu'ils avaient été fournis aux organismes concernés. Le tableau suivant résume les 11 recommandations et le nombre de jours en suspens au 30 juin 2024.

Ministère ou organisme	Nombre de recommandations	Nombre de jours en suspens
Ministère d'Éducation et Développement de la petite enfance	3	712
Association des chefs de police du N.-B., GRC au N.-B.	1	13
Ordre des pharmaciens du N.-B.	2	13
Collège des médecins et chirurgiens du N.-B., Association des infirmières et infirmiers du N.-B.	1	13
Santé publique	1	444
Développement social	3	444
Total général et moyen	11	360

2.134 Dans le cadre de notre audit, nous avons confirmé que le ministère d'Éducation et Développement de la petite enfance, le ministère de la Santé (Santé publique) et le ministère du Développement social n'avaient pas reçu les rapports et les recommandations.

2.135 Il est essentiel que les recommandations du comité soient fournies aux ministères pertinents pour assurer la mise en œuvre rapide et efficace des changements. Ces recommandations mettent souvent en évidence les aspects essentiels à améliorer et proposent des mesures concrètes pour améliorer la sécurité, le bien-être et les résultats globaux. Voici une description des recommandations formulées dans les trois rapports du CEDE qui n'ont pas été fournies aux ministères.

2.136 Enfant n° 1 – Le rapport du Comité d'examen des décès d'enfants daté du 19 juillet 2022 contenait trois recommandations sur cinq destinées à des ministères et des organismes externes. Le Comité d'examen des décès d'enfants recommande :

- *« que le ministre de l'Éducation et du Développement de la petite enfance veille à ce que tous les employés qui travaillent dans les écoles et qui ont des contacts avec les enfants suivent la formation Aider. Il est recommandé que cette formation soit obligatoire.*
- *que le ministre de l'Éducation et du Développement de la petite enfance veille à ce que tous les employés des écoles reçoivent une formation sur la prévention du suicide ainsi qu'une liste de ressources à contacter s'ils se rendent compte qu'un enfant a des idées suicidaires.*
- *que le ministre de l'Éducation et du Développement de la petite enfance veille à ce que le programme scolaire comprenne l'éducation sur la santé mentale et les ressources disponibles. L'éducation devrait également inclure une composante sur la façon dont les hommes composent différemment avec leurs difficultés mentales en raison des différences culturelles et des rôles selon le genre. »*

2.137 Enfant n° 2 – Le rapport du Comité d'examen des décès d'enfants daté du 13 avril 2023 contenait quatre recommandations sur six destinées à des ministères et des organismes externes. Le Comité d'examen des décès d'enfants recommande :

- *« que le ministère du Développement social rencontre les directeurs des nations autochtones du Nouveau-Brunswick pour créer une évaluation du modèle décisionnel structuré qui comprendrait la population autochtone et qui tiendrait compte des obstacles, des besoins, des traumatismes intergénérationnels, des forces et des facteurs de protection propres à la population.*

- *que le ministère du Développement social, dans les cas où un enfant qui reçoit des services décède alors qu'il est sous la garde de ses parents, et dans les cas où les parents auraient d'autres enfants sous leur garde, en plus de consulter la police pour savoir s'il y a un aspect criminel à première vue, vérifie ensuite auprès du coroner après l'autopsie qu'il n'y a pas de préoccupations concernant les enfants survivants.*
- *que le ministère du Développement social offre une séance d'information au Bureau du coroner en chef, et plus particulièrement à tous les coroners superviseurs régionaux, sur leurs services et sur la façon de communiquer avec eux s'il est nécessaire de faire un renvoi.*
- *que Santé publique réévalue sa série de livres Tendres soins qui est offerte aux nouveaux parents. En particulier la page 70 de leur livre dans lequel il est question d'endroits sécuritaires pour dormir. Le partage de lit ne devrait pas être inclus dans le livre à titre de pratique sécuritaire. Lorsque le partage de lit est mentionné, cela devrait s'accompagner d'un avertissement indiquant que cette pratique augmente le risque de syndrome de mort subite du nourrisson. Santé publique devrait consulter la déclaration publiée par le gouvernement du Canada. Le communiqué, publié le 13 mars 2023, s'intitule Message du ministre de la Santé à l'occasion de la deuxième Semaine annuelle du sommeil sécuritaire du Canada 2023. Santé publique devrait réévaluer son approche en matière de sommeil sécuritaire en fonction des renseignements présentés dans ce communiqué. Il faut discuter des questions de sommeil sécuritaire avec la mère enceinte et inclure activement celles-ci dans le plan d'intervention de toute mère qui accède à des services postnataux. »*

2.138 Enfant n° 3 – Le rapport du Comité d'examen des décès d'enfants daté du 17 juin 2024 contenait quatre recommandations destinées à des ministères et des organismes externes. Le Comité d'examen des décès d'enfants recommande :

- *« que l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick modifie sa Directive professionnelle sur le traitement par agonistes opioïdes (TAO). Les doses à emporter chez soi devraient être fournies sous forme de comprimés Suboxone afin de les rendre moins attrayantes pour les jeunes enfants et les personnes vulnérables.*
- *que l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick indique dans sa Directive professionnelle sur le traitement par agonistes opioïdes (TAO) que l'on devrait remettre au patient une fiche de renseignements contenant de l'information sur le risque que ce médicament pose pour les enfants et les personnes vulnérables lorsque le patient subissant un*

traitement par agonistes opioïdes est approuvé aux fins de doses à emporter chez soi.

- *que le Collège des médecins et chirurgiens et l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick demandent aux pédiatres et aux fournisseurs de soins primaires de parler des dangers des médicaments d'ordonnance pour les nourrissons avec les personnes qui s'occupent d'eux, surtout lorsque les nourrissons commencent à se déplacer.*
- *que l'Association des chefs de police du Nouveau-Brunswick et la Gendarmerie royale du Canada au Nouveau-Brunswick rappellent à leurs membres, de la manière qu'elles jugent appropriée, que les décès d'enfants devraient être considérés comme suspects. Et ce, surtout dans les cas où la cause du décès n'est pas évidente, p. ex. dans le cas d'un traumatisme causé par un accident de voiture par opposition à un décès dans un milieu résidentiel. »*

2.139 Le ministère ne fait pas le suivi des recommandations formulées par le CEDE pour s'assurer qu'elles sont fournies aux ministères et aux organismes et que les réponses sont reçues.

Recommandations

2.140 Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique de transmettre les recommandations formulées par le Comité d'examen des décès d'enfants aux ministères et agences concernées, par écrit et conformément aux délais fixés dans le mandat.

2.141 Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique de suivre les recommandations formulées par le Comité d'examen des décès d'enfants afin de garantir l'exhaustivité des rapports.

2.142 Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique de suivre les réponses aux recommandations et de demander des mises à jour, le cas échéant, afin de garantir l'obligation de rendre compte.

Rapports publics

Rapports publics incomplets et non produits en temps opportun

- 2.143** La *Loi sur les coroners* n'exige pas la production de rapports publics portant expressément sur les travaux du CEDE. Toutefois, selon le mandat du comité, les recommandations doivent être rendues publiques dans les 30 jours suivant la réception du rapport du CEDE par le coroner en chef.
- 2.144** Cependant, le ministère nous a informés que c'est au moyen du dépôt du rapport annuel du Bureau du coroner en chef (le rapport annuel) à l'Assemblée législative qu'il fait connaître les recommandations formulées par le CEDE.
- 2.145** Sur les 20 recommandations formulées au cours de la période visée par notre audit, seulement 2 ont été rendues publiques dans le rapport annuel de 2022, et ce, 521 jours après leur formulation par le comité. Nous avons également relevé une erreur dans le rapport annuel liée au fait qu'il était indiqué qu'un examen de décès d'enfant n'avait fait l'objet d'aucune recommandation, alors que le CEDE avait formulé une recommandation au Bureau du coroner en chef.
- 2.146** Le rapport annuel de 2023 n'a pas encore été publié. Au 30 juin 2024, les recommandations formulées par le CEDE étaient en attente de publication depuis 435 jours en moyenne, comme le résume le tableau suivant :

Ministère ou organisme	Nombre de recommandations en attente de publication	Nombre moyen de jours en suspens
Ministère de la Justice et de la Sécurité publique	1	444
Ministère d'Éducation et Développement de la petite enfance	3	712
Association des chefs de police du N.-B., GRC au N.-B.	1	13
Ordre des pharmaciens du N.-B.	2	13
Collège des médecins et chirurgiens du N.-B., Association des infirmières et infirmiers du N.-B.	1	13
Bureau du coroner en chef	6	572
Santé publique	1	444
Développement social	3	444
Total général et moyen	18	435

Recommandation

2.147 Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique d’améliorer la transparence des travaux du Comité d’examen des décès d’enfants et, au minimum, rendre publiques les recommandations formulées par le Comité d’examen des décès d’enfants dans un délai de 30 jours, comme le prévoit le mandat.

Rapports au ministre et à l’Assemblée législative non conformes à la *Loi sur les coroners*

2.148 La *Loi sur les coroners* exige que les recommandations du CEDE soient transmises au ministre de la Sécurité publique dans les six mois suivant la réception par le coroner en chef d’un rapport qui doit ensuite être déposé à l’Assemblée législative dès que possible.

2.149 Seulement 2 des 20 recommandations formulées au cours de la période visée par notre audit avaient été fournies au ministre et déposées par la suite à l’Assemblée législative.

2.150 Les 2 recommandations incluses dans le rapport annuel de 2022 ont été déposées 521 jours après la date à laquelle le comité les avait formulées.

Recommandation

2.151 Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique de veiller à ce que les recommandations formulées dans les rapports du Comité d’examen des décès d’enfants soient communiquées au ministre de Sécurité publique dans les six mois suivant la réception d’un rapport par le coroner en chef et déposées à l’Assemblée législative dès que possible.

Conservation inadéquate des dossiers

2.152 Les employés du gouvernement du Nouveau-Brunswick (GNB) sont responsables de gérer l'information qu'ils créent ou reçoivent conformément à la Politique sur la gestion de l'information AD-7114 du GNB ainsi que de conserver et de classer les documents qui :

- soutiennent les activités opérationnelles
- démontrent qu'une transaction opérationnelle a eu lieu
- sont exigés par la loi
- protègent les droits des citoyens et du gouvernement
- fournissent des preuves de la conformité aux exigences redditionnelles ou à d'autres obligations opérationnelles
- présentent une valeur opérationnelle, financière, juridique, historique ou en matière de recherche pour le gouvernement ou les citoyens de la province

2.153 Les documents fournissent la preuve d'une activité opérationnelle, d'une décision ou d'une transaction liée aux fonctions et aux activités du gouvernement du Nouveau-Brunswick et doivent être gérés dans un système de gestion des documents qui permet de s'assurer qu'ils sont facilement accessibles à ceux qui en ont besoin.

2.154 La *Loi sur les archives* stipule que le terme « document » désigne « les correspondance, les notes, mémoires, formules et autres papiers et livres, les cartes et plans, les photographies, gravures et dessins, les films cinématographiques, microfilms et bandes magnétoscopiques, les enregistrements sonores, bandes magnétiques, cartes perforées et autres documents destinés à la lecture automatique, et toutes autres pièces documentaires, quelles qu'en soient leur forme ou leurs caractéristiques matérielles... qu'un ministère établit ou reçoit conformément à une loi de la Législature ou dans le cadre de la conduite des affaires publiques, qu'un ministère conserve ou qu'il convient qu'il conserve, qui contiennent des renseignements sur l'organisation, les fonctions, les méthodes, les politiques ou les activités d'un ministère ou d'autres renseignements ayant eu, ayant présentement ou pouvant avoir une valeur pour la province... »

2.155 Dans certains cas, le ministère n'a pas été en mesure de nous fournir les documents demandés. Cela comprend, par exemple :

- les dates auxquelles les rapports du CEDE ont été soumis au coroner en chef
- la correspondance sur les recommandations aux ministères et organismes
- les formulaires d'enquête
- les dossiers personnels des coroners et des membres du comité

Recommandation

2.156 Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique de veiller à ce que les Services des coroners gère les dossiers conformément à la politique et à la législation du gouvernement.

Annexe I : Recommandations et réponses

N° du par.	Recommandation	Réponse du ministère	Date cible de mise en œuvre
Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique :			
2.33	de veiller qu’une déclaration divulguant tout conflit d’intérêts réel ou potentiel est obtenue de la personne qualifiée avant qu’elle ne soit nommée par le coroner en chef en tant que membre du Comité d’examen des décès d’enfants.	D'accord JSP veillera à ce que le dossier de tous les membres actuels du Comité d’examen des décès d’enfants (CEDE) contienne une déclaration de divulgation des conflits d’intérêts dûment signée d’ici décembre 2024. De même, tous les nouveaux membres potentiels du CEDE devront fournir une déclaration de conflit d’intérêts réel ou potentiel avant d’être nommés.	décembre 2024
2.37	de veiller à ce que des mécanismes soient en place pour évaluer et de divulguer les conflits d’intérêts potentiels pour chaque examen entamé par le Comité d’examen des décès d’enfants.	D'accord JSP veillera à ce que des mécanismes soient mis en place pour évaluer et divulguer les conflits d’intérêts potentiels pour chaque examen entamé par le CEDE.	décembre 2024

N° du par.	Recommandation	Réponse du ministère	Date cible de mise en œuvre
Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique :			
2.41	de veiller à ce que le Comité d'examen des décès d'enfants nomme un membre du Comité à la vice-présidence afin qu'une vacance au sein du Comité d'examen des décès d'enfants n'entrave pas la capacité d'action du Comité.	D'accord JSP nommera une personne à la vice-présidence avant la fin de l'année civile 2024. De plus, les rôles et responsabilités des membres du CEDE seront précisés conformément à la recommandation 2.91.	décembre 2024
2.49	de suivre les dossiers d'investigation sur les décès en suspens et veiller à ce qu'ils soient traités dans les délais impartis, conformément aux accords de niveaux de service.	D'accord JSP a mis en place un accord sur les niveaux de service établissant une norme de 30 jours pour l'achèvement des investigations sur les décès. Cette norme est utilisée comme indicateur clé de performance pour le Ministère.	complété
2.58	d'élaborer des normes de niveau de service pour les services de pathologie, en précisant les rôles et les responsabilités, ainsi que les délais d'exécution prévus pour les rapports complétés.	D'accord JSP a déjà entamé les travaux dans ce domaine. Le plan de travail de la Direction des services des coroners pour 2024-2025 comprend l'élaboration de normes de niveau de service pour les services de pathologie. Le travail devrait être terminé d'ici le quatrième trimestre de 2024-2025.	31 mars 2025

N° du par.	Recommandation	Réponse du ministère	Date cible de mise en œuvre
Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique :			
2.59	de veiller à ce que les autopsies médico-légales de type 2 soient réalisées par des pathologistes judiciaires agréés, conformément au manuel de formation. Si cela n'est plus jugé pratique et/ou nécessaire, le manuel de formation doit être mis à jour en conséquence.	D'accord Le Ministère a adapté son processus en octobre 2024 pour s'assurer que toutes les autopsies de type 2 soient réalisées par des pathologistes judiciaires agréés.	complété
2.64	de veiller à ce que les politiques et le matériel de formation relatifs aux investigations sur les décès des coroners soient revus et mis à jour afin d'en garantir la clarté et l'application cohérente.	D'accord JSP commencera immédiatement à mettre à jour ses politiques et son matériel de formation. Il s'agira d'un élément clé du plan de travail des Services des coroners pour l'exercice financier 2025-2026.	30 septembre 2025
2.70	de veiller à ce que les dossiers d'enquête contiennent tous les documents requis.	D'accord JSP conserve actuellement toute la documentation requise pour les dossiers d'enquête. Cependant, certains sont en format électronique et d'autres sur papier. Nous convenons qu'il	décembre 2024

N° du par.	Recommandation	Réponse du ministère	Date cible de mise en œuvre
Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique :			
		manquait un document dans l'un des dossiers examinés. Les normes d'entreposage et de dépôt seront examinées et améliorées afin de garantir l'accessibilité et l'organisation des renseignements. JSP recrute activement un soutien administratif supplémentaire pour appuyer la gestion des dossiers des Services des coroners.	
2.73	de veiller à ce que les raisons justifiant la tenue ou non d'une enquête soient documentées.	D'accord JSP assure actuellement le suivi et la documentation des raisons de mener ou non une enquête. Ces renseignements se trouvent dans les rapports d'enquête, la déclaration du coroner et les documents de suivi des enquêtes.	complété
2.78	d'établir des délais entre le moment où une enquête a été ordonnée et le moment où l'enquête a lieu.	D'accord JSP adoptera des délais standard basés sur l'analyse du processus et des systèmes comparables dans d'autres provinces et territoires. Cet examen commencera immédiatement et les normes devraient être en place d'ici la fin de l'exercice financier 2024-2025.	31 mars 2025

N° du par.	Recommandation	Réponse du ministère	Date cible de mise en œuvre
Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique :			
2.82	de veiller à ce que le coroner en chef rende compte chaque mois de tous les décès d'enfants au Comité d'examen des décès d'enfants, comme l'exige la <i>Loi sur les coroners</i> .	D'accord À la date de la présente réponse, JSP a mis en œuvre un processus révisé dans le cadre duquel le coroner en chef rend compte chaque mois de tous les décès d'enfants au CEDE, comme l'exige les dispositions législatives.	Complété novembre 2024
2.83	de veiller à ce que le coroner en chef donne son accord écrit au Comité d'examen des décès d'enfants pour qu'il procède à un examen, comme l'exige la <i>Loi sur les coroners</i> .	D'accord À la date de cette réponse, JSP a mis en œuvre un processus révisé dans le cadre duquel le coroner en chef donne son accord écrit au CEDE pour qu'il procède à un examen, comme l'exige les dispositions législatives.	Complété novembre 2024
2.87	de veiller à ce que le Comité d'examen des décès d'enfants prépare un rapport pour chaque décès d'enfants examiné comme l'exige la législation.	D'accord JSP mettra immédiatement en œuvre un système garantissant que le CEDE prépare un rapport pour tous les décès d'enfants examinés, comme l'exige les dispositions législatives.	décembre 2024

N° du par.	Recommandation	Réponse du ministère	Date cible de mise en œuvre
Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique :			
2.91	de veiller à ce que les rôles et responsabilités des membres du Comité d'examen des décès d'enfants soient documentées.	D'accord JSP commencera immédiatement à examiner et à améliorer le mandat, les rôles et les responsabilités du CEDE et ce travail devrait être terminé d'ici à la fin de l'exercice financier 2024-2025.	31 mars 2025
2.92	d'élaborer des procédures détaillées d'examen des décès d'enfants.	D'accord JSP examinera et mettra à jour les procédures existantes. Ce travail débute immédiatement et devrait être terminé d'ici à la fin de l'exercice financier 2024-2025.	31 mars 2025
2.101	de veiller à ce que le Comité d'examen des décès d'enfants se réunisse aussi souvent que nécessaire pour respecter son mandat et les exigences de la loi.	D'accord JSP reconnaît les divergences entre la <i>Loi sur les coroners</i> et le mandat du Comité et par conséquent, il adaptera immédiatement les délais du mandat afin de respecter les exigences de la <i>Loi</i> .	décembre 2024

N° du par.	Recommandation	Réponse du ministère	Date cible de mise en œuvre
Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique :			
2.106	de veiller à ce que tous les coroners fassent l'objet d'une vérification du casier judiciaire et à ce que cette vérification soit conservée dans les dossiers du personnel.	D'accord Tous les dossiers du personnel seront examinés et mis à jour d'ici la fin de l'année civile afin de s'assurer que les vérifications du casier judiciaire sont valides.	décembre 2024
2.107	de veiller à ce qu'une documentation adéquate sur les qualifications des coroners soient obtenue et conservée dans tous les dossiers du personnel.	D'accord JSP s'efforce d'améliorer les stratégies de gestion des dossiers pour les services des coroners et recrute activement un soutien administratif supplémentaire pour soutenir la gestion des dossiers. Dans l'intervalle, toute la documentation relative aux qualifications existantes des coroners sera conservée à un emplacement cohérent d'ici à la fin de l'année civile.	décembre 2024
2.109	de documenter les exigences de formation obligatoire dans la politique pour tous les coroners.	D'accord JSP documentera les exigences en matière de formation obligatoire dans les politiques et les procédures dans le cadre d'un examen global.	31 mars 2024

N° du par.	Recommandation	Réponse du ministère	Date cible de mise en œuvre
Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique :			
2.113	de veiller à ce que les coroners suivent toute la formation requise avant d'entreprendre leur première investigation sur un décès.	D'accord JSP établira et documentera des exigences de formation détaillées pour les coroners et les ajoutera aux politiques et procédures.	31 mars 2024
2.115	d'établir des exigences claires en matière d'observation au poste de travail, en précisant la durée et les compétences requises, pour garantir un apprentissage structuré et efficace des compétences nécessaires.	D'accord Conformément à ce qui est indiqué ci-dessus, JSP établira des lignes directrices et les ajoutera aux politiques et procédures.	31 mars 2024
2.122	d'élaborer des orientations pour le processus d'examen par les pairs afin de garantir une application cohérente et l'indépendance.	D'accord JSP commencera à élaborer des orientations pour le processus d'examen par les pairs en 2024 et les intégrera dans les politiques et procédures.	31 mars 2024

N° du par.	Recommandation	Réponse du ministère	Date cible de mise en œuvre
Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique :			
2.140	de transmettre les recommandations formulées par le Comité d'examen des décès d'enfants aux ministères et agences concernées, par écrit et conformément aux délais fixés dans le mandat.	D'accord JSP veillera à ce que toutes les recommandations du CEDE soient communiquées par écrit aux ministères et agences concernées dans un délai qui sera fixé après examen des politiques et procédures du CEDE.	31 mars 2024
2.141	de suivre les recommandations formulées par le Comité d'examen des décès d'enfants afin de garantir l'exhaustivité des rapports.	D'accord JSP examinera immédiatement les pratiques et les adaptera si nécessaire afin de garantir une documentation et un suivi efficaces des recommandations du CEDE.	décembre 2024
2.142	de suivre les réponses aux recommandations et de demander des mises à jour, le cas échéant, afin de garantir l'obligation de rendre compte.	D'accord Bien que le Ministère reconnaisse en principe qu'il serait souhaitable de disposer de mises à jour sur la mise en œuvre des recommandations de la CEDE, il ne dispose pas de l'autorité législative nécessaire pour obliger les autres ministères à agir.	S. O.

N° du par.	Recommandation	Réponse du ministère	Date cible de mise en œuvre
Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique :			
2.147	d'améliorer la transparence des travaux du Comité d'examen des décès d'enfants et, au minimum, rendre publiques les recommandations formulées par le Comité d'examen des décès d'enfants dans un délai de 30 jours, comme le prévoit le mandat.	D'accord JSP note que le mandat du CEDE précise actuellement un délai différent de celui de la <i>Loi sur les coroners</i> pour les rapports publics. Le Ministère mettra à jour le mandat et d'autres politiques et procédures afin de s'aligner sur la loi et veillera à ce que les recommandations du CEDE soient rendues publiques.	31 mars 2024
2.151	de veiller à ce que les recommandations formulées dans les rapports du Comité d'examen des décès d'enfants soient communiquées au ministre de Sécurité publique dans les six mois suivant la réception d'un rapport par le coroner en chef et déposées à l'Assemblée législative dès que possible.	D'accord JSP prendra immédiatement des mesures pour s'assurer que les rapports du CEDE sont transmis au ministre de la Sécurité publique dans les six mois, comme le prévoit la <i>Loi sur les coroners</i> .	décembre 2024

N° du par.	Recommandation	Réponse du ministère	Date cible de mise en œuvre
Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique :			
2.156	de veiller à ce que les Services des coroners gère les dossiers conformément à la politique et à la législation du gouvernement.	D'accord La Direction des services des coroners est en train d'améliorer les processus de gestion des dossiers afin de garantir un format et un emplacement cohérents pour les dossiers. Le recrutement d'une personne supplémentaire chargée du soutien administratif est en cours, et la formation du personnel des Services des coroners sur la gestion des dossiers est prévue pour mars 2025.	31 mars 2025

Annexe II : Objectif et critères de l’audit

L’objectif et les critères de notre audit du ministère de la Justice et de la Sécurité publique sont présentés ci-dessous. Le ministère de la Justice et de la Sécurité publique et sa haute direction ont examiné et approuvé l’objectif et les critères connexes.

Objectif	Le ministère de la Justice et de la Sécurité publique a mis en place des systèmes et des pratiques pour assurer l’exécution efficace des investigations, des enquêtes et des examens sur les décès d’enfants.
Critère 1	Le Comité d’examen des décès d’enfants est établi conformément à la loi.
Critère 2	Les investigations, les enquêtes et les examens sur les décès d’enfants sont effectués en temps opportun et selon des procédures clairement définies, et s’accompagnent d’une documentation adéquate à l’appui de la justification des décisions prises.
Critère 3	Les coroners possèdent les compétences requises et ont reçu une formation appropriée.
Critère 4	Les tendances et les facteurs de risque concernant les décès d’enfants sont cernés et surveillés pour comprendre comment et pourquoi des enfants décèdent.
Critère 5	Le Comité d’examen des décès d’enfants formule des recommandations en temps opportun et surveille l’incidence de celles-ci afin d’améliorer la sécurité des enfants et de prévenir les décès d’enfants.
Critère 6	Des mécanismes adéquats de production de rapports sont en place pour assurer la transparence des travaux du Comité d’examen des décès d’enfants.

Annexe III : Rapport d'assurance indépendant

Ce rapport d'assurance indépendant a été préparé par le Bureau du vérificateur général du Nouveau-Brunswick (VGNB) sur le ministère de la Justice et de la Sécurité publique et les examens des décès d'enfants qu'il réalise. La responsabilité du VGNB consistait à fournir des renseignements objectifs, des conseils et une assurance pour aider l'Assemblée législative à examiner le ministère de la Justice et de la Sécurité publique en ce qui concerne l'examen des décès d'enfants.

Tous les travaux effectués dans le cadre du présent audit ont été réalisés à un niveau d'assurance raisonnable conformément à la Norme canadienne de missions de certification (NCMC) 3001 – Missions d'appréciation directe de Comptables professionnels agréés (CPA) Canada, qui est présentée dans le Manuel de CPA Canada – Certification.

Le VGNB applique la Norme canadienne de gestion de qualité 1, Gestion de la qualité par les cabinets qui réalisent des audits ou des examens d'états financiers, ou d'autres missions de certification ou de services connexes. Cette norme exige que notre bureau conçoive, mette en place et fasse fonctionner un système de gestion de la qualité qui comprend des politiques ou des procédures en ce qui concerne la conformité aux règles de déontologie, aux normes professionnelles et aux exigences légales et réglementaires applicables.

Lors de la réalisation de nos travaux d'audit, nous nous sommes conformés aux règles sur l'indépendance et aux règles du Code de déontologie des Comptables professionnels agréés du Nouveau-Brunswick et du Code de conduite professionnelle du Bureau du vérificateur général du Nouveau-Brunswick. Ces deux codes reposent sur les principes fondamentaux d'intégrité, d'objectivité, de compétence professionnelle et de diligence, de confidentialité et de conduite professionnelle.

Conformément à notre processus normal d'audit, nous avons obtenu ce qui suit de la direction :

- la confirmation de sa responsabilité à l'égard de l'objet considéré de l'audit
- la confirmation que les critères étaient valables pour la mission
- la confirmation qu'elle nous a fourni tous les renseignements dont elle avait connaissance et qui lui ont été demandés ou qui pourraient avoir une incidence sur les constatations ou les conclusions
- la confirmation que les constatations figurant dans le présent rapport étaient fondées sur des faits

Période visée par l'audit

L'audit a porté sur la période allant du 1^{er} avril 2022 au 30 juin 2024. La conclusion vise cette période. Toutefois, afin d'approfondir notre compréhension de l'objet de l'audit, nous avons aussi examiné certaines questions antérieures à la période de notre audit, au besoin.

Date du rapport

Nous avons obtenu des éléments probants appropriés en quantité suffisante sur lesquels repose notre conclusion le 27 novembre 2024, à Fredericton (Nouveau-Brunswick).