

**AVIS SUR L'APPLICATION DE LA *LOI SUR LA RECHERCHE DES CAUSES
ET DES CIRCONSTANCES DES DÉCÈS* DANS LES ÉTABLISSEMENTS,
RESSOURCES ET RÉSIDENCES POUR PERSONNES ÂGÉES**

M^e Claire Bernard, conseillère juridique

Direction de la recherche, de l'éducation-coopération et des communications

Document adopté à la 562^e séance de la Commission,
tenue le 17 décembre 2010, par sa résolution COM-562-5.2.1

A handwritten signature in black ink, reading "B Vizkelety". The signature is written in a cursive, flowing style.

Béatrice Vizkelety, avocate
Secrétaire de la Commission

Traitement de texte :

Chantal Légaré
Direction de la recherche, de l'éducation-coopération et des communications

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
1 LA NATURE ET LA PORTÉE DE L'INTERVENTION DU CORONER	2
1.1 La mission du coroner	4
1.2 L'obligation d'aviser un coroner.....	7
2 L'INCIDENCE DE L'ABSENCE D'AVIS OBLIGATOIRE SUR LE DROIT À L'ÉGALITÉ ET À LA NON-DISCRIMINATION DES PERSONNES ÂGÉES	10
2.1 Les droits qui seraient compromis : le droit à la vie et à la sécurité et le droit à l'accès aux services publics du coroner	10
2.2 Le motif de discrimination allégué : l'âge	14
2.3 Une distinction, exclusion ou préférence	16
3 PROPOSITIONS DE MESURES EN VUE D'ASSURER UN MEILLEUR RESPECT DES DROITS DES PERSONNES ÂGÉES	22
3.1 Renforcer la connaissance des obligations des médecins.....	22
3.2 Instituer un comité d'examen multidisciplinaire des décès en matière de soins gériatriques	22
3.3 Introduire la négligence dans la liste des circonstances visées par l'avis obligatoire	24
3.4 Imposer un avis obligatoire au coroner en lui donnant un pouvoir discrétionnaire de faire une investigation	24
CONCLUSION	27
ANNEXE	29

INTRODUCTION

La Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse a pour mission d'assurer, par toutes mesures appropriées, la promotion et le respect des principes énoncés dans la *Charte des droits et libertés de la personne*¹ du Québec. Elle est notamment chargée de recevoir et traiter les plaintes relatives à la discrimination, au harcèlement discriminatoire et à l'exploitation des personnes âgées ou handicapées². Elle a également le mandat de relever les dispositions des lois du Québec qui seraient contraires à la Charte, d'étudier les demandes touchant les droits et libertés de la personne qui lui sont faites et dans les deux cas, de formuler, s'il y a lieu, les recommandations appropriées au gouvernement³.

La Commission a été saisie en décembre 2009, par l'entremise du Protecteur du citoyen⁴, d'une plainte portée par monsieur Louis Plamondon, président du Réseau Internet Francophone Vieillir en Liberté (RIFVEL). L'Association québécoise de défense des droits des retraités, également présidée par monsieur Plamondon, s'est associée à la demande au cours de l'été 2010⁵. Monsieur Plamondon allègue que la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès*⁶ (LRCCD) est discriminatoire à l'égard des personnes âgées en ce qu'elle prive les personnes âgées hébergées en centres d'hébergement et de soins de longue durée⁷ (CHSLD) et en résidences privées⁸ du droit à la vie et à la sécurité et de l'accès aux

¹ L.R.Q., c. C-12 (ci-après « Charte » ou « Charte québécoise » en fonction du contexte), art. 57 al. 1 et 2 et art. 71 al. 1.

² Charte, art. 71 al. 2(2).

³ Charte, art. 71 al. 2 par. 6^o et 7^o.

⁴ La plainte avait été adressée à l'origine au Protecteur du citoyen. Celui-ci a jugé qu'elle relevait de la compétence d'enquête de la Commission et la lui a transmise avec l'accord du plaignant, conformément à la procédure prévue par l'article 75 de la Charte.

⁵ « Morts par négligence causées par des tiers chez les aînés : des situations trop fréquentes selon l'AQDR », communiqué, 3 août 2010, [En ligne]. <http://www.newswire.ca/fr/releases/archive/August2010/03/c8144.html>

⁶ L.R.Q., c. R-0.2. Cette loi, adoptée en 1983 (L.Q. 1983, c. 41) et entrée en vigueur en 1986, remplaçait la *Loi sur les coroners*, S.Q. 1966-67, c. 19; L.R.Q., c. C-68.

⁷ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2 (ci-après « LSSSS »), art. 83 al. 1 : « La mission d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée est d'offrir de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le support de leur entourage. »

⁸ Nous utiliserons plutôt le terme « résidence pour personnes âgées » conformément à la terminologie de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. L'article 346.0.1 al. 2 de cette loi définit ainsi ce lieu (...suite)

services publics du coroner, alors que ces droits sont garantis pour toutes les autres personnes vulnérables qui sont hébergées ou sous la garde d'établissements ou de ressources pour lesquels le Protecteur du citoyen a compétence, à savoir les enfants, les jeunes, les personnes handicapées, les personnes sous garde en raison de problème de santé mentale, les détenus et les prisonniers. Monsieur Plamondon est en particulier préoccupé par le fait que, selon l'interprétation qu'il a tirée de données du Bureau du coroner, le tiers des décès de personnes âgées qui sont signalés chaque année aux coroners résulterait de comportements négligents⁹. Cependant, son analyse ne mentionne pas le lieu où étaient survenus les décès.

Afin de déterminer si la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès* compromet certains droits des personnes âgées de manière discriminatoire, il convient en premier lieu de présenter le contexte dans lequel s'inscrit la plainte, puis d'appliquer la méthode d'analyse prévue par l'article 10 de la Charte québécoise.

1 LA NATURE ET LA PORTÉE DE L'INTERVENTION DU CORONER

D'après les données du ministère de la Santé et des Services sociaux concernant les différents lieux où sont hébergées les personnes âgées en perte d'autonomie¹⁰, au 31 mars 2009, 34 381 personnes hébergées dans un CHSLD étaient âgées de 65 ans ou plus¹¹. Parmi elles, 14 057 (40,9 %) avaient de 75 à 84 ans et 15 143 (44 %) avaient 85 ans ou plus. Par ailleurs, 98 211 personnes hébergées dans une résidence pour personnes âgées étaient âgées de 65 ans ou

d'hébergement : « Une résidence pour personnes âgées est un immeuble d'habitation collective où sont offerts, contre le paiement d'un loyer, des chambres ou des logements destinés à des personnes âgées et une gamme plus ou moins étendue de services, principalement reliés à la sécurité et à l'aide à la vie domestique ou à la vie sociale, à l'exception d'une installation maintenue par un établissement et d'un immeuble ou d'un local d'habitation où sont offerts les services d'une ressource intermédiaire ou d'une ressource de type familial. »

⁹ Louis PLAMONDON, « L'âgisme peut-il être meurtrier? », (2009) 7(2) *Vie et vieillissement* (revue de l'Association québécoise de gérontologie) 49, 53; Louis PLAMONDON, « Négligence meurtrière chez les aînés — Quand la protection contre la mort évitable exclut les aînés vulnérables », (2010) 6 *Les Cahiers de PV* 90, 93.

¹⁰ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Info-Hébergement*, Bulletin d'information présentant des statistiques de base sur l'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie, février 2010, pp. 16 à 19; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Info-SIRTF*, Bulletin d'information présentant certaines statistiques extraites du Système d'information sur les ressources intermédiaires et de type familial, juin 2010.

¹¹ Ce chiffre n'inclut cependant pas les CHSLD privés non conventionnés.

plus. Parmi elles, 48 356 (49,2 %) avaient de 75 à 84 ans et 35 032 (35,7 %) avaient 85 ans ou plus. En mars 2010, 5 852 personnes hébergées dans une ressource intermédiaire¹² étaient âgées de 65 ans ou plus¹³. Parmi elles, 2 070 (35,4 %) avaient de 75 à 84 ans et 2 225 (38 %) avaient 85 ans ou plus. En ce qui concerne les personnes hébergées en résidence d'accueil¹⁴, 2 225 étaient âgées de 65 ans ou plus. Parmi elles, 605 (27,2 %) avaient de 75 à 84 ans et 296 (13,3 %) avaient 85 ans ou plus¹⁵.

En 2008-2009, 11 299 décès sont survenus parmi les personnes hébergées en CHSLD âgées de 65 ans ou plus¹⁶. Nous ne connaissons pas le nombre de personnes décédées qui étaient hébergées dans d'autres milieux de vie substitués. D'après les données de l'Institut de la statistique du Québec, il y aurait eu 57 200 décès au Québec en 2009. Dans près de 79 % des cas, soit 45 117 décès, le défunt était âgé de 65 ans ou plus¹⁷.

Lors d'un décès, il est important que la cause de la mort soit déterminée, tant pour des raisons de santé publique¹⁸ que pour établir les droits de certaines personnes. Dans la plupart des cas, les causes du décès sont déterminées par un médecin et son rôle à cet égard est essentiel. Le médecin doit remplir le bulletin de décès¹⁹, aussi appelé le formulaire SP-3²⁰, sauf dans les cas de décès relevant du coroner²¹. Ce bulletin sert à plusieurs fins, dont l'autorisation de la

¹² LSSSS, art. 302 : « Est une ressource intermédiaire toute ressource exploitée par une personne physique comme travailleur autonome ou par une personne morale ou une société de personnes et qui est reconnue par une agence pour participer au maintien ou à l'intégration dans la communauté d'usagers par ailleurs inscrits aux services d'un établissement public en leur procurant un milieu de vie adapté à leurs besoins et en leur dispensant des services de soutien ou d'assistance requis par leur condition. »

¹³ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Info-SIRTF*, préc., note 10, tableau 2, p. 11.

¹⁴ LSSSS, art. 312 al. 2 : « Peuvent être reconnues à titre de résidence d'accueil, une ou deux personnes qui accueillent à leur lieu principal de résidence au maximum neuf adultes ou personnes âgées qui leur sont confiés par un établissement public afin de répondre à leurs besoins et leur offrir des conditions de vie se rapprochant le plus possible de celles d'un milieu naturel. »

¹⁵ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Info-SIRTF*, préc., note 10, tableau 4, p. 13.

¹⁶ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Info-Hébergement*, préc., note 10, pp. 7 et 22.

¹⁷ INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Décès selon le groupe d'âge et le sexe, 2005-2009*, 4 mai 2010.

¹⁸ *Loi sur la santé publique*, L.R.Q., c. S-2.2, art. 44.

¹⁹ *Id.*, art. 46.

²⁰ *Règlement d'application de la Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes et des tissus et la disposition des cadavres*, c. L-0.2, r. 1, art. 18.

²¹ *Loi sur la santé publique*, préc., note 18, art. 46 al. 3.

disposition du corps par le directeur de funérailles²², mais aussi la constitution de données statistiques²³. Il est exigé que la personne qui remplit le bulletin indique la cause du décès « de la façon la plus précise possible, exposant le nom de la maladie dont souffrait le décédé ou, en cas de mort violente, les circonstances de la mort »²⁴. C'est au médecin qu'incombe également la responsabilité de constater le décès²⁵, en remplissant le constat de décès²⁶, un document nécessaire à l'établissement de l'acte de décès par le directeur de l'état civil²⁷.

Cependant, dans certains cas, ce n'est pas au médecin, mais à un officier public, le coroner, que revient la responsabilité de déterminer les causes et les circonstances du décès.

1.1 La mission du coroner

La *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès* confie au coroner la mission de déterminer les causes et les circonstances des décès dans tous les cas de décès survenus dans des circonstances violentes ou obscures²⁸ et dans tous les cas où la cause médicale probable est inconnue²⁹. Il a également le mandat de déterminer l'identité d'une personne décédée lorsqu'elle est inconnue³⁰.

Plus spécifiquement, en ce qui concerne les causes de décès indéterminées, le coroner doit rechercher « les causes probables du décès, à savoir les maladies, les états morbides, les traumatismes ou les intoxications qui ont causé le décès ou y ont abouti ou contribué »³¹. Les

²² *Règlement d'application de la Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes et des tissus et la disposition des cadavres*, préc., note 20, art. 21.

²³ *Id.*, art. 18. Les causes de décès sont codées en fonction de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) établie par l'Organisation mondiale de la santé.

²⁴ *Id.*, art. 19.

²⁵ *Code civil du Québec*, art. 122 al. 1.

²⁶ *Code civil du Québec*, art. 122 al. 1. En l'absence de médecin, et uniquement dans les cas de mort évidente, le décès doit être constaté par deux agents de la paix : *Code civil du Québec*, art. 123.

²⁷ *Code civil du Québec*, art. 122 al. 2 et art. 126 al. 2.

²⁸ LRCCD, art. 1 al. 1, art. 2, art. 34 et art. 36.

²⁹ LRCCD, art. 34; BUREAU DU CORONER, *Déclaration de services aux citoyens du Coroner en chef*.

³⁰ LRCCD, art. 2 par. 1^o et art. 36.

³¹ LRCCD, art. 2 par. 3^o.

circonstances de décès violents comprennent les accidents, les suicides et les homicides. Le coroner Jean-François Dorval décrit en ces termes les situations que vise la loi :

« Le coroner doit procéder à une investigation dans tous les cas de décès survenu dans des circonstances violentes : à cause d'un agent extérieur responsable d'un traumatisme, d'un empoisonnement ou de tout autre effet indésirable, de nature intentionnelle ou non. Il doit aussi procéder à une investigation dans tous les cas de décès s'étant produit dans des circonstances obscures en l'absence de traumatisme, d'empoisonnement ou d'effets indésirables évidents mais lorsque des indices ou des informations entourant le décès laissent planer un doute sur la possibilité d'éléments extérieurs causals ou contributifs. »³²

Le coroner dispose de pouvoirs importants pour mener à bien sa mission. Il peut procéder ou ordonner qu'il soit procédé à l'examen, à l'autopsie du corps³³ ou à toute expertise³⁴. Il a aussi le pouvoir d'inspecter des lieux et de saisir les objets ou documents utiles à son intervention³⁵. Il a également accès au dossier du défunt détenu par un établissement de santé et de services sociaux, ainsi qu'au dossier professionnel de la santé régi par le *Code des professions*³⁶.

Le mandat du coroner comprend le pouvoir de formuler, s'il y a lieu, des recommandations « visant une meilleure protection de la vie humaine »³⁷, en proposant des mesures pour éviter que se reproduisent des décès dans des circonstances similaires. Les rapports d'investigation contiendraient des recommandations dans environ 7 % des cas³⁸. Les recommandations peuvent être acheminées aux personnes, associations, ministères ou organismes concernés³⁹. De plus, elles peuvent être diffusées au public, ce qui peut contribuer à renforcer la prévention⁴⁰. On constate cependant certaines limites quant à leur portée, entre autres le fait qu'elles ne sont pas prises en considération dans les décisions des agences de la santé et des

³² Jean-François DORVAL, « Les accidents domestiques, une réalité négligée – I », (2005) 40 (12) *Le Médecin du Québec* 99.

³³ *Code civil du Québec*, art. 47.

³⁴ LRCCD, art. 73.

³⁵ LRCCD, art. 49-51.

³⁶ LRCCD, art. 48.

³⁷ LRCCD, art. 3, art. 92 par. 5^o et art. 160 al. 2.

³⁸ Données du Bureau du coroner, décembre 2010.

³⁹ LRCCD, art. 98.

⁴⁰ LRCCD, art. 100.

services sociaux relatives à la certification des résidences pour personnes âgées⁴¹, et ce, malgré les pouvoirs dont disposent les agences⁴².

L'un des rôles que peut jouer le coroner est de « faciliter l'exercice de la reconnaissance des droits par des citoyens ou des organismes privés ou publics à la suite d'un décès en colligeant toutes les informations expliquant les causes et circonstances de ce dernier et en les rendant accessibles »⁴³. Par contre, s'il a le devoir de déterminer les causes et circonstances du décès, il n'a pas le pouvoir de se prononcer sur la responsabilité civile ou criminelle d'une personne⁴⁴.

La LRCCD prescrit qu'un décès doit faire l'objet d'une investigation et d'un rapport chaque fois qu'un avis prévu par la loi est donné au coroner⁴⁵. À la différence des lois d'autres provinces canadiennes, la loi québécoise ne prévoit pas de procédure d'examen préliminaire⁴⁶ quant à l'exercice de sa compétence. Néanmoins, en pratique, le coroner procède à un examen préjuridictionnel afin de déterminer si le décès qu'on lui signale est visé par la LRCCD⁴⁷.

En 2009, 3 882 décès ont été signalés au coroner⁴⁸. Environ 25 % des décès investigués concernent des personnes âgées de 65 ans ou plus⁴⁹.

⁴¹ Ariane LACOURSIÈRE, « Qui veille sur le réseau privé? », *La Presse*, 13 septembre 2010.

⁴² LSSSS :

Art. 346.0.8. « L'agence a le pouvoir de faire une inspection dans une résidence pour personnes âgées dont l'exploitant est titulaire d'un certificat de conformité afin de vérifier dans quelle mesure cet exploitant remplit les conditions prévues à l'article 346.0.4, a apporté les correctifs visés au paragraphe 2° de l'article 346.0.12 et évite toute pratique ou situation susceptible de compromettre la santé ou la sécurité des personnes à qui il fournit des services. »

Art. 346.0.12. « L'agence peut suspendre, révoquer ou refuser de renouveler le certificat de conformité d'un titulaire qui : [...]

5° s'adonne à des pratiques ou tolère une situation susceptible de compromettre la santé ou la sécurité des personnes à qui il fournit des services. »

⁴³ Serge TURMEL, « Le coroner et le praticien », (2003) 38 (9) *Le Médecin du Québec* 89, 90.

⁴⁴ LRCCD, art. 4.

⁴⁵ LRCCD, art. 45.

⁴⁶ Par exemple, Alberta : *Fatality Inquiries Act*, R.S.A. 2000, c.F-9, art. 19(1).

⁴⁷ BUREAU DU CORONER, *L'investigation : Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès (L.R.Q., c. R-0.2)*, Québec, 2001, p. 41.

⁴⁸ BUREAU DU CORONER, *Rapport des activités des coroners en 2009*, p. 8.

⁴⁹ Données du Bureau du coroner, décembre 2010.

1.2 L'obligation d'aviser un coroner

La LRCCD impose à toute personne l'obligation d'aviser un coroner ou un agent de la paix d'un décès dont les circonstances sont obscures ou violentes. De plus, le médecin qui procède au constat d'un décès de causes naturelles, mais qui ne peut pas en établir les causes médicales probables est tenu d'aviser un coroner ou un agent de la paix, sauf si le décès est survenu dans une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre hospitalier⁵⁰ :

« 34. Le médecin qui constate un décès dont il ne peut établir les causes probables ou qui lui apparaît être survenu dans des circonstances obscures ou violentes doit en aviser immédiatement un coroner ou un agent de la paix.

35. Lorsqu'un décès survient dans une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre hospitalier, le directeur des services professionnels de cet établissement ou une personne sous son autorité peut prendre les mesures pour faire établir par un médecin les causes probables de ce décès.

Toutefois, si le décès est visé à l'article 36, le directeur des services professionnels ou une personne sous son autorité doit préalablement obtenir l'autorisation d'un coroner avant de prendre les mesures pour faire établir les causes probables du décès.

36. À moins qu'elle n'ait des motifs raisonnables de croire qu'un coroner, un médecin ou un agent de la paix en a déjà été averti, toute personne doit aviser immédiatement un coroner ou un agent de la paix d'un décès dont elle a connaissance lorsqu'il lui apparaît que ce décès est survenu dans des circonstances obscures ou violentes ou lorsque l'identité de la personne décédée lui est inconnue. »⁵¹

D'autre part, le coroner doit être avisé de tous les décès survenus dans certains lieux. Avant 1986, la liste des lieux visés était limitée à des lieux où la liberté de la personne est restreinte :

« 10. Lorsqu'une personne décède pendant qu'elle est détenue dans un pénitencier, un établissement de détention, ou une institution pour malades mentaux, il est du devoir du préfet, du geôlier, du surintendant ou de toute personne en charge d'une telle institution, d'en donner immédiatement avis au coroner en détaillant les circonstances de ce décès. »⁵²

⁵⁰ Environ la moitié des CHSLD sont visés par cette règle. En effet, sur les 208 CHSLD répertoriés en août 2010, 101 étaient regroupés au sein d'un même établissement avec un centre hospitalier. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Tableau Évolution du nombre d'établissements publics et privés dans le réseau sociosanitaire québécois selon la ou les missions assumées par l'établissement, situation observée au 31 mars, de 1991 à 2010*, dernière mise à jour : 2010/08/10.

⁵¹ LRCCD.

⁵² *Loi sur les coroners*, préc., note 6, art. 10, modifié par L.Q. 1969, c. 21, art. 35.

Avec la nouvelle loi et les dispositions qui l'ont modifiée depuis, la liste des lieux s'est considérablement élargie. Outre les établissements de santé ou de services sociaux où la personne décédée était sous garde (anciennement désignés institution pour malades mentaux dans la loi), les pénitenciers, les établissements de détention et les postes de police, se sont ajoutés notamment des lieux où se retrouvent, sous une forme ou une autre de prise en charge par l'État, des catégories de personnes vulnérables. Il s'agit des centres de réadaptation, des centres de travail adapté, des services de garde éducatifs à l'enfance et des ressources de type familial :

« 37. Le directeur ou, en son absence, la personne qui détient l'autorité dans un lieu visé dans le présent article doit aviser immédiatement un coroner ou un agent de la paix lorsqu'un décès survient:

1° dans un centre d'accueil de la classe des centres de réadaptation au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5) et des règlements adoptés sous son autorité;

1.1° dans une installation maintenue par un établissement au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) et qui exploite un centre de réadaptation;

2° dans une entreprise adaptée au sens de la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale (chapitre E-20.1);

3° dans une installation maintenue par un établissement de santé et de services sociaux alors que la personne qui est décédée était sous garde.

38. Le directeur ou, en son absence, la personne qui détient l'autorité dans un lieu visé dans le présent article doit aviser immédiatement un coroner lorsqu'un décès survient:

1° dans un établissement de détention au sens de la Loi sur le système correctionnel du Québec (chapitre S-40.1);

2° dans un pénitencier au sens de la Loi sur les pénitenciers (Lois révisées du Canada (1985), chapitre P-5);

3° dans une unité sécuritaire au sens de la Loi sur la protection de la jeunesse (chapitre P-34.1);

4° dans un poste de police.

39. Lorsqu'un enfant décède alors qu'il est sous la garde du titulaire d'un permis délivré par le ministre de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine, le titulaire du permis ou, en son absence, la personne qui détient l'autorité au lieu où s'exerce la garde doit en aviser immédiatement un coroner ou un agent de la paix.

40. Lorsqu'une personne décède alors qu'elle est prise en charge par une famille d'accueil au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5) ou par une ressource de type familial au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2), la personne qui y détient l'autorité doit en aviser immédiatement un coroner ou un agent de la paix. »

Dans tous les cas, le défaut d'aviser le coroner conformément à la LRCCD constitue une infraction pénale, punissable d'une amende de 125 \$ à 3 050 \$⁵³.

Ainsi, les décès survenant dans les CHSLD, les ressources intermédiaires, les résidences pour personnes âgées et les ressources offrant de l'hébergement à d'autres clientèles vulnérables ne sont pas visés par l'obligation d'aviser le coroner en fonction du lieu. Cependant, le coroner doit être avisé de tout décès qui survient dans des circonstances que nous avons identifiées plus haut, soit des circonstances obscures ou violentes ou lorsque les causes médicales probables du décès ne peuvent être déterminées par un médecin. De plus, toute personne qui est témoin ou qui est informée d'un décès dont la cause ou les circonstances lui paraissent obscures ou violentes, tel un membre de la famille, peut signaler la situation au Bureau du coroner⁵⁴ et le coroner a dès lors l'obligation de faire une investigation.

À l'origine, les décès survenant dans les centres d'accueil, y compris les centres d'accueil pour personnes âgées⁵⁵, devaient aussi faire l'objet d'un avis au coroner, sans égard aux circonstances. Cette règle a été abolie en 1991⁵⁶, à la suite de représentations faites par le Bureau du coroner. Nous reviendrons plus amplement dans la deuxième section sur les raisons qui ont motivé ce changement.

La demande de monsieur Plamondon aurait pour effet de réinstaurer la règle antérieure à 1991 et de l'étendre aux ressources intermédiaires et aux résidences pour personnes âgées.

⁵³ LRCCD, art. 170-171.

⁵⁴ BUREAU DU CORONER, *L'investigation et l'enquête*, dépliant accessible sur le site du Bureau du coroner.

⁵⁵ LRCCD, art. 37 par. 1^o; *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-5, art. 1 tel qu'en vigueur jusqu'au 31 octobre 1991.

⁵⁶ *Loi modifiant la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès et la Loi sur la protection de la santé publique*, L.Q. 1991, c. 44, art. 1.

2 L'INCIDENCE DE L'ABSENCE D'AVIS OBLIGATOIRE SUR LE DROIT À L'ÉGALITÉ ET À LA NON-DISCRIMINATION DES PERSONNES ÂGÉES

Nous allons maintenant voir si l'absence d'avis obligatoire pour les décès qui surviennent dans les CHSLD, les ressources intermédiaires et les résidences pour personnes âgées est discriminatoire. En vertu de l'article 10 de la *Charte des droits et libertés de la personne*, la discrimination est constituée de trois éléments :

- « (1) l'existence d'une distinction, exclusion ou préférence
- (2) laquelle est fondée sur l'un des motifs énumérés au premier alinéa de l'article 10 de la Charte québécoise
- (3) et qui a pour effet de détruire ou de compromettre le droit à la pleine égalité dans la reconnaissance et l'exercice d'un droit ou d'une liberté de la personne. »⁵⁷

2.1 Les droits qui seraient compromis : le droit à la vie et à la sécurité et le droit à l'accès aux services publics du coroner

Dans sa demande, monsieur Plamondon invoque que des droits garantis par la Charte seraient compromis, soit le droit à la vie et à la sécurité et le droit d'avoir accès aux services publics du coroner.

L'avis au coroner constitue assurément un mécanisme qui a pour objet de favoriser le respect de droits fondamentaux qui sont garantis par l'article 1 de la *Charte des droits et libertés de la personne*, soit les droits à la vie, à la sûreté et à l'intégrité. Le Bureau du coroner le rappelle clairement dans son plan stratégique :

« Le coroner exerce également un rôle social visant la prévention des décès. Ce rôle s'exprime par le pouvoir de formuler des recommandations pour une meilleure protection de la vie humaine. Chaque recommandation est un élément de solution proposé en vue de réduire les risques menaçant d'écourter la vie. Le coroner contribue ainsi à faire respecter le droit de tout membre de la société à la vie et à l'intégrité de sa personne. »⁵⁸

⁵⁷ *Forget c. Québec (Procureur général)*, [1988] 2 R.C.S. 90, par. 10; *Ford c. Québec (Procureur général)*, [1988] 2 R.C.S. 712, par. 82; *Devine c. Québec (Procureur général)*, [1988] 2 R.C.S. 790, par. 33; *Commission scolaire régionale de Chambly c. Bergevin*, [1994] 2 R.C.S. 525, 538.

⁵⁸ BUREAU DU CORONER, *Plan stratégique 2009-2012*, p. 6.

Un ancien coroner en chef du Québec, Docteur Serge Turmel, mettait bien en évidence le lien entre la mission du coroner et le droit à la vie garanti par l'article 1 de la Charte :

« L'entrée en vigueur, en 1986, de la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès* (LRCCD) est venue modifier de façon tangible le rôle de l'Institution du coroner, autrefois axé sur la détection du crime, en l'orientant vers la prévention des décès évitables et la santé publique. Cette vocation transformée du coroner illustre bien la place qu'occupe la sauvegarde et la protection de la vie humaine, comme valeur fondamentale dans les sociétés canadienne et québécoise. Ainsi, la *Charte des droits et libertés de la personne*, dans son premier article, énonce : "Tout être humain a droit à la vie ainsi qu'à la sécurité, à l'intégrité et à la liberté de sa personne."

En corollaire de la valeur qu'elle accorde à la vie humaine, la société refuse que le décès prématuré de tout être humain, qu'il survienne par suicide, accident ou autre, soit banalisé, et ne suscite aucun questionnement fondamental sur les causes et circonstances du décès et sur la façon de le prévenir. L'essence même de la mission et du mandat du coroner est de répondre à ce questionnement. »⁵⁹

Plusieurs lois au Québec, notamment le Code civil⁶⁰, affirment le caractère fondamental des droits à la vie, à la sûreté et à l'intégrité. Ces droits sont au cœur de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Le respect du droit à la sûreté a été renforcé il y a quelques années⁶¹ par l'inscription du droit de l'usager à la prestation sécuritaire des services sociosanitaires :

« Art. 2. Afin de permettre la réalisation de ces objectifs, la présente loi établit un mode d'organisation des ressources humaines, matérielles et financières destiné à :

[...]

8.1° assurer aux usagers la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux; [...]

Art. 3. Pour l'application de la présente loi, les lignes directrices suivantes guident la gestion et la prestation des services de santé et des services sociaux:

[...]

3° l'usager doit, dans toute intervention, être traité avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité, de son autonomie, de ses besoins et de sa sécurité; [...]

⁵⁹ S. TURMEL, préc., note 43, 89.

⁶⁰ *Code civil du Québec*, art. 3 al. 1 et art. 10 al. 1.

⁶¹ *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux*, L.Q. 2002, c. 71.

Art. 5. Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire.

Art. 100. Les établissements ont pour fonction d'assurer la prestation de services de santé ou de services sociaux de qualité, qui soient continus, accessibles, sécuritaires et respectueux des droits des personnes et de leurs besoins spirituels et qui visent à réduire ou à solutionner les problèmes de santé et de bien-être et à satisfaire les besoins des groupes de la population. »

La loi impose aux établissements des obligations corrélatives de prendre les moyens pour assurer la sécurité des services rendus⁶². Des mécanismes de surveillance internes ont été ajoutés à ceux déjà en place, soit le commissaire local ou régional aux plaintes et à la qualité des services et le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens⁶³. Le comité de vigilance et de la qualité doit recevoir et analyser les rapports et recommandations transmis au conseil d'administration portant notamment sur la qualité et la sécurité des services rendus⁶⁴, alors que le comité de gestion des risques doit rechercher, développer et promouvoir des moyens visant à identifier et analyser les risques d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers⁶⁵.

D'autre part, le ministère de la Santé et des Services sociaux s'est engagé plus tôt cette année à imposer aux résidences pour personnes âgées soumises aux règles de certification de nouvelles obligations qui visent entre autres la sécurité :

« De plus, le ministère de la Santé et des Services sociaux, dans le cadre des travaux de révision de la réglementation portant sur la certification des résidences privées, verra à s'assurer que la procédure en matière de gestion des risques crée l'obligation pour ces ressources de déclarer auprès des instances concernées tout incident ou tout accident portant atteinte à la sécurité et au bien-être d'un résident et à divulguer l'événement à la famille. »⁶⁶

⁶² Voir entre autres : LSSSS, art. 172 al. 1 par. 1°, art. 340 al. 2 par. 1.1° et art. 431 al. 2 par. 6.1°.

⁶³ Voir le chapitre III (Plaintes des usagers) du titre II de la Partie I de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

⁶⁴ LSSSS, art. 181.0.3.

⁶⁵ LSSSS, art. 183.2.

⁶⁶ MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DES AÎNÉS, *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015*, 2010, p. 63.

On pourrait penser qu'une norme législative qui limite l'accès aux services du coroner serait par ailleurs contraire à l'article 12 de la Charte, si les autres conditions de l'article 10 sont remplies. L'article 12 de la Charte interdit à quiconque « de refuser [par discrimination] de conclure un acte juridique ayant pour objet des biens ou des services ordinairement offerts au public ». Un tribunal ontarien a conclu que l'enquête du coroner constitue un service au sens du *Code des droits de la personne* de l'Ontario⁶⁷ : « Given that human rights legislation is to be generously interpreted, we are of the view that the Tribunal was correct in finding that a Coroner's inquest is a service to a person or persons within s. 1 of the Code »⁶⁸.

Toutefois, la Cour d'appel du Québec a retenu une interprétation restrictive qui exclut l'application de l'article 12 de la Charte à une loi de l'Assemblée nationale par ailleurs valide ou à une décision prise par un organisme dans l'application de celle-ci⁶⁹.

En conséquence, la Commission conclut que les droits à la vie, à la sûreté et à l'intégrité pourraient être effectivement compromis. En revanche, dans l'état actuel de la jurisprudence, le droit protégé par l'article 12 de la Charte ne pourrait pas être considéré comme compromis⁷⁰.

⁶⁷ L.R.O. 1990, c. H.19, art. 1 : « Toute personne a droit à un traitement égal en matière de services, de biens ou d'installations, sans discrimination fondée sur la race, l'ascendance, le lieu d'origine, la couleur, l'origine ethnique, la citoyenneté, la croyance, le sexe, l'orientation sexuelle, l'âge, l'état matrimonial, l'état familial ou un handicap. »

⁶⁸ *Attorney General for Ontario and Chief Coroner v. Ontario Human Rights Commission, Braithwaite and Illingworth*, 2007 CanLII 56481 (ON S.C.D.C.), 88 O.R. (3d) 455, 288 D.L.R. (4th) 138, 165 C.R.R. (2d) 228, 62 C.H.R.R. 315, 232 O.A.C. 102, par. 40, confirmant la décision du Tribunal des droits de la personne sur ce point : *Braithwaite v. Ontario (Attorney General)*, 2005 HRTO 31, 54 C.H.R.R. 116.

⁶⁹ *Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse c. Procureur général du Québec*, 2006 QCCA 1506 (CanLII), [2006] R.J.Q. 2706, EYB 2006-111293, par. 36 à 38 et 44 (C.A.), confirmant 2004 CanLII 629, [2004] R.J.Q. 1268, EYB 2004-53585 (C.S.) *sub nom.* : *Procureur général du Québec c. Tribunal administratif du Québec*, demande d'autorisation d'appel à la Cour suprême rejetée, n° 31834, 10 mai 2007.

⁷⁰ Voir cependant sur cette question, Hélène TESSIER, « Les articles 12 et 13 de la Charte, ces méconnus : quand le droit privé rencontre le droit public », dans *Les 25 ans de la Charte québécoise*, Service de la formation permanente du Barreau du Québec, vol. n° 142, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2000, p. 119, aux pp. 134 à 139.

2.2 Le motif de discrimination allégué : l'âge

L'âge a été introduit dans la liste des motifs de discrimination illicite contenue à l'article 10 de la Charte québécoise, en décembre 1982⁷¹ :

« Toute personne a droit à la reconnaissance et à l'exercice, en pleine égalité, des droits et libertés de la personne, sans distinction, exclusion ou préférence fondée sur la race, la couleur, le sexe, la grossesse, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge sauf dans la mesure prévue par la loi, la religion, les convictions politiques, la langue, l'origine ethnique ou nationale, la condition sociale, le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap.

Il y a discrimination lorsqu'une telle distinction, exclusion ou préférence a pour effet de détruire ou de compromettre ce droit. »

Cependant, cette disposition prévoit une limitation expresse en associant au motif de l'âge les termes : « dans la mesure prévue par la loi ». Par conséquent, à la différence de tous les autres motifs de discrimination illicite énumérés à l'article 10, le motif de l'âge ne peut être invoqué en matière de discrimination, en vertu de la *Charte des droits et libertés de la personne*, si la distinction, l'exclusion ou la préférence est prévue par la loi⁷². Cette restriction vise non seulement la loi, mais aussi un règlement, un décret, une ordonnance ou un arrêté en conseil pris sous l'autorité d'une loi, aux termes de l'article 56 de la Charte.

Toutefois, le Tribunal des droits de la personne a jugé que cette clause ne s'applique pas aux distinctions qui ne sont pas expressément prévues par la loi :

« Cette limitation empêche-t-elle les tribunaux de réviser la conformité à la Charte de toute mesure législative ayant pour effet de compromettre le droit à l'égalité lorsqu'une discrimination concerne l'âge?

Nous devons répondre par la négative.

⁷¹ *Loi modifiant la Charte des droits et libertés de la personne*, L.Q. 1982, c. 61, art. 3.

⁷² Voir : COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE ET DES DROITS DE LA JEUNESSE, *La conformité à la Charte québécoise des règles sur les conditions d'embauche dans un casino d'État*, (Cat. 2.126.6), 1996; COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE ET DES DROITS DE LA JEUNESSE, *L'imposition d'un couvre-feu pour les mineurs dans une municipalité*, (Cat. 2.113.1), 2004. Rappelons par ailleurs que la *Charte canadienne des droits et libertés* ne contient pas de restriction au motif « âge » similaire à celle à l'article 10. Par conséquent, l'effet discriminatoire d'une disposition de la loi qui crée une distinction reliée à l'âge pourrait faire l'objet d'un examen, et éventuellement d'une contestation, en vertu de l'article 15 de la Charte canadienne. Toutefois, la mise en œuvre de la Charte canadienne ne relève pas de la compétence de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse.

D'une part, il se pourrait qu'une norme législative puisse avoir des effets sur une catégorie de personnes d'un âge donné sans que nécessairement une distinction fondée sur un âge précis ou sur un groupe d'âge donné soit prévue dans une loi. Ainsi, l'application de certaines dispositions d'une loi, d'un règlement ou d'un décret qui, a priori, ne comporte pas de distinction sur un âge donné, pourrait avoir pour effet de compromettre le droit à l'égalité de certaines personnes appartenant à un groupe d'âge donné. Ce genre de discrimination s'avère bien souvent non intentionnelle; elle ne peut donc être prévue par la loi, et même si elle s'avérait intentionnelle, elle ne serait pas prévue au sens formel. L'intention du législateur en insérant cette clause limitative au motif de l'âge ne pouvait viser à justifier des discriminations indirectes ou qui ont pour effet de perpétuer certains mythes ou stéréotypes. De plus, il serait assez difficile de concevoir que le législateur, en voulant éviter l'écueil d'une protection absolue du droit à l'égalité fondé sur l'âge, renverse cette situation en un déni absolu de protection pour les personnes victimes de discrimination d'origine législative sur ce motif.

Compte tenu du caractère quasi-constitutionnel des droits et libertés fondamentaux protégeant les droits de la personne, ces droits doivent être interprétés de façon large et libérale afin de leur donner plein effet. Ceci implique, en corollaire, que les restrictions et les exceptions à ces droits doivent recevoir une interprétation stricte et restrictive. Même si la Charte ne doit pas nécessairement être le reflet exact de la Charte canadienne, la législation en matière de droits de la personne est assujettie à une obligation de conformité aux normes constitutionnelles, dont celles énoncées dans la Charte canadienne. La Cour suprême du Canada, dans l'arrêt Québec (C.D.P.D.J.) c. Montréal (Ville) énonçait ce principe en ces termes:

Ainsi, lorsqu'une disposition législative est susceptible de plus d'une interprétation, elle doit être interprétée d'une façon qui se concilie avec les dispositions de la Charte canadienne.

Nous ne croyons pas qu'une norme puisse être adoptée, même par le législateur, sous l'influence d'un stéréotype sans que cette norme puisse faire l'objet d'une contestation. La clause limitative prévue à l'article 10 mérite une lecture plus nuancée que celle faisant une abstraction absolue de la norme anti-discriminatoire. Par ailleurs, en niant, de façon intégrale, toute protection aux victimes potentielles de discrimination d'origine législative, on laisserait croire que cette distinction serait moins grave que celle fondée sur un autre motif. »⁷³

Cette interprétation a été reprise dans un jugement du Tribunal⁷⁴ et suivie dans une décision récente de la Commission des lésions professionnelles⁷⁵.

⁷³ *Québec (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse) c. Québec (Procureur général)*, 2004 CanLII 49209, EYB 2004-82207, J.E. 2005-535, par. 48 à 52, notes de référence omises, requête pour permission d'appeler rejetée, C.A. Montréal, n° 500-09-015295-058, 17 février 2005, requête en révision de décision rejetée, 6 septembre 2005.

⁷⁴ *Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse c. Laval (Ville de) (Service de sécurité d'incendies)*, 2009 QCTDP 4, [2009] R.J.Q. 853, par. 184 à 186, permission d'appel accordée le 20 avril 2009, 2009 QCCA 764 (CanLII) et 2009 QCCA 765 (CanLII).

⁷⁵ *Côté et Traverse Rivière-du-Loup Saint-Siméon*, QCCLP 2074, 16 mars 2010, requête en révision judiciaire, 13 avril 2010, *sub nom. Commission de la santé et de la sécurité du travail c. Commission des lésions professionnelles*.

Compte tenu de cette interprétation et étant donné que la LRCCD ne prévoit pas d'âge précis ou de groupe d'âge donné, la clause de limitation expresse ne peut pas être invoquée.

2.3 Une distinction, exclusion ou préférence

Comme on l'a indiqué plus haut, lorsque la LRCCD a été adoptée, les décès survenant dans les centres d'accueil pour personnes âgées devaient faire l'objet d'un avis⁷⁶. Le ministère de la Justice considérait alors que les personnes âgées hébergées en centre d'accueil constituaient des personnes « grandement dépendantes d'autres personnes à cause des soins qui leur étaient prodigués » et que l'obligation pourrait être une mesure dissuasive face à des actes de maltraitance :

« [I]l apparaît important que certains décès soient rapportés au coroner parce qu'ils surviennent dans des institutions où la liberté de la personne décédée était relativement limitée ou parce que cette personne était grandement dépendante d'autres personnes à cause des soins qui lui étaient prodigués. Ainsi, cette obligation de rapporter ces décès vise avant tout à dissuader toute personne responsable de la garde ou des soins de faire toute action pouvant mettre en danger la vie d'un détenu, d'un patient ou de toute personne dont elle a la garde. [...] Cette mesure visera à protéger davantage la vie des personnes qui, en raison de leur âge ou de leurs déficiences physiques, caractérielles, psychosociales ou familiales, doivent être soignées ou gardées en résidence protégée ou, s'il y a lieu en cure fermée. »⁷⁷

Ce constat est toujours valable 30 ans plus tard. Les personnes qui sont hébergées en CHSLD, en ressource intermédiaire et en résidence pour personnes âgées sont des personnes vulnérables en raison de leur perte d'autonomie :

« Les personnes vulnérables sont celles qui sont menacées dans leur autonomie, leur dignité ou leur intégrité, physique ou psychique. C'est le cas notamment des enfants, des personnes handicapées, des personnes âgées, des personnes qui présentent une déficience intellectuelle ou une maladie mentale, des personnes malades, des personnes accidentées. Très souvent, ces personnes sont dépendantes d'autrui pour leur bien-être. Cela les rend vulnérables en ce qu'elles risquent d'être ignorées, laissées pour compte,

⁷⁶ LRCCD, art. 37 par. 1^o tel que libellé en 1983; *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, préc., note 55, art. 1 tel qu'en vigueur jusqu'au 31 octobre 1991.

⁷⁷ MINISTÈRE DE LA JUSTICE, Direction générale des affaires législatives, *Pour la réforme de la certification des décès et de l'institution des coroners*, vol. II, Les orientations proposées, 1980, pp. 47-48.

marginalisées incapables, parfois, de faire valoir avec force leurs droits si des membres de la famille ou des amis n'interviennent pas pour s'en occuper. »⁷⁸

Cette grande vulnérabilité a d'ailleurs justifié l'encadrement des résidences pour personnes âgées par le régime de certification⁷⁹.

Plusieurs d'entre elles sont d'autant plus vulnérables aux actes ou omissions des personnes qui sont chargées d'assurer leur bien-être qu'en raison de leur isolement, elles ne bénéficient pas du facteur de protection que constitue la présence d'un membre de la famille ou de l'entourage qui peut les défendre, à la différence de la grande majorité des enfants qui fréquentent un service de garde éducatif.

Lors des débats sur l'adoption du projet de loi qui a aboli l'avis automatique au coroner des décès survenant dans un centre d'accueil, le ministre de la Sécurité publique a expliqué les raisons justifiant cette modification en ces termes :

« Dans le texte actuel, il est dit que dans un centre d'accueil, au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, chaque fois qu'un décès survient, le directeur ou, en son absence, la personne qui détient l'autorité, doit aviser immédiatement un coroner, lequel doit procéder à une investigation sur les circonstances du décès. Vous savez comme moi qu'il survient un bon nombre de décès dans les centres d'accueil pour personnes âgées à travers le Québec dans une année parce que, de plus en plus dans les centres d'accueil, on reçoit une population dont l'âge moyen dépasse aujourd'hui sensiblement 80 ans. Or, c'est normal qu'il en décède un certain nombre chaque année à cause de cette loi absolument impitoyable de la mort qui nous guette tous tôt ou tard. Chaque fois qu'il arrive un décès dans un centre d'accueil, le coroner est obligé d'aller faire une investigation. Ce n'est pas nécessaire. Il n'y a pas de différence entre le décès d'une personne âgée et le décès d'une personne qui peut avoir 40, 50 ou 60 ans et nous voulons, par la modification qui est proposée dans le projet de loi, que le même régime s'applique dans les centres d'accueil ordinaires. On garderait cependant une différence pour les centres d'accueil qui ont une vocation de réinsertion ou de réintégration sociale parce que, là, il peut arriver de par la nature même de la clientèle que des circonstances particulières justifient un rapport au coroner ou la tenue d'une investigation.

Alors, nous limiterions la portée de l'article de la Loi sur les coroners qui traite de l'obligation de faire rapport à propos des décès survenus dans des centres d'accueil. Nous limitons cette obligation aux centres d'accueil qui sont considérés comme faisant

⁷⁸ Pierre DESCHAMPS, « L'État doit-il s'occuper ou se préoccuper des personnes vulnérables? », dans Collection de droit 2010-2011, École du Barreau du Québec (dir.), vol. 13, *Justice, société et personnes vulnérables*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2010, p. 33, à la page 34, note de référence omise.

⁷⁹ *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*, L.Q. 2005, c. 32, art. 25 et 139 et suiv.

partie de la classe des centres de réadaptation et non plus des centres d'accueil en général. On va limiter considérablement les responsabilités des coroners. Ça va faire des économies appréciables pour le gouvernement. Je pense que nous permettrons ainsi aux coroners de s'acquitter vraiment de la mission qui est la leur. »⁸⁰

Lors de l'étude du projet de loi en commission parlementaire, le ministre a réitéré que l'avis automatique comportait des contraintes importantes que ne justifiait pas l'objectif recherché :

« Mais le genre de contraintes qu'on créait était beaucoup trop lourdes pour le genre de besoins auxquels on devait faire face et le genre de ressources dont nous disposons. On a été obligé de faire un grand nombre d'enquêtes, de manière artificielle, qui n'étaient pas nécessaires. Dans la grande majorité des cas de décès dans les centres d'accueil, le certificat médical régulier suffit à établir la cause du décès, à permettre de classer cet événement-là dans la liste des décès qui surviennent dans une année. »⁸¹

Le coroner en chef de l'époque a également invoqué les contraintes et l'inutilité de la règle pour expliquer pourquoi la modification avait été demandée :

« [C]'est après mûre réflexion, cinq ans d'expérience et plus de 10 000 cas investigués par des coroners dans des centres d'accueil qu'on a fait la recommandation, avec la balance des inconvénients, là, en fonction de l'ensemble du travail qu'on a à faire, qu'il n'y avait pas utilité de continuer. Plus de 10 000 décès ont été investigués en centres d'accueil. Quelques-uns étaient des décès violents qui, de toute façon, vont continuer à être investigués. Il faut noter aussi que, de toute façon, à la demande de la famille, il y aura investigation du coroner. Au moindre doute de quiconque, le décès devient obscur, il devra y avoir investigation du coroner. Dans les cas que nous avons investigués — plus de 10 000 —, une trentaine seulement ont fait l'objet de recommandations. La moitié de ces recommandations était pour blâmer le centre d'accueil de ne pas avoir avisé le coroner assez vite. Ça en élimine tout de suite la moitié. [...] Un des autres aspects qui nous a amenés à étudier l'affaire, c'est qu'il était difficile de motiver les coroners à faire la même recherche que dans les autres cas, puisque fois après fois ils avaient vraiment l'impression d'avoir fait tout ça pour rien. »⁸²

En bref, alors que, d'après les données du rapport annuel du Bureau du coroner de 1990 citées pendant les débats, les décès dans les centres d'accueil représentaient 26,9 % des

⁸⁰ QUÉBEC, ASSEMBLÉE NATIONALE, *Journal des débats*, 1^{ère} sess., 34^e légis., 17 octobre 1991, « Adoption du principe du projet de loi n° 160 » (M. Claude Ryan, ministre de la Sécurité publique).

⁸¹ QUÉBEC, ASSEMBLÉE NATIONALE, *Journal des débats de la Commission permanente des institutions*, 1^{ère} sess., 34^e légis., 22 octobre 1991, « Étude détaillée du projet de loi n° 160 – Loi modifiant la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès et la Loi sur la protection de la santé publique », p. CI-1828 (M. Claude Ryan, ministre de la Sécurité publique).

⁸² *Id.*, p. CI-1828 (M. Jean Grenier, coroner en chef pour le Québec).

interventions des coroners⁸³, les coroners avaient constaté que la majorité des décès dans les centres d'accueil résultaient de causes naturelles. On peut présumer que les mêmes motifs pourraient être invoqués pour justifier que la loi n'impose pas d'avis obligatoire pour les décès survenant en CHSLD, en ressources intermédiaires et en résidences pour personnes âgées.

Ainsi, les personnes âgées hébergées dans des milieux substituts possèdent une caractéristique qui les distingue des autres catégories de personnes hébergées. Elles font partie du groupe de la population qui décède majoritairement de causes naturelles et l'investigation systématique de leur décès dans ces cas par le coroner est inutile.

Cela dit, bien qu'en théorie, tous les décès dans ces lieux doivent faire l'objet d'un avis s'il n'est pas établi qu'ils résultent de causes naturelles, dans les faits, ces décès sont sous-déclarés, comme l'ont constaté eux-mêmes les coroners. La coroner Line Duchesne déclarait en 2003 : « Notre plus grande difficulté vient du fait que les médecins ne connaissent pas bien la loi. Ils ignorent souvent dans quels cas il faut aviser le Bureau du coroner »⁸⁴. Deux ans plus tard, le coroner Jean-François Dorval réitérait ce constat :

« Malheureusement, les médecins ne déclarent pas tous les cas de mort violente aux coroners. Par exemple, selon les statistiques, le ministère de la Santé et des Services sociaux estime à 600 le nombre de décès par chute de plain-pied chez les aînés de plus de 65 ans alors que le nombre de cas ayant fait l'objet d'une investigation par un coroner du Québec n'est que de 60 par année. Pourquoi un si faible taux de déclaration ? Par manque d'information et de connaissance de la loi ? Par acceptabilité du décès chez une personne âgée comme une fatalité impossible à prévenir ? »⁸⁵

À cet égard, la revue de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec avait entrepris en septembre 2003 de publier quatre fois par année une chronique rédigée par des médecins coroners, afin de contribuer à la formation des médecins omnipraticiens⁸⁶. La Commission n'est

⁸³ *Id.*, pp. CI-1831-1832 (M. Francis Dufour).

⁸⁴ Emmanuèle GARNIER, « Bureau du coroner : protéger la vie humaine », (2003) 38 (8) *Le Médecin du Québec* 74, 78.

⁸⁵ J.-F. DORVAL, préc., note 32, 100, notes de référence omises.

⁸⁶ « Introduction à la chronique du coroner », (2003) 38 (9) *Le Médecin du Québec* 89.

toutefois pas en mesure d'évaluer si cette initiative, qui s'est malheureusement étiolée avec le temps⁸⁷, a permis d'augmenter le taux des avis aux coroners par les médecins.

Les médecins ne sont pas les seuls à ne pas bien connaître la portée de leurs obligations en cas de décès. Dans un rapport rendu public en juillet 2010 à la suite d'un décès résultant de brûlures graves d'une personne âgée de 94 ans qui résidait dans un CHSLD, le Protecteur du citoyen a constaté que le décès, survenu dans un centre hospitalier, n'avait pas été signalé par l'établissement au Bureau du coroner, alors qu'il aurait dû l'être⁸⁸. Le Protecteur a formulé deux recommandations à l'établissement pour corriger cette lacune, la première lui demandant de « [r]édiger une procédure sur les cas de décès devant être déclarés au Bureau du coroner indiquant les démarches à suivre et le rôle respectif des employés concernés » et la deuxième de « [f]aire un rappel auprès de l'ensemble du personnel concerné de l'obligation et de l'importance de la divulgation de certains décès au Bureau du coroner en vertu de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès (L.R.Q., chapitre R-0.2) et notamment, en leur diffusant la nouvelle procédure. » On peut se surprendre que le rapport du coroner n'ait pour sa part pas contenu de recommandation rappelant l'obligation de signaler⁸⁹.

La coroner Catherine Rudel-Tessier avait conclu quelques années plus tôt que les décès de personnes vivant en résidences pour personnes âgées étaient également sous-déclarés :

« Chaque année, environ 1 100 décès de personnes âgées surviennent au Québec et font l'objet d'avis au coroner. Parmi ceux-ci, en moyenne chaque année, 18 décès concernent des personnes vivant en résidences privées. Ce sont en majorité des accidents mais aussi parfois des suicides. Or, plus de 85 000 personnes vivent dans ces résidences. On pourrait croire, en voyant ces données, que le nombre de décès violents ou dont la cause est indéterminée est infime. En réalité, on soupçonne plutôt une sous-déclaration des décès devant faire l'objet d'avis au coroner. En effet, une comparaison

⁸⁷ D'après les archives du site de la revue *Le Médecin du Québec*, il y a eu une seule chronique, publiée en mai 2010, depuis 2006. D'ailleurs, la chronique du coroner ne figure plus dans la liste des chroniques de la revue, selon les informations tirées du site de la revue : Les différentes chroniques du Médecin du Québec, [En ligne]. <http://www.fmoq.org/fr/mdq/info/type/default.aspx> (page consultée le 15 novembre 2010)

⁸⁸ PROTECTEUR DU CITOYEN, « Registre des rapports d'intervention du Protecteur du citoyen agissant en vertu de la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux. Version consolidée du 1^{er} avril 2006 au 31 octobre 2010 », dossier n° 09-11003, Centre d'hébergement et de soins de longue durée du Manoir de l'Ouest-de-l'Île, S. E. C.

⁸⁹ Site du Bureau du coroner, section Rechercher des recommandations, « Un homme de 94 ans décède d'insuffisance respiratoire aiguë secondaire à des brûlures subies au Manoir de l'Ouest de l'Île », [En ligne]. www.coroner.gouv.qc.ca (page consultée le 19 novembre 2010)

sommaire avec les données du ministère de la Santé et des Services sociaux permet de croire qu'environ 500 décès consécutifs à des chutes échapperaient, chaque année, aux coroners. De plus, il est probable que des cas de négligence, de mauvais soins et de surveillance inadéquate ne sont pas signalés par les intervenants. »⁹⁰

Face à ces constats, il faut conclure à l'insuffisance des dispositions actuelles, car elles ne prennent pas en compte la vulnérabilité et la perte d'autonomie des personnes âgées hébergées dans des milieux de vie substituts.

D'ailleurs, la loi protège, par la voie de l'avis obligatoire lié au lieu, un groupe qui partage les mêmes caractéristiques que les personnes qui sont hébergées en CHSLD, en ressource intermédiaire et en résidence pour personnes âgées. En effet, les décès survenant dans les résidences d'accueil qui hébergent des personnes âgées font actuellement partie des lieux visés par l'avis obligatoire, étant donné que l'article 40 de la LRCCD inclut les ressources de type familial⁹¹ et que les résidences d'accueil constituent une des catégories de ressources de type familial reconnues par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*⁹².

Le gouvernement du Québec a déjà été sensibilisé à la question, si l'on en juge du récent *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées* dans lequel sont rappelées les obligations juridiques en matière de déclaration de décès et d'avis au coroner⁹³. La Commission considère qu'il y a lieu d'aller plus loin. Elle a donc examiné des pistes qui permettraient d'assurer le respect, en pleine égalité, des droits des personnes âgées hébergées dans des milieux de vie substituts à la vie, à la sûreté et à l'intégrité, garantis par les articles 1 et 10 de la Charte.

⁹⁰ Site du Bureau du coroner, section Rechercher des recommandations, « Il s'agit de cinq enquêtes publiques portant sur des décès accidentels de personnes en perte d'autonomie, survenus dans quatre résidences privées et un CHSLD pour personnes âgées », [En ligne]. www.coroner.gouv.qc.ca (page consultée le 13 octobre 2010)

⁹¹ LRCCD, art. 40.

⁹² LSSSS, art. 310-311 et art. 312 al. 2.

⁹³ MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DES AÎNÉS, préc., note 66, pp. 63-64.

3 PROPOSITIONS DE MESURES EN VUE D'ASSURER UN MEILLEUR RESPECT DES DROITS DES PERSONNES ÂGÉES

Afin d'identifier des pistes de solutions, nous avons révisé la législation de juridictions qui possèdent un système d'examen des décès similaire à celui du Québec, ainsi que diverses sources documentaires, et nous nous sommes entretenu avec un coroner en chef adjoint du Québec, M^e Gilles Éthier, et un coroner régional provincial de l'Ontario, D^r Dan Cass. À l'issue de cette analyse, la Commission a retenu les propositions de mesures suivantes.

3.1 Renforcer la connaissance des obligations des médecins

On a vu plus haut que le rôle du médecin lorsque survient un décès est essentiel, car c'est à lui qu'incombe la responsabilité de constater le décès, de remplir le bulletin de décès et d'aviser le coroner dans certaines circonstances. Afin d'enrayer la sous-déclaration résultant du manque d'information et de connaissance des obligations qu'impose la loi, il faudrait que les facultés de médecine, le Collège des médecins du Québec et les fédérations de médecins s'assurent respectivement que la formation initiale ou continue des médecins intègre spécifiquement ces aspects de leurs responsabilités professionnelles et juridiques.

D'autre part, il conviendrait que le Collège des médecins du Québec rappelle périodiquement à ses membres leurs obligations relatives à l'avis au coroner.

3.2 Instituer un comité d'examen multidisciplinaire des décès en matière de soins gériatriques

En outre des rapports individuels, dans d'autres provinces, certains bureaux de coroners ont mis sur pied un mécanisme de révision systématique, par une équipe multidisciplinaire, de certains types de situation, par exemple les décès d'enfants, la mortalité maternelle ou les décès survenus dans un contexte de violence familiale. Il n'existe pas de comité provincial semblable au Québec. Cependant, à Québec, un comité formé d'un coroner investigateur spécialisé dans les décès d'enfants, d'un représentant des services de police municipaux, d'un représentant de la Sûreté du Québec, d'un procureur aux poursuites criminelles et pénales,

d'un travailleur social représentant le centre jeunesse et d'un pédiatre expert en maltraitance réexamine les cas de décès d'enfants âgés de cinq ans et moins⁹⁴.

En Ontario, le Bureau du coroner a fondé en 1989 le Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée⁹⁵. Celui-ci est formé entre autres d'un coroner régional provincial, d'une représentante du ministère de la Santé et des Soins de longue durée et de plusieurs professionnels de la santé, y compris des gériatres⁹⁶. Le comité publie un rapport annuel de ses activités, dans lequel il présente les recommandations qu'il a formulées à l'issue de l'examen de cas de décès de résidents âgés d'établissements de soins de longue durée qui lui ont été soumis par les coroners régionaux provinciaux⁹⁷.

La coroner Rudel-Tessier avait recommandé il y a quelques années la création d'un comité semblable, soit « un comité multipartite ayant comme mandat d'examiner les décès de personnes âgées dont les causes ou les circonstances suscitent des interrogations afin d'avoir un meilleur portrait de la situation des personnes âgées et des facteurs ayant contribué à leur décès »⁹⁸.

La Commission recommande au Bureau du coroner et au ministère de la Santé et des Services sociaux de constituer un comité multidisciplinaire qui aurait le mandat d'examiner les décès de personnes âgées hébergées.

⁹⁴ Jean LABBÉ, « Comité multidisciplinaire d'examen de décès d'enfants. Expérience de Québec », (2005) 12 (6) *Archives de pédiatrie* 666, 667. Voir aussi : DIRECTEUR DES POURSUITES CRIMINELLES ET PÉNALES, *Rapport annuel de gestion du Directeur des poursuites criminelles et pénales 2007-2008*, p. 39. Un comité similaire mis en place à Montréal en 1997 ne semble plus fonctionner.

⁹⁵ Voir : BUREAU DU CORONER EN CHEF DE L'ONTARIO, *Vingtième rapport annuel du Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée*, septembre 2010.

⁹⁶ *Id.*, p. 1.

⁹⁷ *Id.*, pp. 2 et 4.

⁹⁸ « Rapport du coroner sur les décès dans les résidences privées pour personnes âgées », communiqué, 12 janvier 2006.

3.3 Introduire la négligence dans la liste des circonstances visées par l'avis obligatoire

La majorité des lois adoptées dans d'autres provinces prévoient que les décès survenus par suite de négligence doivent faire l'objet d'un avis au coroner⁹⁹. C'était d'ailleurs une situation qui était couverte par la loi antérieure¹⁰⁰ à la LRCCD et son maintien avait été proposé dans le rapport qui est à l'origine de la réforme législative de 1983¹⁰¹. Cette circonstance n'a pas été retenue dans la nouvelle loi.

Compte tenu que la négligence constitue l'une des circonstances qui peuvent conduire au décès de personnes âgées, qu'elles soient hébergées ou qu'elles vivent à domicile, et considérant qu'il serait très utile que le coroner ait le mandat plus explicite de formuler des recommandations pour prévenir les décès résultant de ces situations, la Commission recommande que la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès* soit modifiée afin d'inclure expressément les décès par suite de négligence dans la liste des circonstances visées par l'avis obligatoire.

3.4 Imposer un avis obligatoire au coroner en lui donnant un pouvoir discrétionnaire de faire une investigation

Une autre voie à envisager serait de réintroduire dans la loi une obligation d'avis, mais de moduler l'obligation faite au coroner de procéder à une intervention approfondie, dans ces situations. Ce mécanisme existe en Ontario depuis 1994 :

⁹⁹ Alberta : *Fatality Inquiries Act*, préc., note 46, art. 10(2)(e); Colombie-Britannique: *Coroners Act*, S.B.C. 2007, c. 15, art. 2(1)(a); Île-du-Prince-Édouard : *Coroners Act*, R.S.P.E.I. 1988, c. C-25.1 , art. 5(1)(b); Manitoba : *Loi sur les enquêtes médico-légales*, C.P.L.M. c. F52, art. 7(9)(a)(ii); Nouvelle-Écosse : *Fatality Investigations Act*, S.N.S. 2001, c. 31, art. 9(e) et 10(1)(b); Nunavut : *Loi sur les coroners*, L.R.T.N.-O. (Nu.) 1988, c. C-20, art. 8(1)(b); Ontario : *Loi sur les coroners*, L.R.O. 1990, c. C.37, art. 10(1)(a)(iii); Saskatchewan : *Coroners Act*, 1999, S.S. 1999, c. C-38.01, art. 7(1)(c); Terre-Neuve-et-Labrador : *Fatalities Investigations Act*, S.N.L. 1995, c. F-6.1, art. 5(e) et 6(1)(b); Territoires du Nord-Ouest, *Loi sur les coroners*, L.T.N.-O. 2003, c. 12, art. 8(1)(b); Yukon : *Loi sur les coroners*, L.R.Y. 2002, c. 44, art. 5.

¹⁰⁰ *Loi sur les coroners*, préc., note 6, art. 9 : « Quiconque sait ou apprend qu'une personne est décédée d'une façon soudaine ou violente ou par suite de négligence ou de conduite coupable de la part d'un tiers, ou par suite de causes qui sont inconnues ou suspectes ou ne paraissent pas naturelles, doit en aviser immédiatement le coroner du district où le cadavre a été trouvé. »

¹⁰¹ MINISTÈRE DE LA JUSTICE, préc., note 77, vol. III, Recommandations à caractère législatif, p. 36.

« Si une personne décède pendant son séjour dans un foyer de soins de longue durée auquel s'applique la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, la personne qui est responsable du foyer donne immédiatement avis du décès à un coroner. Si celui-ci est d'avis que le décès devrait faire l'objet d'une investigation, il fait une investigation sur les circonstances du décès et si, par suite de cette investigation, il est d'avis qu'une enquête sur la cause du décès devrait être tenue, il tient cette enquête. »¹⁰²

Par conséquent, le coroner doit être systématiquement avisé des décès de personnes qui séjournent dans les foyers de soins de longue durée par le responsable de l'établissement. Le coroner doit évaluer chaque fois la pertinence de procéder à une investigation, contrairement aux autres situations d'avis obligatoires prévues par la loi ontarienne.

Afin d'exercer son pouvoir d'évaluation, le Bureau du coroner a établi la procédure suivante. Dans tous les cas de décès, le responsable de l'établissement doit remplir un avis de décès qu'il doit transmettre dans les 48 heures du décès au Bureau du coroner¹⁰³.

Ce document identifie, sous forme de questions, dix situations où le coroner local doit être directement et immédiatement avisé.

Les premières questions visent des situations qui doivent faire l'objet d'un avis obligatoire en vertu d'autres dispositions de la loi, telles les décès accidentels et les décès soudains et imprévus¹⁰⁴. Mais l'une d'entre elles est particulièrement utile puisqu'elle reformule une des situations prévues par la loi afin de la rendre applicable aux foyers de soins de longue durée : « La famille ou l'un des prestataires de soins ont-ils exprimé des préoccupations au sujet des soins prodigués à la personne décédée? »

Une deuxième catégorie de questions visent des situations laissant entrevoir des décès en série, entre autres les situations suivantes : « A-t-on noté une augmentation récente du nombre de décès dans la maison de soins infirmiers, le foyer pour personnes âgées ou l'établissement de bienfaisance? A-t-on noté une augmentation récente du nombre des transferts à l'hôpital? »

¹⁰² *Loi sur les coroners*, préc., note 99, art. 10(2.1) tel que modifié.

¹⁰³ MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ COMMUNAUTAIRE ET DES SERVICES CORRECTIONNELS, Bureau du coroner en chef de l'Ontario, *Avis de décès de patient en établissement*, version 3. Voir l'intégralité du document en annexe.

¹⁰⁴ *Loi sur les coroners*, préc., note 99, art. 10(1).

Finalement, la procédure prévoit qu'un nombre seuil de décès, généralement tous les dixièmes décès, doivent systématiquement être signalés au coroner local, même lorsqu'un des neuf décès précédents a fait l'objet d'une investigation.

Par conséquent, tous les décès qui ne sont pas dus à des causes naturelles et tous les décès qui semblent être dus à des causes naturelles, mais dont les circonstances soulèvent des préoccupations, doivent être signalés et feraient, selon le coroner Dan Cass, l'objet d'une investigation.

Cette procédure aménagée nous semble intéressante. Avant de la retenir comme modèle, il faudra cependant tenir compte des lacunes qui ont été signalées par le Advocacy Centre for the Elderly, lors des débats parlementaires concernant l'adoption de la *Loi de 2009 modifiant la Loi sur les coroners*¹⁰⁵. Leurs critiques portaient sur le manque de formation des coroners et sur le fait que la procédure serait mal comprise par les responsables d'établissement, et donc mal appliquée. L'organisme demandait par conséquent que les dispositions de la loi soient plus explicites.

La Commission recommande que la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès* soit modifiée afin d'élargir aux CHSLD, aux ressources intermédiaires et aux résidences pour personnes âgées l'obligation d'aviser le coroner de tout décès, tout en donnant à celui-ci le pouvoir de déterminer s'il y a lieu de faire une investigation dans ces cas.

¹⁰⁵ ASSEMBLÉE LÉGISLATIVE DE L'ONTARIO, *Journal des débats (Hansard)*, Comité permanent de la justice, 1^{ère} sess., 39^e légis., 26 mars 2009, p. JP-290 et suiv., [En ligne]. http://www.ontla.on.ca/committee-proceedings/transcripts/files_pdf/26-MAR-2009_JP013.pdf. Voir également le mémoire de l'organisation : Written Submission to the Standing Committee on Justice Policy: Bill 115, An Act to Amend the Coroners Act, 26 mars 2009, [En ligne]. http://www.advocacycentreelderly.org/appimages/file/Bill_115_-_Coroners_Amendment_Act_-_March_2009.pdf

CONCLUSION

Conformément au mandat que lui confie la Charte, la Commission a examiné la plainte de monsieur Louis Plamondon. Elle conclut que la *Loi sur la recherche des causes et circonstances des décès* n'est pas discriminatoire envers les personnes âgées, au sens de l'article 10, en raison de l'existence d'une distinction entre elles et les autres personnes vulnérables qui sont hébergées ou sous la garde d'établissements ou de ressources visés par l'avis obligatoire au coroner. Si elles sont effectivement vulnérables, ce que reconnaissait la loi en 1983, les personnes âgées hébergées dans des milieux substitués possèdent une caractéristique qui les distingue des autres catégories de personnes hébergées. Elles font partie du groupe de la population qui décède majoritairement de causes naturelles et l'investigation systématique de leur décès dans ces cas par le coroner est inutile.

Cependant, les dispositions actuelles de la loi ne prennent pas en compte la vulnérabilité et la perte d'autonomie associées à leur âge. Aussi, dans l'objectif d'assurer le respect, en pleine égalité, des droits à la vie, à la sûreté et à l'intégrité, garantis par les articles 1 et 10 de la Charte, des personnes âgées hébergées dans un CHSLD, une ressource intermédiaire ou une résidence pour personnes âgées, la Commission a formulé des recommandations qui s'adressent au Collège des médecins du Québec, aux facultés de médecine, aux fédérations de médecins, au Bureau du coroner et au gouvernement.

La Commission recommande :

- § que les facultés de médecine, le Collège des médecins du Québec et les fédérations de médecins s'assurent respectivement que la formation initiale ou continue des médecins inclut spécifiquement leurs responsabilités professionnelles et juridiques relatives à l'avis au coroner;
- § que le Collège des médecins du Québec rappelle périodiquement à ses membres leurs obligations relatives à l'avis au coroner;

- § que le Bureau du coroner et le ministère de la Santé et des Services sociaux constituent un comité multidisciplinaire qui aurait le mandat d'examiner les décès de personnes âgées hébergées;
- § que la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès* soit modifiée afin d'inclure expressément la négligence dans la liste des circonstances visées par l'avis obligatoire;
- § que la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès* soit modifiée afin d'élargir aux CHSLD, aux ressources intermédiaires et aux résidences pour personnes âgées l'obligation d'aviser le coroner, tout en donnant à celui-ci le pouvoir de déterminer s'il y a lieu de faire une investigation dans ces cas.

En terminant, la Commission invite le gouvernement à examiner les propositions de mesures en ayant à l'esprit la résolution que vient d'adopter l'Assemblée générale des Nations Unies en vue d'assurer le suivi du Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement¹⁰⁶. En particulier, l'Assemblée générale engage les gouvernements à créer des conditions permettant aux familles et aux communautés de dispenser soins et protection aux personnes vieillissantes et de réduire, notamment, la mortalité et elle demande aux États Membres d'élaborer des stratégies de prévention plus efficaces et des lois et politiques plus énergiques pour traiter les problèmes de mauvais traitements et de violences à l'encontre des personnes âgées¹⁰⁷.

¹⁰⁶ Assemblée générale des Nations Unies, *Suite donnée à la deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement*, Doc. N.U. A/C.3/65/L.8/Rev.1, 16 novembre 2010, par. 11 et 17, [En ligne]. <<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/LTD/N10/641/59/PDF/N1064159.pdf?OpenElement>>

¹⁰⁷ *Id.*, par. 11 et 17.

ANNEXE



Ministère de la Sécurité
communautaire et des
Services correctionnels
Bureau du coroner en
chef

AVIS DE DÉCÈS DE PATIENT EN ÉTABLISSEMENT Version 3

La *Loi sur les coroners* exige que **TOUT** décès d'une personne séjournant dans un foyer pour personnes âgées, un établissement de bienfaisance ou une maison de soins infirmiers doit être signalé au Bureau du coroner en chef. Les responsables de ces établissements (ou les personnes qu'ils ou elles désignent) sont tenus de signaler **CHAQUE** décès de bénéficiaire au Bureau du coroner en chef en remplissant et en remettant le présent Avis. Lorsqu'une personne séjournant habituellement dans l'un de ces établissements décède dans les 30 jours de son transfert à l'hôpital, l'administrateur ou l'administratrice de l'hôpital (ou la personne qu'il ou elle désigne) doit signaler **CHAQUE** décès en remplissant cet Avis et le remettant au Bureau du coroner en chef. L'administrateur ou l'administratrice de l'hôpital (ou la personne qu'il ou elle désigne) doit communiquer avec un représentant de l'établissement d'où la personne a été transférée, afin d'obtenir des réponses aux questions 7 à 10.

Outre la remise de cet Avis, si la réponse à **L'UNE QUELCONQUE** des 10 questions indiquées ci-dessous est **OUI**, le décès doit **AUSSI** être signalé **DIRECTEMENT ET IMMÉDIATEMENT** à un coroner local :

Nom de la personne décédée Homme Âge : Date et heure du décès :
(écrire en lettres moulées ci-dessous)

Femme

Nom et adresse de l'établissement
(écrire en lettres moulées ci-dessous)

Type d'établissement (*choisir un*)

Maison de soins infirmiers Foyer pour personnes âgées

Établissement de bienfaisance

Nom et adresse de l'hôpital (*si le décès est survenu à l'hôpital*) (écrire en lettres moulées ci-dessous)

Les questions ci-dessous visent à déterminer s'il y a lieu d'aviser un coroner local. Si la réponse à l'une de ces questions est **OUI**, un coroner local **DOIT** être avisé **DIRECTEMENT ET IMMÉDIATEMENT**. Si un coroner local est avisé, le nom du coroner doit être inscrit au bas de cet Avis.

1) Décès accidentel?

OUI NON

(Un accident est un événement qui a causé des blessures involontaires qui ont déclenché le processus menant au décès. L'intervalle entre les blessures et le décès peut durer de quelques minutes à des années. Par exemple, une fracture de la hanche est une blessure courante qui démarre le processus menant au décès chez les personnes âgées. Si l'on peut établir un lien possible entre une fracture ou une blessure et les événements qui ont mené au décès, ce dernier doit être signalé à un coroner).

2) Suicide?

OUI NON

(Décès dû à un facteur externe initié par la personne décédée.)

3) Homicide?

OUI NON

(Décès dû à un facteur externe initié par une autre personne que la personne décédée.)

***S'il est possible qu'il s'agisse d'un suicide ou d'un homicide, il faut téléphoner à la fois à la police et au coroner et mettre la pièce sous scellées jusqu'à ce qu'ils arrivent.**

4) Cause indéterminée?

(Les circonstances du décès ne sont pas claires. Il existe des raisons de croire que le décès peut ne pas être dû à des causes naturelles, mais il ne s'agit pas clairement d'un accident, d'un suicide ou d'un homicide.)

OUI NON

5) Le décès est-il soudain et imprévu?

(c.-à-d., le décès n'était pas raisonnablement prévisible.)

OUI NON

6) La famille ou l'un des prestataires de soins ont-ils exprimé des préoccupations au sujet des soins prodigués à la personne décédée?

OUI NON

7) A-t-on noté une augmentation récente du nombre de décès dans la maison de soins infirmiers, le foyer pour personnes âgées ou l'établissement de bienfaisance?

OUI NON

8) A-t-on noté une augmentation récente du nombre des transferts à l'hôpital?

OUI NON

9) Si ce décès est survenu durant l'écllosion d'une maladie ou une épidémie, le décès y est-il relié?

OUI NON

10) Le décès s'inscrit-il dans un seuil (le seuil est atteint au 10^e décès, pour la plupart des établissements), peu importe qu'un coroner local ait réalisé une enquête sur l'un des neuf décès précédents)?

OUI NON

ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES CI-DESSOUS le nom et le titre de la personne qui a rempli ce formulaire

Signature

Numéro de téléphone

Date à laquelle le formulaire a été rempli

ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES CI-DESSOUS le nom et le numéro de téléphone du coroner local si celui-ci a été avisé.

Dans les 48 heures du décès, faire parvenir cet Avis par la poste à:

Bureau du coroner en chef
26, rue Grenville, 2^e étage
Toronto (Ontario) M7A 2G9

OU

Télécopier à :

Bureau du coroner en chef
416-314-0888