

COUR SUPÉRIEURE

CANADA
PROVINCE DE QUÉBEC
DISTRICT DE MONTRÉAL

No : 500-06-001062-203

DATE : 22 janvier 2024

SOUS LA PRÉSIDENTE DE L'HONORABLE DONALD BISSON J.C.S

(JB4644)

**JEAN-PIERRE DAUBOIS, personnellement et ès *qualités* d'héritier et de liquidateur
de la succession de feu ANNA JOSÉ MAQUET**

Demandeur

c.

**CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE SAINTE-DOROTHÉE,
ET AL.**

Défendeurs

JUGEMENT

(Sur demande d'autorisation d'exercer une action collective)

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES.....	1
1. Introduction.....	2
2. Le droit applicable.....	7
3. Apparence de droit – 575 (2) CPC.....	10
3.1 Causes d'action du demandeur	10
3.1.1 Portait du débat	10
3.1.2 En général	11
3.1.3 De façon encore plus spécifique	12
3.2 Précisions sur le droit applicable à l'étape de l'apparence de droit.....	16
3.3 Les allégations du demandeur quant à son cas personnel et les fautes reprochées aux défendeurs pertinents	17
3.3.1 Faits personnels au demandeur	17

3.3.2 Faute reprochée au CHSLD Sainte-Dorothée et au défendeur Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval	20
3.3.3 Faute reprochée au PGQ	28
3.4 Décision du Tribunal sur l'apparence de droit du demandeur quant à son recours personnel	45
3.4.1 La faute	45
3.4.2 Les dommages compensatoires et la causalité	50
3.4.3 Les dommages punitifs.....	56
3.5 Les allégations du demandeur quant au reste des CHSLD et à l'inter-vague et à la deuxième vague de COVID-19.....	60
3.6 Décision du Tribunal sur l'apparence de droit du demandeur contre les défendeurs quant à son recours contre tous les autres établissements.....	64
3.6.1 La faute	64
3.6.1.1 Quant aux autres CHSLD du Québec : identité et critère d'identification	66
3.6.1.2 Quant à la deuxième vague et à l'inter-vague.....	74
3.6.2 Les dommages compensatoires, la causalité et les dommages punitifs	81
3.7 Conclusion sur l'apparence de droit.....	81
4. Questions identiques, similaires ou connexes – 575(1) Cpc – et définition du groupe.....	82
5. Composition du groupe – 575(3) Cpc.....	83
6. Représentant – 575(4) Cpc	85
7. Conclusion sur les quatre critères de l'article 575 Cpc et sur la définition du groupe.....	86
8. Recouvrement	86
9. District judiciaire.....	86
10. Délai d'exclusion et avis aux membres	87
11. Frais de justice.....	87
POUR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL :	87
ANNEXE	93

1. INTRODUCTION

[1] Le présent jugement concerne la décision sur l'autorisation d'exercer une action collective quant à la présence de COVID-19 dans les CHSLD publics du Québec en 2020 et 2021. Pour les raisons qui suivent, le Tribunal va autoriser l'exercice d'une action collective à cet égard, mais selon des paramètres légèrement différents de ce qui a été demandé.

[2] Le 20 avril 2020, le demandeur a déposé une demande d'autorisation d'exercer une action collective. Suite à diverses modifications et à plusieurs décisions du Tribunal,

dont celles du 26 octobre 2021¹ et du 18 septembre 2023², le Tribunal était saisi en début d'audition de la Demande introductive d'instance en autorisation d'exercer une action collective et pour obtenir le statut de représentant modifiée en date du 1^{er} août 2023. En cours d'audition, le 21 septembre 2023, le Tribunal a autorisé³ une dernière modification, de sorte qu'il est maintenant saisi de la Demande introductive d'instance en autorisation d'exercer une action collective et pour obtenir le statut de représentant modifiée en date du 20 septembre 2023 (la « Demande d'autorisation »). En vertu de la Demande d'autorisation, le demandeur, dont la mère est décédée le 3 avril 2020 des suites d'une infection à la COVID-19 au CHSLD Sainte-Dorothée, demande l'autorisation d'exercer une action collective à l'encontre des défendeurs pour le groupe suivant :

Toute personne ayant résidé dans l'un des CHSLD publics énumérés à la liste ci-jointe à tout moment entre le 13 mars 2020 et le 20 mars 2021, ainsi que leur conjoint, leur(s) aidant(s) naturel(s), leurs enfants et leurs petits-enfants, de même que les héritiers et ayants droit des résidents décédés⁴.

[3] Le paragraphe 1.1 de la Demande d'autorisation prévoit également ceci :

La liste jointe en annexe inclut la liste préliminaire des CHSLD publics ayant connu une éclosion de COVID-19, soit la présence de deux cas dans une installation, survenus sur une période de 14 jours, sur la foi des informations contenues aux Pièces R-1 et R-2 déposées par les défendeurs CISSS et CIUSSS.

[4] La « liste ci-jointe » est reproduite en annexe au présent jugement.

[5] Les 20 défendeurs Centres intégrés de santé et de services sociaux (« CISSS ») et Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (« CIUSSS ») sont les établissements de santé du Québec dont font partie les CHSLD publics. Le Tribunal les désigne comme étant les « établissements » ou les « établissements défendeurs ».

[6] Le défendeur Centre d'hébergement et de soins de longue durée Sainte-Dorothée (« CHSLD Sainte-Dorothée ») est régi par le défendeur Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval. C'est dans ce CHSLD que résidait la mère du demandeur.

[7] Le défendeur Procureur général du Québec (« PGQ ») est le représentant du défendeur ministère de la Santé et des Services sociaux (« MSSS »), du Ministre de la Santé et des Services sociaux, et du défendeur directeur national de la santé publique (« DNSP »).

¹ *Daubois (Succession de Maquet) c. Centre d'hébergement et de soins de longue durée Sainte-Dorothée*, 2021 QCCS 4467.

² Décision sur procès-verbal.

³ Sur procès-verbal.

⁴ Par. 1 de la Demande d'autorisation.

[8] Les questions de droit ou de fait identiques, similaires ou connexes proposées par le demandeur dans la Demande d'autorisation (par. 79) sont les suivantes et donnent un aperçu du litige :

a) Dans le cadre de la gestion de la pandémie de COVID-19, les CISSS et les CIUSSS défendeurs ont-ils failli à leurs obligations législatives envers les membres en vertu notamment de la LSSSS⁵ et à la *Charte des droits et libertés de la personne*⁶ (la « Charte »)?

b) Dans le cadre de la gestion de la pandémie de COVID-19, les CISSS et les CIUSSS défendeurs ont-ils commis des fautes à l'égard des membres donnant ouverture à des dommages compensatoires?

c) Quelles sont les fautes commises par les CISSS et les CIUSSS défendeurs dans le cadre de la gestion de la pandémie de COVID-19, incluant à titre d'exemple et de manière non-exhaustive :

- L'omission d'avoir adopté ou mis à jour un Plan régional de lutte à une pandémie d'influenza entre 2006 et 2020?
- L'omission d'avoir pris des mesures pour préparer les CHSLD sous leurs responsabilités à la pandémie en janvier et février 2020?
- Le fait d'avoir contraint des employés symptomatiques ou à risque à travailler en CHSLD?
- L'omission de mettre en place en temps utile les mesures d'isolement incluant l'établissement d'une « zone chaude » et d'une « zone froide », le port d'ÉPI de façon conforme aux règles de l'art et l'adoption des mesures de protection et de distanciation indiquée?
- L'omission de former leur personnel quant au port de l'équipement de protection et quant aux mesures de prévention et de protection adéquates?
- L'omission d'approvisionner leur personnel en ÉPI de façon conforme aux règles de l'art?
- L'omission de protéger les résidents de CHSLD alors que ceux-ci étaient identifiés dès janvier 2020 comme faisant partie de la population la plus vulnérable?
- Le fait d'avoir abaissé systématiquement les niveaux de soins des patients en CHSLD sans égard à l'obtention d'un consentement libre et éclairé?

d) Dans le cadre de la gestion de la pandémie de COVID-19, le Ministre et le DNSP ont-ils commis des fautes à l'égard des membres donnant ouverture à des dommages compensatoires?

⁵ Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ, c. S-4.2.

⁶ RLRQ, c. C-12.

e) Quelles sont les fautes commises par le Ministre et le DNSP dans le cadre de la gestion de la pandémie de COVID-19, incluant à titre d'exemple et de manière non-exhaustive :

- L'omission de mettre à jour et d'appliquer le Plan de 2006 en temps opportun?
- L'omission de planifier un approvisionnement en ÉPI pour faire face à la première vague de COVID-19 qui s'annonçait?
- L'omission de prendre des mesures pour planifier l'offre de services la pénurie de personnel qui s'annonçait?
- L'omission de protéger les résidents de CHSLD alors que ceux-ci étaient identifiés dès janvier 2020 comme faisant partie de la population la plus vulnérable?
- L'omission de prendre les mesures nécessaires pour que les membres reçoivent les soins requis par leur état de santé?
- L'imposition d'une révision systématique des niveaux de soins des résidents en CHSLD dans un délai minimal?
- La décision d'interdire la visite des proches aidants?
- La décision d'interdire aux résidents en CHSLD les transferts dans les centres hospitaliers?

f) Dans le cadre de la gestion de la pandémie de COVID-19, les défenseurs ont-ils porté atteinte au droit à la sûreté, à la liberté, à l'intégrité, à la dignité, à l'égalité et à la vie des membres?

g) Les fautes commises par les défenseurs sont-elles causales des dommages des membres du Groupe?

h) Quels sont les dommages subis par les membres du Groupe en raison des fautes commises par les défenseurs?

i) Quelle est la portée de l'immunité conférée aux défenseurs par l'article 123 de la *Loi sur la santé publique*⁷?

j) Les fautes des défenseurs donnent-elles ouverture à des dommages exemplaires?

[9] Dans son jugement du 26 octobre 2021⁸, le Tribunal a permis aux établissements défenseurs de produire en preuve les Pièces R-1, R-2, R-2.1 et les pages 1 à 6 de la Pièce R-3, excluant les sections « Discussion » et « Conclusion » des pages 6 et 7 de la Pièce R-3. Le Tribunal leur a également permis de déposer une mise à jour des Pièces

⁷ RLRQ, c. S-2.2

⁸ Précité, note 1.

R-1 et R-2, au plus tard le 25 février 2022. Le Tribunal a enfin permis au PGQ de produire les Pièces PGQ-3 à PGQ-39.

[10] Par jugement du 4 octobre 2022⁹, le Tribunal a refusé aux établissements leur deuxième demande de permission de produire une preuve appropriée, dont le but était de tenter de répondre à la définition du groupe que le demandeur proposait alors; cette définition n'est plus au dossier suite aux modifications apportées.

[11] Les établissements défendeurs argumentent que la définition du groupe proposée par le demandeur est trop vaste pour rencontrer les critères d'autorisation d'une action collective énoncés à l'article 575 du *Code de procédure civile* (« Cpc ») et les critères applicables à la définition du groupe, précisant qu'en raison de cette définition du groupe, les critères des questions communes (art. 575 (1) et de la suffisance des allégations (art. 575 (2) ne sont pas satisfaits.

[12] Quant à lui, le PGQ adopte les arguments des établissements et ajoute ceci :

- Il y a absence de démonstration que la composition du groupe justifie l'autorisation de l'action collective (575(3) Cpc);
- L'étendue du groupe est telle qu'une majorité des membres n'a aucune cause d'action contre le PGQ (art. 575(2) Cpc);
- Les questions proposées ne peuvent faire l'objet d'une détermination collective (575(1) Cpc); et
- Subsidiairement, la demande en dommages compensatoires et en dommages punitifs découlant d'une allégation de violation aux droits fondamentaux est non fondée pour les membres indirects, faute d'apparence de droit.

[13] Les établissements adoptent également les arguments du PGQ.

[14] Par contre, les défendeurs ne contestent pas la capacité du demandeur d'être un représentant valide, peu importe le groupe que le Tribunal voudrait autoriser; ils ne contestent pas non plus la composition du groupe, peu importe le groupe que le Tribunal voudrait autoriser. Les défendeurs ne contestent pas non plus l'apparence de droit du demandeur dans son recours individuel ni même l'apparence de droit quant à un éventuel recours pour tous les résidents du CHSLD Sainte-Dorothée. Ce que les défendeurs argumentent, c'est que, même si le demandeur a possiblement une apparence de droit pour son recours individuel et pour celui des résidents du CHSLD Sainte-Dorothée, cela ne permet aucunement l'exercice d'une action collective de la taille de celle proposée par le demandeur, pour les motifs énoncés aux trois paragraphes précédents. Le Tribunal revient bien sûr plus loin en détail sur les arguments des parties, mais précise ici que les défendeurs indiquent de façon principale que :

⁹ *Succession de Maquet c. Centre d'hébergement et de soins de longue durée Sainte-Dorothée*, 2022 QCCS 3617.

- Les allégations du demandeur et les pièces au dossier ne permettent pas au demandeur de démontrer que son groupe peut être étendu en dehors du CHSLD Sainte-Dorothée, ni de l'inférer;
- Les allégations du demandeur et les pièces au dossier ne permettent pas au demandeur de démontrer l'existence d'une cause d'action ni d'un groupe pour la deuxième vague de COVID-19 ni pour l'inter-vague¹⁰;
- Les questions proposées pour tout l'ensemble des CHSLD du Québec ne sont aucunement communes et se comparent à la tenue d'une commission d'enquête;
- La définition proposée du groupe par le demandeur selon laquelle il faut « la présence de deux cas dans une installation, survenus sur une période de 14 jours » ne correspond pas aux allégations de la Demande d'autorisation. Seules les « éclosions majeures » sont visées, et cette notion n'est définie nulle part par le demandeur. Même si les pièces contiennent des indices de définition potentielle, il n'appartient pas ici au Tribunal de reformuler la définition du groupe.

[15] Le demandeur est en désaccord et indique que l'action collective qu'il propose satisfait tous les critères applicables, surtout à la lumière de la jurisprudence contemporaine de la Cour d'appel.

[16] Passons au droit applicable.

2. LE DROIT APPLICABLE

[17] L'autorisation d'exercer une action collective est accordée si chacun des quatre critères de l'article 575 Cpc est rempli. Cet article se lit ainsi :

575. Le tribunal autorise l'exercice de l'action collective et attribue le statut de représentant au membre qu'il désigne s'il est d'avis que :

1. les demandes des membres soulèvent des questions de droit ou de fait identiques, similaires ou connexes;
2. les faits allégués paraissent justifier les conclusions recherchées;
3. la composition du groupe rend difficile ou peu pratique l'application des règles sur le mandat d'ester en justice pour le compte d'autrui ou sur la jonction d'instance;
4. le membre auquel il entend attribuer le statut de représentant est en mesure d'assurer une représentation adéquate des membres.

¹⁰ L'inter-vague est la vague entre la première vague et la deuxième vague de COVID-19. Le demandeur définit la première vague entre le 13 mars 2020 et la fin avril 2020, l'inter-vague de mai à septembre 2020, et la deuxième vague de septembre 2020 au 20 mars 2021. Selon la preuve des établissements (Pièces R-1 et R-2 en liasse), la première vague a eu lieu du 27 février 2020 au 11 juillet 2020, l'inter-vague a eu lieu du 12 juillet 2020 au 22 août 2020, et la deuxième vague a eu lieu du 23 août 2020 au 20 mars 2021. Le demandeur débute la période de son groupe au 13 mars 2020, date du début de l'urgence sanitaire au Québec et de l'entrée en vigueur de certaines directives visant les CHSLD.

[18] Au jour de l'audition les 18, 21 et 22 septembre 2023, tous s'entendent sur les critères applicables, qui proviennent principalement des arrêts *Infineon*¹¹, *Vivendi*¹², *Oratoire Saint-Joseph*¹³ et *Asselin*¹⁴ de la Cour suprême du Canada :

- L'autorisation d'un recours collectif au Québec nécessite l'atteinte d'un seuil peu élevé;
- Une fois les quatre conditions énoncées à l'article 575 Cpc satisfaites, le juge d'autorisation doit autoriser le recours collectif; il ne bénéficie d'aucune discrétion résiduelle lui permettant de refuser l'autorisation au prétexte que, malgré l'atteinte de ces quatre conditions, le recours ne serait pas le véhicule le plus adéquat;
- La vocation de l'étape de l'autorisation du recours collectif est d'exercer une fonction de filtrage pour écarter les demandes frivoles, sans plus;
- Il n'y a aucune exigence que les questions communes soient prépondérantes par rapport aux questions individuelles. Au contraire, une seule question commune suffit si elle fait progresser le litige de façon non négligeable. Il n'est pas nécessaire que celle-ci soit déterminante pour le sort du litige;
- Il appartient au demandeur de démontrer que les critères de l'article 575 Cpc sont remplis. Son fardeau en est un de démonstration et non de preuve. Tout doute doit jouer en faveur de l'autorisation;
- Il suffit pour le demandeur de présenter une cause ayant une apparence sérieuse de droit, c'est-à-dire une cause ayant une chance de réussite, sans nécessiter pour lui d'établir une possibilité raisonnable de succès. Le mécanisme de filtrage ne doit empêcher que les demandes frivoles;
- Les faits allégués dans la demande d'autorisation sont tenus pour avérés à moins qu'une preuve non contredite ne démontre qu'ils sont faux. Les faits allégués par la défense ne sont pas tenus pour avérés s'ils sont susceptibles d'être éventuellement contredits par le demandeur;
- Par contre, les faits allégués ne peuvent être vagues et imprécis, et ceux qui ne sont pas à la connaissance personnelle du demandeur doivent être appuyés d'une « certaine preuve »¹⁵. **Ce critère a cependant été modifié par la Cour d'appel le 28 septembre 2023, comme on le verra au paragraphe suivant;**
- Le Tribunal ne peut pas tenir compte de ce qui est allégué dans un plan d'argumentation en l'absence d'assise factuelle dans la demande. Les opinions, les hypothèses, et l'argumentation ne constituent pas des faits allégués et ne lient aucunement le Tribunal;

¹¹ *Infineon Technologies AG c. Option consommateurs*, 2013 CSC 59.

¹² *Vivendi Canada inc. c. Dell'Aniello*, 2014 CSC 1.

¹³ *L'Oratoire Saint-Joseph du Mont-Royal c. J.J.*, 2019 CSC 35.

¹⁴ *Desjardins Cabinet de services financiers inc. c. Asselin*, 2020 CSC 30.

¹⁵ *Hazan c. Micron Technology Inc.*, 2023 QCCA 132.

- Le Tribunal doit prêter une attention particulière, non seulement aux faits allégués, mais aussi aux inférences ou présomptions de fait ou de droit qui sont susceptibles d'en découler et qui peuvent servir à établir l'existence d'une « cause défendable »;
- Enfin, le juge d'autorisation doit s'abstenir de trancher le fond de l'affaire en appréciant les faits. S'il s'agit d'une pure question de droit, le Tribunal a la discrétion, et non l'obligation, de la trancher;
- Il faut garder à l'esprit qu'avant le jugement d'autorisation, le recours n'existe pas sur une base collective. C'est donc à la lumière du recours individuel qu'il sera déterminé s'il y a apparence de droit;
- Finalement, lorsqu'une demande d'autorisation vise plusieurs défendeurs, la jurisprudence a clairement établi que des allégations de faits précis concernant chacun d'eux étaient essentielles à l'autorisation du recours.

[19] Le 28 septembre 2023, la Cour d'appel a rendu l'arrêt *Homsy c. Google*¹⁶, qui renverse sa propre jurisprudence¹⁷. Selon cet arrêt, les faits qui ne sont pas à la connaissance personnelle du demandeur n'ont pas à être appuyés d'une « certaine preuve » si les allégations qui les décrivent ne sont pas vagues et imprécises. La Cour d'appel explique que la jurisprudence québécoise (dont la sienne) avait mal lu et interprété la jurisprudence de la Cour suprême du Canada. Voici les passages pertinents de cet arrêt de la Cour d'appel du 28 septembre 2023 :

[24] [...]

Je paraphrase : ainsi donc, si les faits allégués sont suffisamment clairs, précis et spécifiques, la partie en demande est dispensée de fournir une « certaine preuve » au soutien de ce qu'elle allègue. Voilà qui à mon avis constitue une nouvelle atténuation des exigences préalables à l'obtention d'une autorisation. C'est néanmoins l'état actuel du droit positif.

[28] En l'espèce, les faits allégués permettant à l'appelant de supporter une cause défendable devaient être tenus pour avérés à moins qu'ils soient vagues, généraux ou imprécis, auxquels cas la cause d'action s'apparenterait plus à une hypothèse ou à une opinion, ce qui impliquerait que l'appelant présente une « certaine preuve » afin de soutenir ses prétentions.

[37] Le juge de première instance estime que l'appelant devait présenter une preuve de ces allégations étant donné qu'elles seraient toutes vagues et hypothétiques.

[38] Avec égards, le juge commet une erreur en exigeant de l'appelant qu'il fasse reposer ces allégations sur une preuve. Ces allégations de fait sont précises, détaillées, concevables et donc aucunement hypothétiques ni ne constituent qu'une opinion. L'appelant allègue s'être procuré un téléphone intelligent doté de l'application Google Photos qui accomplit ce qu'il décrit dans sa demande pour autorisation. Il

¹⁶ 2023 QCCA 1220.

¹⁷ Dont l'arrêt *Hazan c. Micron Technology*, précité, note 15.

n'avait certainement pas le fardeau de prouver le fonctionnement détaillé de l'application ni de prouver celui des algorithmes utilisés, lesquels sont d'ailleurs sans doute protégés par quelques secrets industriels.

[20] Le Tribunal a permis aux parties de lui faire leurs représentations écrites quant à la portée sur le présent dossier de cet arrêt, rendu après l'audition des 18, 21 et 22 septembre 2023.

[21] Le Tribunal revient plus loin sur certains de ces principes.

[22] Analysons maintenant les allégations du présent dossier au regard des quatre critères d'autorisation, en débutant par l'apparence de droit.

3. APPARENCE DE DROIT – 575 (2) CPC

[23] Le Tribunal débute en expliquant ce que reproche le demandeur aux défendeurs.

3.1 Causes d'action du demandeur

3.1.1 Portait du débat

[24] Le Tribunal constate que la cause d'action du recours du demandeur contre les établissements et le PGQ est la préparation fautive et la gestion fautive de la pandémie COVID-19 avant et pendant les deux premières vagues et l'inter-vague de la pandémie, en 2020 et 2021, ce qui a fait en sorte que tous les résidents des CHSLD publics du Québec, qu'ils aient eu ou non la COVID-19, ont subi pendant cette période des conséquences sur leur santé mentale et physique et sur le niveau de soin auquel ils auraient dû normalement avoir droit. Les victimes par ricochet sont également visées.

[25] Le débat vise cependant la portée du recours : tous les établissements où il y a eu deux cas de COVID-19 sont-ils visés? Ou est-ce plutôt un autre seuil? Un seuil est-il même définissable?

[26] Selon le demandeur, et contrairement à ce que prétendent les défendeurs, sa cause d'action n'est pas basée sur une « éclosion majeure » de cas de COVID-19 dans les CHSLD. Selon le demandeur, sa cause d'action est une série de gestes et d'absence de gestes qui ont eu pour conséquence, selon lui, que certains résidents ont eu la COVID-19 et certains autres ne l'ont pas eu, mais que tous les résidents des CHSLD du Québec où il y a eu 2 cas de COVID-19 ou plus ont subi des dommages des conséquences de la mauvaise préparation et gestion de la COVID-19. Selon le demandeur, ceci inclut des CHSLD où il n'y a pas eu d'éclosion majeure de COVID-19; cela couvrirait par exemple :

- Le cas, dans un CHSLD où il y a eu seulement 2 cas de COVID-19, d'un résident qui n'a pas eu le niveau de soins requis par sa condition car il n'a pas pu être transféré à l'hôpital en raison des directives alors en vigueur;

- Le cas, dans un CHSLD où il y a eu seulement 2 cas de COVID-19, d'un résident qui a souffert de solitude;
- Le cas, dans un CHSLD où il y a eu seulement 2 cas de COVID-19, d'un résident qui n'a pas eu des soins de base.

[27] Les défendeurs indiquent que toute la Demande d'autorisation et les pièces vont dans le sens que le recours proposé vise seulement les CHSLD où il y a eu éclosion majeure de COVID-19, car sinon il y aurait litispendance avec le dossier CPM déjà autorisé (500-06-000933-180)¹⁸ portant sur les soins aux résidents dans le milieu de vie substitut.

3.1.2 En général

- [28] De façon générale, le demandeur reproche essentiellement ceci aux défendeurs :
- Omission de mettre à jour le plan de 2006 de lutte contre les pandémies et omission d'activer ce plan en temps utile;
 - Omission d'adopter des plans régionaux pour chaque établissement;
 - Omission de mettre en place en temps utile les mesures pour lutter contre la pandémie;
 - Omission de mettre en place des directives appropriées au développement de la pandémie;
 - Non-respect de certaines directives;
 - Adoption et application de directives qui ont eu pour effet de réduire le niveau de soins des résidents des CHSLD et même de les en priver;
 - Omission de fournir en temps utile aux employés des CHSLD des équipements de protection individuelle;
 - Transfert de patients des hôpitaux vers les CHSLD;
 - Omission de fournir des soins de base aux résidents des CHSLD.

[29] Selon le demandeur, ces fautes ont causé aux membres du groupe les éléments suivants : décès, douleurs physiques et psychologiques, manque de soins de base et solitude, peu importe qu'il y ait eu une éclosion majeure ou non de cas de COVID-19 dans un CHSLD donné. Si les membres sont décédés, leur succession pourrait réclamer ces dommages. De plus, des dommages auraient également été causés aux conjoints, aidants naturels, enfants et petits-enfants des membres du groupe. Enfin, le demandeur réclame des dommages punitifs.

¹⁸ Conseil pour la protection des malades c. Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre, 2019 QCCS 3934.

3.1.3 De façon encore plus spécifique

[30] De façon encore plus spécifique, la responsabilité du PGQ, ès-qualités de représentant du Ministre, du MSSS et du DNSP, est recherchée pour les motifs suivants, selon les allégations du demandeur :

- a) Le MSSS avait pour mission de maintenir, d'améliorer et de restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessibles un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec;
- b) Le MSSS avait notamment comme rôle d'exercer les fonctions nationales en santé publique, dont notamment les pouvoirs d'urgence sanitaire en vertu de la *Loi sur la santé publique*;
- c) Le DNSP avait pour mission de conseiller et d'assister le MSSS dans son rôle en santé publique, en exécutant notamment toute fonction ou pouvoir qui lui est délégué;
- d) Ils ont fautivement et négligemment omis de mettre à jour le Plan de 2006, Pièce P-7, aux fins de l'adapter à l'évolution des règles de l'art mondiales en matière de pandémie, évolution illustrée par les mises à jour répétées du plan de l'OMS;
- e) Ils ont fautivement et négligemment omis de mettre à jour le Plan de 2006, Pièce P-7, aux fins de l'adapter au changement de structure du système de santé québécois consécutif à l'adoption en 2015 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux* notamment par l'abolition des agences régionales, créant de ce fait un vide local en matière de gestion dans les CHSLD les ayant empêchés d'adopter une approche de gestion de crise;
- f) Ils ont fautivement et négligemment omis d'activer le Plan de 2006, Pièce P-7, en temps opportun dans les premières phases de la pandémie de COVID-19;
 - 1) Ils ont fautivement et négligemment omis de planifier un apport en équipements de protection individuels pour faire face à la pénurie qui s'annonçait dès janvier;
 - 2) Ils ont fautivement et négligemment omis de former le personnel de la santé en matière de port d'équipement de protection individuelle;
 - 3) Ils ont fautivement et négligemment omis de prendre des mesures pour atténuer la pénurie de personnel qui s'annonçait dès les premières phases du plan, et ce, malgré le fait que cette pénurie ait été, au final, plus de trois fois moins importante que la pénurie anticipée dans le plan;
 - 4) Ils ont fautivement et négligemment omis de protéger les résidents de CHSLD alors que ceux-ci étaient identifiés dès janvier 2020 comme faisant partie de la population la plus vulnérable;

5) Ils ont fautivement et négligemment omis de mettre en place un système automatisé pour permettre une consultation des données en temps réel et une analyse intégrée de tous les indicateurs requis pour soutenir l'intervention à chaque phase du plan de pandémie.

g) En raison de leur négligence à activer le plan de 2006, ils ont créé une situation d'improvisation dans laquelle les CHSLD ont été laissés pour compte et les directives adoptées étaient contraires aux règles de l'art;

h) En décrétant que les transferts des résidents en CHSLD vers les centres hospitaliers doivent être évités et qu'ils doivent devenir une mesure d'exception, ils ont fautivement et négligemment imposé une barrière discriminatoire et illégale à l'accès aux soins de santé ayant pour effet de priver de soins de santé aigus un segment bien ciblé de la population, à savoir les personnes âgées et vulnérables qui sont hébergées en CHSLD, le tout constituant une discrimination en vertu de l'article 10 de la Charte et contrevenant de ce fait notamment aux droits prévus aux articles 5 et 7 de la LSSSS ainsi qu'au droit à l'égalité et à la dignité consacrés aux articles 4 et 10 de la Charte, le tout constituant une faute lourde;

i) Ayant émis une directive visant à limiter les transferts hospitaliers en provenance des CHSLD, ils ont fautivement et négligemment omis de prendre les mesures nécessaires pour que les résidents de CHSLD reçoivent les soins requis par leur état de santé au sein des installations, portant atteinte, de ce fait, aux droits fondamentaux des résidents et entraînant le décès prévisible et évitable de résidents faute d'avoir reçu les soins requis par leur condition, en contravention notamment à l'article 7 de la LSSS et aux articles 1 et 2 de la Charte, le tout constituant une faute lourde;

j) Ayant émis une directive visant à interdire les visites d'aidants naturels, ils ont fautivement et négligemment omis de prendre les mesures nécessaires pour assurer que les patients privés de leurs aidants puissent continuer à recevoir les soins d'hygiène, l'aide aux repas et le soutien psychologique requis par leur état de santé, alors qu'ils savaient ou auraient dû savoir que ces aidants naturels jouaient un rôle fondamental auquel le personnel en place était incapable de remédier, donnant lieu à des situations de ruptures prolongées et généralisées de soins et services de base, le tout constituant une faute lourde;

k) En raison de l'improvisation et de la désorganisation décrites aux sous-paragraphe précédents, ils ont contribué à créer une situation dans laquelle des protocoles de détresse respiratoire contraires aux règles de l'art ont été adoptés par les établissements défendeurs et ont été utilisés par un personnel étant peu ou pas formé en soins palliatifs;

l) Face à l'ensemble des directives fortement attentatoires aux droits fondamentaux des résidents en CHSLD et face au contexte de pénurie de personnel rattaché à la pandémie de COVID-19, ils ont fautivement et négligemment omis de prendre les mesures nécessaires pour protéger l'intégrité physique et psychologique des

personnes âgées et vulnérables hébergées en CHSLD, en contravention notamment à l'article 5 de la LSSSS et à l'article 1 de la Charte;

m) Ils ont commis des fautes donnant ouverture à des dommages punitifs en vertu de la Charte.

[31] De façon encore plus spécifique, la responsabilité du défendeur CISSS Laval est recherchée pour les motifs suivants, selon les allégations du demandeur :

- a) Il est un établissement de santé au sens de la LSSSS;
- b) Il avait l'obligation de préserver la vie, la santé, la sécurité, la dignité et le bien-être des résidents du CHSLD Sainte-Dorothée, et il a fautivement et négligemment manqué à cette obligation;
- c) Il avait l'obligation de prodiguer aux résidents du CHSLD Sainte-Dorothée 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, et il a fautivement et négligemment manqué à cette obligation;
- d) Il a fautivement et négligemment omis d'adopter et de mettre à jour un Plan régional de lutte contre une pandémie d'influenza après l'entrée en vigueur du Plan de 2006;
- e) Il a fautivement et négligemment omis d'adopter toute mesure de préparation à une pandémie comme le prévoyait le Plan de 2006, de telle sorte qu'il a fautivement et négligemment omis de prendre les mesures prévues au Plan de 2006 pour se préparer à la première vague de COVID-19 en janvier et février 2020;
- f) Il connaissait ou aurait dû connaître les risques particuliers que présentait la COVID-19 pour les résidents du CHSLD Sainte-Dorothée;
- g) Il connaissait ou aurait dû connaître la directive ministérielle datée du 16 mars 2020 lui ordonnant de « [r]etirer immédiatement du milieu du travail une personne qui présente des symptômes de toux ou de fièvre [et] [r]éintégrer ces personnes au travail après 14 jours (après la fin des symptômes) ou en présence d'une confirmation d'une autorité compétente qu'il ne s'agit pas de la COVID-19, et ce, afin que la personne puisse assumer ses fonctions en toute sécurité pour les usagers et le personnel »;
- h) Il a fautivement et négligemment omis de respecter la directive ministérielle en obligeant deux employés, le ou vers le 22 mars 2020, à se présenter au travail tout en sachant que ceux-ci présentaient des symptômes de COVID-19;
- i) Il a fautivement et négligemment omis de mettre en place en temps utile les mesures d'isolement conformément aux directives ministérielles du 25 mars 2020, incluant l'établissement d'une « zone chaude » et d'une « zone froide », de même que le port d'équipements de protection adéquats et l'adoption des mesures de protection et de distanciation indiquées;

- j) Il a fautivement et négligemment omis de former son personnel quant au port de l'équipement de protection et quant aux mesures de prévention et de protection adéquates, exposant le personnel et les résidents à un risque accru d'infection;
- k) Il a fautivement et négligemment omis d'approvisionner son personnel en équipement de protection adéquat, exposant le personnel et les résidents à un risque accru d'infection, dans un contexte où cet équipement demeurait pourtant disponible en quantité suffisante au Québec;
- l) Il a fautivement et négligemment omis de respecter la directive ministérielle en obligeant une infirmière symptomatique en attente du résultat d'un test de COVID-19 à se présenter au travail le 16 avril 2020;
- m) Il a fautivement et négligemment omis de prodiguer des soins de base, dont des soins d'hygiène, d'alimentation et d'hydratation, aux résidents du CHSLD Sainte-Dorothée en mars, avril et mai 2020, en contravention des dispositions de la LSSSS et de la Charte, le tout constituant une faute lourde;
- n) Il a fautivement et négligemment mis en place une procédure visant à abaisser systématiquement les niveaux de soins des patients en CHSLD sans égard à l'obtention d'un consentement libre et éclairé des patients ou de la personne exerçant pour eux un consentement substitué;
- o) Il a fautivement et négligemment limité l'accès aux *Ventimask* pour les patients en détresse respiratoire, privant certains patients des soins requis par leur état et entraînant leur décès prévisible, en contravention notamment à l'article 7 de la LSSSS et à l'article 2 de la Charte;
- p) Il a fautivement et négligemment adopté un protocole de détresse respiratoire contraire aux règles de l'art et appliqué de façon contraire aux règles de l'art par un personnel peu ou pas formé en soins palliatifs, le tout constituant une faute lourde;
- q) Il a fautivement et négligemment transféré de façon improvisée et non-planifiée 71 patients en provenance du milieu hospitalier au CHSLD Sainte-Dorothée en mars 2020, créant de ce fait une surcharge dans la capacité du CHSLD à 263 patients, alors que sa capacité réelle était de 193 patients;
- r) Il a commis des fautes donnant ouverture à des dommages punitifs s en vertu de la Charte.

[32] Enfin, de façon encore plus spécifique, la responsabilité des établissements en général est recherchée pour les motifs suivants, selon les allégations du demandeur :

- a) Ils sont des établissements de santé au sens de la LSSSS;
- b) Ils avaient l'obligation de préserver la vie, la santé, la sécurité, la dignité et le bien-être des résidents de leurs CHSLD, et ils ont fautivement et négligemment manqué à cette obligation;
- c) Ils avaient l'obligation de prodiguer aux résidents de leurs CHSLD 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, et ils ont fautivement et négligemment manqué à cette obligation;

d) Ils ont fautivement et négligemment omis d'adopter et de mettre à jour un Plan régional de lutte contre une pandémie d'influenza après l'entrée en vigueur du Plan de 2006;

e) Ils ont fautivement et négligemment omis d'adopter toute mesure de préparation à une pandémie comme le prévoyait le Plan de 2006, de telle sorte qu'il a fautivement et négligemment omis de prendre les mesures prévues au Plan de 2006 pour se préparer à la première vague de COVID-19 en janvier et février 2020;

f) Ils connaissaient ou auraient dû connaître les risques particuliers que présentait la COVID-19 pour les résidents de leurs CHSLD;

g) Ils connaissaient ou auraient dû connaître et avoir des mécanismes d'application des directives ministérielles et des normes de l'Institut national de santé publique (« INSPQ ») en matière de prévention et contrôle des infections, et plus spécifiquement les directives relatives :

- À la délimitation des zones chaudes, tièdes et froides;
- Au port de l'équipement de protection individuelle;
- Aux règles en matière d'exclusion d'employés symptomatiques ou à risque;

h) Ils ont fautivement et négligemment omis d'appliquer les directives mentionnées aux paragraphes précédents, donnant lieu à des éclosions de COVID-19 et à leurs aggravations dans plus de 270 CHSLD;

i) Ils ont fautivement et négligemment mis en place une procédure visant à abaisser systématiquement les niveaux de soins des patients en CHSLD sans égard à l'obtention d'un consentement libre et éclairé des patients ou de la personne exerçant pour eux un consentement substitué;

j) Ils ont fautivement et négligemment adopté des protocoles de détresse respiratoire contraires aux règles de l'art et appliqué de façon contraire aux règles de l'art par un personnel peu ou pas formé en soins palliatifs, le tout constituant une faute lourde;

k) Ils ont commis des fautes donnant ouverture à des dommages punitifs en vertu de la Charte.

[33] Le Tribunal aborde maintenant quelques précisions sur l'état du droit.

3.2 Précisions sur le droit applicable à l'étape de l'apparence de droit

[34] Le Tribunal rappelle que, lorsqu'il évalue si la Demande d'autorisation satisfait au critère de l'article 575 (2) Cpc, il faut procéder en deux temps :

1. D'abord, l'examen du cas individuel du demandeur afin de déterminer si celui-ci fait valoir une cause d'action soutenable;
2. Ensuite, l'examen du syllogisme juridique proposé pour l'ensemble du groupe tel que défini.

[35] Dans la majorité des cas, cette deuxième étape est évidente ou peut se présumer à partir des faits allégués ou faire l'objet d'une présomption de faits. Le cas classique est le débat sur un frais de carte de crédit imposé par une institution financière ou un produit de consommation défectueux. Par contre, dans un cas comme le présent dossier, la partie demanderesse doit alléguer des faits qui permettent au Tribunal d'avoir une démonstration d'apparence de droit pour tous les membres du groupe, quant à la faute, au dommage et au lien de causalité.

[36] Cette démarche en deux temps a été adoptée par exemple par le Tribunal dans le dossier CPM afin de déterminer si le critère de l'article 575 (2) C.p.c. était rencontré dans le contexte d'une action collective visant le respect de la notion de milieu de vie substitut pour l'ensemble des CHSLD publics¹⁹. Dans ce jugement, après avoir déterminé que les faits allégués à l'endroit de la personne désignée (M. Pilote) justifiaient les conclusions recherchées pour son cas individuel, le Tribunal a procédé à l'analyse des allégations de la demande d'autorisation afin de déterminer si cette cause d'action pouvait être étendue à tout le groupe proposé, soit l'ensemble des CHSLD publics.

[37] De même, cette même démarche en deux temps dans l'examen du critère de l'article 575 (2) Cpc a été adoptée par la Cour supérieure dans le dossier Beaulieu dans un contexte similaire, soit des reproches basés sur la gestion de la pandémie de COVID-19 dans un milieu fermé, en l'occurrence les pénitenciers fédéraux du Québec²⁰.

3.3 Les allégations du demandeur quant à son cas personnel et les fautes reprochées aux défendeurs pertinents

3.3.1 Faits personnels au demandeur

[38] Voici ce qu'allègue le demandeur dans la Demande d'autorisation quant à son cas personnel, soit celui de sa mère :

Par. 2 :

- 1) Le demandeur, monsieur Jean-Pierre Daubois, est le fils de feu Anna José Maquet, née le 26 décembre 1925 et décédée le 3 avril 2020 à l'âge de 94 ans;

Par. 55 à 67.1.2 :

¹⁹ *Conseil pour la protection des malades c. Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre*, 2019 QCCS 3934, par. 25 à 44.

²⁰ *Beaulieu c. Procureur général du Canada*, 2021 QCCS 4559, par. 71 à 101.

- 2) Madame Anna José Maquet est née le 26 décembre 1925; elle était âgée de 94 ans au moment des faits en litige et elle était la mère du demandeur;
- 3) Madame Maquet résidait au CHSLD Sainte-Dorothée depuis le 1er juillet 2014, après un transfert en provenance de l'Hôpital St-Mary;
- 4) Madame Maquet souffrait de dégénérescence maculaire et d'une perte de mobilité liée à son âge, mais elle conservait ses capacités cognitives;
- 5) Le demandeur, monsieur Jean-Pierre Daubois, et sa sœur, madame Nicole Daubois, communiquent avec madame Maquet de façon quasi quotidienne suite à l'interdiction des visites le 13 mars 2020, et celle-ci les assure qu'elle va bien;
- 6) Le 20 mars 2020, la sœur du demandeur, madame Nicole Daubois, est informée par la docteur Tu Anh Nguyen, médecin de famille, que le niveau de soin de madame Maquet sera diminué aux fins d'éviter un transfert hospitalier, mais elle est assurée que sa mère recevra les soins requis par sa condition et elle n'est pas informée de la capacité limitée des CHSLD à traiter la santé des patients dans le contexte de la pandémie, tel qu'il appert de la déclaration de madame Daubois au sergent Frédéric Losier, enquêteur de la Sûreté du Québec, en date du 24 juin 2021, Pièce P-29;
- 7) Le ou vers le 1^{er} avril 2020, l'infirmière assignée à madame Maquet est placée en arrêt de travail après avoir reçu un résultat de test positif à la COVID-19, suite à ses nombreuses interactions avec des employés et patients symptomatiques;
- 8) Le 2 avril 2020, vers 18 h 00, madame Nicole Daubois communique avec sa mère et celle-ci lui assure qu'elle va bien;
- 9) Ce même jour, vers 20 h 00, le demandeur reçoit un appel d'un salarié du CISSS Laval temporairement réassigné aux communications, lequel lui indique que madame Maquet se porte bien;
- 10) Le 3 avril 2020, vers 6 h 40, madame Maquet s'étouffe alors qu'elle boit une bouteille d'eau gazeifiée et elle reçoit de l'oxygène, tel qu'il appert du dossier médical de madame Maquet, Pièce P-30;
- 11) Vers 8 h 00, madame Maquet tombe sous la responsabilité de madame Bianca Belean, CEPI (ci-après « la CEPI »), et ce, en contravention avec l'article 10(2) du Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par des personnes autres que des infirmières et des infirmiers;
- 12) Vers 8 h 30, la CEPI note que madame Maquet est alerte, éveillée, qu'elle sature à 93 % avec un tube nasogastrique à 1 litre d'oxygène, qu'elle respire à 20 respirations par minute et qu'elle est bien colorée;
- 13) Vers 10 h 30, la CEPI note que madame Maquet est plus somnolente, qu'elle vomit ses médicaments, qu'elle présente des râles audibles dyspnéiques à 36 respirations par minute et qu'elle sature à 85 %. L'oxygène est augmenté à 2 litres, suite à quoi la patiente sature à 90 %;

- 14) Vers 11 h 00, la CÉPI note que la patiente est toujours dyspnéique mais qu'elle se dit bien;
- 15) Vers 11 h 45, la docteur Tu Anh Nguyen prescrit à madame Daubois le protocole de détresse respiratoire, consistant alors en l'administration simultanée de morphine, de scopolamine et d'Ativan;
- 16) Ce même jour, vers 11 h 50, madame Nicole Daubois reçoit un appel du CHSLD l'informant que la condition de madame Maquet s'est détériorée, que celle-ci reçoit de l'oxygène et que le protocole de détresse respiratoire sera débuté sous peu;
- 17) Vers 11 h 50, la CEPI injecte 3 milligrammes de morphine à madame Maquet sur prescription de la docteur Nguyen et elle augmente l'administration d'oxygène à 6 litres;
- 18) Vers 12 h 00, la CEPI effectue un prélèvement aux fins de dépister madame Maquet afin d'établir si elle est ou non atteinte de COVID-19;
- 19) Vers 12 h 45, le protocole de détresse respiratoire est débuté par la CEPI, en contravention avec l'article 10(4) du Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par des personnes autres que des infirmières et des infirmiers;
- 20) Vers 15 h 10, la CEPI communique directement avec la docteure Tu Anh Nguyen, laquelle lui indique que la patiente est maintenant en niveau de soins D et ajuste à la hausse les doses prescrites au protocole de détresse respiratoire;
- 21) Vers 15 h 30, la CEPI administre la seconde dose du protocole de détresse respiratoire;
- 22) Ce même jour, le demandeur et sa sœur se rendent au CHSLD et obtiennent la permission de monter à la chambre de leur mère;
- 23) Voyant la détresse respiratoire de leur mère, le demandeur et sa sœur demandent s'il était possible de lui offrir un appareil plus puissant, mais la réponse fut négative, le demandeur et sa sœur n'étant pas informés que l'équipement nécessaire se trouvait alors à l'Hôpital Cité-de-la-Santé;
- 24) Ce même jour, vers 15 h 00, en présence du demandeur et de sa sœur, une infirmière prend le taux de saturation en oxygène de madame Maquet, lequel est à 42 %;
- 25) Le demandeur et sa sœur, préoccupés par l'état de santé de leur mère, questionnent alors l'infirmière, qui leur indique qu'elle référera leurs questions au médecin de garde;
- 26) Malgré ce qui précède, le médecin de garde ne se présente pas sur place et ne s'entretient pas avec le demandeur et sa sœur;

27) Vers 15 h 30, le demandeur et sa sœur constatent qu'il ne reste aucune infirmière et seulement deux préposés aux bénéficiaires et une infirmière auxiliaire sur l'unité pour environ 30 patients dont une grande partie sont infectés par la COVID-19;

28) Ce même jour, vers 20 h 08, le décès de madame Maquet est constaté;

29) En raison d'une baisse de niveau de soins effectuée sans l'obtention du consentement libre et éclairé de madame Nicole Daubois et en raison de directives limitant les soins, et notamment l'assistance ventilatoire pouvant être apportée aux patients en détresse respiratoire en CHSLD, madame Maquet n'a pas eu accès aux soins requis par sa condition après s'être étouffée en buvant un verre d'eau le 3 avril 2020 au matin, entraînant son décès;

30) Le 20 avril 2020, le test COVID-19 prélevé le 3 avril 2020 est retourné avec la mention « Test(s) annulé(s), problème technique au laboratoire »;

Par. 86 :

31) Le demandeur a subi, tant personnellement qu'en sa qualité d'héritier de sa défunte mère, feu Anna José Maquet, des dommages comparables aux autres membres du Groupe.

[39] Le Tribunal remarque qu'il n'est pas allégué que Mme Maquet ait eu elle-même la COVID-19. Ceci ne change rien, car la faute reprochée au CHSLD Sainte-Dorothée, au défendeur Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval et au PGQ n'est pas seulement d'avoir attrapé la COVID-19. Cette faute alléguée est beaucoup plus nuancée par le demandeur et le Tribunal la décrit aux deux sections suivantes.

**3.3.2 Faute reprochée au CHSLD Sainte-Dorothée et au défendeur
Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval**

[40] Le détail des allégations concernant la faute reprochée au défendeur CHSLD Sainte-Dorothée et au défendeur Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval se trouve aux paragraphes 25.14 à 54.2 de la Demande d'autorisation :

1) De 2006 à mars 2020, le CISSS Laval et les entités qui l'ont précédé avant la réforme de 2015 ont omis fautivement et négligemment d'adopter un *Plan régional de lutte contre une pandémie d'influenza* et de le mettre à jour, contrairement à ce qu'obligeait le Plan de 2006, Pièce P-7 (p. 13);

2) En mars 2020, dans le contexte de la stratégie provinciale de délestage des milieux hospitaliers, 71 personnes sont admises au CHSLD Sainte-Dorothée en provenance principalement de l'hôpital Cité-de-la-Santé, nécessitant notamment l'aménagement d'un nouvel espace pour accueillir des résidents dans des chambres communes de plusieurs patients au sous-sol de l'installation et engendrant une surpopulation du CHSLD à 263 résidents, alors que sa capacité est de 193 résidents;

- 3) Le 22 mars 2020, un préposé aux bénéficiaires et une infirmière auxiliaire du CHSLD Sainte-Dorothée communiquent avec leur employeur pour l'informer qu'ils présentent des symptômes compatibles avec la COVID-19 nécessitant une mise en isolement et pour demander d'être placés en arrêt de travail, conformément aux directives ministérielles. La demande de ces deux employés est fautivement et négligemment refusée par l'administration de l'établissement au motif que ceux-ci ne présentent pas tous les symptômes listés et ceux-ci ont été contraints de se présenter au travail. Suite au refus de leur employeur, les deux employés se présentent au travail et circulent subséquemment de chambre en chambre sur l'unité 1-C pour patients atteints d'Alzheimer, interagissant directement avec de nombreux résidents et propageant le virus. Les deux employés symptomatiques travaillent toute la semaine, soit du 22 au 26 mars 2020, et entrent en contact avec de nombreux employés;
- 4) Dans la semaine du 22 au 29 mars 2020, de nombreux employés du CHSLD Sainte-Dorothée aux prises avec des symptômes de COVID-19 tentent de communiquer avec la ligne téléphonique mise en place pour se faire dépister et placer en arrêt de travail, si nécessaire, mais ils éprouvent de grandes difficultés à rejoindre cette ligne et se voient fréquemment répondre qu'ils ne correspondent pas aux critères de dépistage, n'étant pas eux-mêmes de retour de voyage;
- 5) Le 24 mars 2020, le CHSLD Sainte-Dorothée reçoit des directives à jour de la santé publique leur demandant de placer en isolement et de dépister non seulement toute personne présentant l'un des symptômes de COVID-19, mais également toute personne ayant été en contact étroit avec une personne symptomatique, que ce soit à domicile ou en milieu de travail, tel qu'il appert du courriel de madame Marie-Hélène Brousseau, chef du service des relations de travail et liste de rappel du CISSS Laval, Pièce P-3;
- 6) Le 26 mars 2020, un premier patient du CHSLD Sainte-Dorothée est déclaré positif à la COVID-19 à l'unité 1-C, où travaillent toujours les deux employés symptomatiques;
- 7) Suite à la déclaration du premier cas de COVID-19, le CISSS Laval omet fautivement et négligemment de mettre en application le protocole d'isolement conformément aux directives du MSSS, de placer en isolement les employés ayant eu des contacts avec le patient positif et de fournir aux employés des équipements de protection;
- 8) Le ou vers le 26 mars 2020, certains employés de l'unité 1-C sont fautivement et négligemment assignés à d'autres unités où ils entrent en contact avec d'autres patients et membres du personnel;
- 9) Le 26 mars 2020, un premier cas positif de COVID-19 est détecté chez un patient de l'unité 1-C, mais aucune mesure n'est immédiatement mise en place pour protéger les autres patients;

- 10) Le ou vers le 29 mars 2020, les deux travailleurs symptomatiques sont testés, le résultat s'avère positif;
- 11) Le 31 mars 2020, le CISSS Laval annonce, par voie de communiqué, que 15 résidents ont été testés positifs au COVID-19, que 3 résidents en sont décédés, et que 9 employés ont été placés en isolement préventif;
- 12) Le ou vers le 26 mars 2020, une « zone rouge » est créée dans un salon commun du CHSLD, mais en plus d'y envoyer les patients positifs, la direction y envoie fautivement et négligemment les patients en attente des résultats de tests de dépistage, ceux-ci n'étant séparés des patients positifs que par un rideau;
- 13) Les préposés de la « zone rouge » circulent d'une section à l'autre de celle-ci sans prise de précaution, exposant les patients en dépistage au virus;
- 14) La « zone rouge » ne comportait pas de salle de bain, pas d'eau courante, pas de cloche d'appel et pas de séparation adéquate entre patients positifs et patients en attente de résultats de test, le tout en contravention avec les normes élémentaires en matière de prévention et contrôle des infections, tel qu'il appert notamment du témoignage d'une infirmière-chef dont le nom est interdit de publication à l'enquête publique du coroner, Pièce P-32-i;
- 15) Selon le témoignage d'une infirmière dont le nom est censuré, empêché de publication à l'enquête publique du coroner (ci-après « l'infirmière témoin »), au moins trois employés symptomatiques ont été contraints à demeurer sur place dans la semaine du 23 mars 2020, soit un premier employé le lundi 23 mars 2020, un second le mercredi 25 mars 2020 et un troisième le vendredi 27 mars 2020, tel qu'il appert du témoignage Pièce P-32-j;
- 16) Selon l'infirmière témoin, le vendredi 27 mars 2020, une infirmière (ci-après « l'infirmière symptomatique ») aurait appelé sa chef d'unité, madame Sophie Jean, pour lui indiquer qu'elle avait mal à la tête et qu'elle faisait de la température. Madame Jean lui aurait alors répondu qu'elle savait comment mettre l'ÉPI et se laver les mains et qu'en conséquence, elle devait s'équiper et se présenter au travail. Le travail de l'infirmière symptomatique à l'unité consistait notamment à distribuer la médication, tel qu'il appert du témoignage, Pièce P-32-j;
- 17) Selon l'infirmière témoin, l'infirmière symptomatique aurait développé une perte d'odorat pendant la journée du 27 mars 2020, suite à quoi l'infirmière témoin aurait appelé le bureau de la santé du CISSS de Laval aux fins de vérifier les consignes de prévention et contrôle des infections. L'appel de l'infirmière témoin demeure sans réponse, tel qu'il appert du témoignage Pièce P-32-j;
- 18) Selon l'infirmière témoin, ce même jour, vers 12 h 30, l'infirmière témoin a pris l'initiative de dire à l'infirmière symptomatique de quitter les lieux et d'aller se faire tester, suite à quoi l'infirmière symptomatique a été déclarée positive à la COVID-19, tel qu'il appert du témoignage, Pièce P-32-j;
- 19) Le 2 avril 2020, une employée anonyme du CHSLD Sainte-Dorothée envoie un courriel au docteur Olivier Haeck, microbiologiste et officier de la prévention

des infections au CISSS de Laval, l'informant de situations de pénurie d'ÉPI et de non-respect systémique des normes de prévention et contrôle des infections dans l'installation et d'un important manque d'équipement, tel qu'il appert du courriel, Pièce P-25, en liasse;

20) Le 4 avril 2020, la même employée anonyme envoie à nouveau un courriel au docteur Haeck en l'informant notamment du caractère inadéquat de la zone rouge, de patients décédés dont la dépouille demeure dans la zone rouge pour 12 heures avant d'être récupérée et d'un manque de médicaments pour patients en soins de confort, tel qu'il appert du courriel, Pièce P-25, en liasse;

21) Plusieurs patients dont les résultats au test reviennent négatifs sont subséquemment renvoyés à leur chambre, où ils développent des symptômes quelques jours plus tard en raison de leur exposition au virus pendant leur séjour en « zone rouge »;

22) Malgré l'éclosion de COVID-19 au sein du CHSLD Sainte-Dorothée, le CISSS Laval continue fautivement et négligemment d'y transférer de nouveaux patients en provenance des milieux hospitaliers, sans informer ces patients ou leurs proches du risque d'infection à la COVID-19;

23) Du 1^{er} avril au 5 mai 2020, l'employée en charge de la prévention et du contrôle des infections au CHSLD Sainte-Dorothée, madame Gabriella Filip, n'est plus présente sur place, étant en télétravail. Pendant cette période, il n'y a sur place aucun responsable de la prévention et du contrôle des infections, tel qu'il appert du témoignage de madame Julie Huard, chef de service en prévention et contrôle des infections, lors de l'enquête publique du coroner, Pièce P-32-k;

24) Le 2 avril 2020, le CHSLD Ste-Dorothée compte 38 cas confirmés chez les résidents et 4 décès;

25) Jusque vers le 4 avril 2020, les équipements de protection individuels sont fautivement et négligemment rationnés et gardés sous clé par les chefs d'unité, certains employés ne bénéficiant que d'un seul masque chirurgical pour l'ensemble de leur quart de travail;

26) Du 4 au 5 avril 2020, tous les résidents du CHSLD Sainte-Dorothée font l'objet d'un dépistage massif de COVID-19 qui révèle un taux de contamination très élevé et de nombreux résidents asymptomatiques;

27) Du 8 au 9 avril 2020, face au taux de contamination très élevé des résidents, les employés du CHSLD Sainte-Dorothée font à leur tour l'objet d'un dépistage massif, suite à quoi près de la moitié du personnel quitte en confinement en raison d'un résultat positif;

28) Le 6 avril 2020, le CHSLD Ste-Dorothée compte 107 cas confirmés chez les résidents et 8 décès, en plus de 50 cas confirmés ou suspectés chez les membres du personnel, faisant de cette éclosion la pire au Québec;

29) Devant l'ampleur de l'éclosion, les gestionnaires du CHSLD Ste-Dorothée renoncent fautivement à maintenir une « zone rouge » distincte, maintenant les résidents symptomatiques au même étage que les résidents asymptomatiques;

30) Devant l'ampleur de l'éclosion, le CHSLD Ste-Dorothée est aux prises avec une importante pénurie de personnel donnant lieu à une situation de négligence et de rupture généralisée et prolongée de soins et services de base envers les résidents;

31) Dans les jours suivant ce départ massif du personnel, le CHSLD a été aux prises avec un important manque de main-d'œuvre l'obligeant à faire appel en catastrophe à du personnel délesté et non formé;

32) Pendant cette période, *« des patients ont été des heures, voir un quart de travail complet, sans être hydratés, ni nourris. Des plateaux de repas non servis étaient ramassés le lendemain matin. Il y avait aussi plusieurs chutes, puisque des patients se levaient pour obtenir de l'aide »*, tel qu'il appert de la déclaration de madame France Choquette, infirmière et gestionnaire retraitée du CHSLD Sainte-Dorothée, à l'enquêteur Frédéric Losier en date du 8 avril 2021, Pièce P-26;

33) L'infirmière témoin a également témoigné de ce qui suit à l'enquête publique du coroner, Pièce P-32-j :

- La médication pour détresse respiratoire n'était pas toujours disponible pour soulager les patients en détresse; il lui a ainsi fallu trente minutes pour trouver la médication nécessaire pour soulager un patient en détresse respiratoire;
- Les transferts hospitaliers étaient pratiquement impossibles en raison des directives ministérielles; un patient de niveau de soins *b* a requis un délai de dix-huit (18) heures avant d'être transféré vers l'hôpital Cité-de-la-Santé en raison du fait qu'il provenait d'un CHSLD, menant ultimement à son décès;
- Les admissions dans le CHSLD se sont poursuivies jusqu'à la fin mars;
- La zone rouge était mal organisée, étant composée de lits séparés par des rideaux, sans lavabos;
- Les patients en attente de résultats de tests étaient placés dans la zone rouge avec les patients confirmés positifs. Cela a mené à une situation où une dame en attente de résultat de test a testé négative, est remontée à son unité et a par la suite été testée positive;
- Il n'était pas possible de donner plus de quatre litres d'oxygène aux résidents en raison de l'interdiction d'utiliser les *Ventimask*, laquelle interdiction découlait de l'absence de masques N-95 au sein du CHSLD;
- Les patients nécessitant plus de quatre (4) litres d'oxygène n'étaient pas transférés à l'hôpital et se voyaient plutôt administrer des soins de confort;

34) Une personne délestée, membre du personnel, dont le nom est interdit de publication, affectée en catastrophe au CHSLD Sainte-Dorothée du 6 au 20 avril

2020, a témoigné de ce qui suit à l'enquête publique du coroner, tel qu'il appert de ce témoignage, Pièce P-32-f :

- À son arrivée au CHSLD, elle a constaté un manque criant d'équipement de protection et de formation en matière de port de l'équipement de protection, alors qu'elle n'était pas formée pour ce faire;
- Le personnel était désorganisé et était contraint de changer d'unités d'un quart de travail à l'autre, circulant de zones chaudes à des zones froides et vice-versa;
- Le manque de personnel était significatif et elle n'avait pas le temps de donner les soins de base aux patients. Plus précisément :
 - Elle n'avait aucun temps pour mobiliser les patients et elle a constaté un déconditionnement significatif chez plusieurs patients;
 - Elle a constaté que des patients étaient probablement morts de déshydratation;
 - Elle a constaté, chez une patiente qu'elle changeait, une plaie de stade 3 dans laquelle les selles s'étaient infiltrées. Il a fallu une longue période avant que l'infirmière ne nettoie cette plaie, l'infirmière étant occupée à gérer trois cas de détresses respiratoires;
 - Les contentions étaient utilisées de façon généralisée et en violation du protocole d'isolement et de contention du CISSS;
 - Elle a dû contentionner un patient avec problème cognitif dont la routine était d'aller appeler sa femme dans la salle à manger. La contention était rendue nécessaire en raison du fait que le patient était positif et qu'il tentait de se rendre à la salle à manger pour téléphoner à sa femme;
 - Une dame qu'elle a lavée s'est mise à pleurer, tellement elle était contente d'être enfin lavée;
 - Le personnel ne détenait aucune information sur le profil d'autonomie ou les besoins des patients de plus, les bracelets de patients à l'unité prothétique étaient effacés;

35) Le 16 avril 2020, une grille d'inspection du MSSS note que la totalité des 263 résidents du CHSLD n'ont pas été habillés, et que 150 d'entre eux n'ont pas reçu de toilette partielle ou de collation, tel qu'il appert de la grille d'inspection, Pièce P-40-a;

36) Le 27 avril 2020, une grille d'inspection du MSSS note que 161 résidents du CHSLD n'ont pas été habillés, tel qu'il appert de la grille d'inspection, Pièce P-40-b;

37) Le personnel est également aux prises avec une pénurie d'équipement de protection, l'obligeant à recourir à différentes solutions « maison » afin de se protéger;

38) Les familles et les aidants naturels de résidents, interdits de visite depuis le 14 mars 2020, demeurent pratiquement sans nouvelle de leurs proches, alors

qu'ils reçoivent des appels intermittents d'un « centre d'informations » à l'extérieur avec un opérateur incapable de répondre à leurs questions;

39) Pendant cette période, la directive ministérielle concernant les transferts hospitaliers Pièce P-14 a pour effet de rendre pratiquement impossible le transfert de patients du CHSLD Sainte-Dorothée requérant des soins aigus vers un milieu hospitalier, causant le décès de certains patients;

40) Pendant cette période, tous les patients avec niveaux de soins 3 ou 4 sont systématiquement maintenus au CHSLD, et ce, malgré l'incapacité du CHSLD à offrir à ces résidents les soins requis par leur état, et ce, sans que leurs proches ou toute personne habilitée à donner un consentement substitué pour ces patients ne soit informée de cette situation;

41) Pendant cette période, une directive interne est mise en place interdisant au personnel de mettre un ventimasque aux patients atteints de COVID-19 en raison du risque de génération d'aérosols par les patients sous ventimasque et en raison du fait qu'aucun masque N-95 n'est disponible au personnel en CHSLD;

42) En raison de cette directive, des patients nécessitant un niveau d'oxygène élevé par ventimasque se voient fautivement et négligemment refuser ce traitement et se sont plutôt vus imposer une lunette nasale à capacité inférieure, ayant pour conséquence de les priver du niveau d'oxygène requis par leur état;

43) Le 4 avril 2020, vers 22h00, la docteur Thérèse Nguyen intervient suite à un appel d'un infirmier pour ordonner au personnel dans la zone rouge de retirer les ventimasques qui avaient été mis à deux patients « qui ne saturaient pas bien malgré les lunettes nasales », tel qu'il appert du courriel de la docteur Nguyen, Pièce P-27;

44) Les deux patients mentionnés au paragraphe précédent, ne saturant pas sous lunettes nasales, sont placés sur le protocole de détresse respiratoire et décèdent peu après, conséquence directe et prévisible de l'impossibilité pour eux de recevoir les soins requis par leur condition en raison des mesures et directives mises en place par le MSSS et de leur application fautive par le CISSS Laval;

45) Le ou vers le 6 avril 2020, un inspecteur de la CNESST, monsieur Azzedine Kabbes, intervient au CHSLD à la demande des syndicats du personnel médical, inquiets de mesures jugées inadéquates et d'un haut risque d'infection;

46) Le 8 avril 2020, le DNSP, le docteur Horacio Arruda, annonce une enquête épidémiologique sur la propagation de la COVID-19 au CHSLD Sainte-Dorothée;

47) Le 9 avril 2020, un protocole intitulé « *Suggestions pour la prise en charge de la détresse respiratoire du patient COVID-19 positif avec niveau de soins C ou D au CHSLD* », rédigé par la docteur Marjorie Tremblay, spécialiste en soins palliatifs, est adopté par le CISSS Laval, Pièce P-28;

48) Ce protocole, bien que qualifié de « protocole de détresse respiratoire », est en réalité un protocole de fin de vie pouvant être activé dès l'apparition de signes

de détresse respiratoire légère, tel un rythme respiratoire de 20 à 29 respirations par minute et un regard effrayé chez un patient;

49) Le protocole est également élaboré de manière à limiter le temps requis par l'infirmière au chevet du patient pendant l'administration du protocole;

50) En raison d'une absence quasi systématique de médecins sur place au CHSLD Sainte-Dorothée en avril 2020, le protocole de détresse respiratoire est le plus souvent prescrit par voie téléphonique, par un médecin, suite à un rapport verbal de l'infirmière ou de la candidate à l'exercice de profession infirmière (ci-après « CEPI ») en charge du patient;

51) Le 12 avril 2020, un rapport de la CNESST faisant suite à l'intervention ayant eu lieu le ou vers le 6 avril 2020 émet les constats suivants, tel qu'il appert du rapport de la CNESST, Pièce P-4 :

- Certains travailleurs présentant des symptômes compatibles avec la COVID-19 ont continué à travailler;
- Des membres du personnel ont dû réaliser des interventions risquées auprès de patients infectés sans équipement de protection adéquat;
- D'importantes lacunes subsistaient dans la formation et la transmission d'informations de certains employés concernant les équipements de protection et les mesures de prévention et de protection;

52) Le 16 avril 2020, le CHSLD Sainte-Dorothée compte 150 cas chez les résidents, soit 78 % du nombre total de résidents, et 56 décès, en plus de 79 cas chez les employés;

53) Ce même jour, une infirmière symptomatique en attente du résultat d'un test de COVID-19 est fautivement et négligemment contrainte par son employeur à compléter son quart de travail, celle-ci apprenant en soirée que le résultat du test est positif;

54) En raison de la directive du CISSS Laval, les transferts hospitaliers du CHSLD Sainte-Dorothée vers la Cité de la Santé sont très limités, voire inexistants, privant les résidents infectés de soins requis par leur état qui auraient pu leur être bénéfiques;

55) Au terme de l'éclosion, 218 résidents du CHSLD Sainte-Dorothée sont infectés par la COVID-19 et 101 en décèdent, faisant de cette éclosion celle avec le plus grand nombre de décès au Québec, à la fois en termes de chiffre absolu et de proportion des résidents, de même que l'une des pires éclosions au monde ayant eu lieu dans un milieu de vie pour personnes âgées;

56) À tout moment à partir du début de l'éclosion, le CISSS Laval omet fautivement et négligemment de transférer de l'équipement inutilisé au CHSLD Sainte-Dorothée pour faciliter le traitement sur place des personnes infectées;

57) Le 23 septembre 2020, le MSSS publie un rapport d'enquête intitulé *Rapport d'enquête sur l'éclosion de la COVID-19 au Centre d'hébergement et de soins de longue durée Sainte-Dorothée*, rédigé par l'enquêteur Yves Benoit en date du 15 juillet 2020, tel qu'il appert du rapport d'enquête produit comme Pièce P-21;

58) Le rapport d'enquête mentionné au paragraphe précédent émet les constats suivants :

- Stratégie nationale de préparation de pandémie inadéquate en ce qu'elle cible la préparation des hôpitaux au détriment des CHSLD;
- Lacunes dans les stratégies initiales de prévention et de contrôle des infections pour les employés, ayant eu comme conséquence de faire de ceux-ci des vecteurs de transmission;
- Structure décisionnelle centralisée et inadaptée limitant la prise de décision rapide et le flot de l'information, ayant eu comme conséquence de causer un délai d'action malgré l'urgence de la situation;
- Pénurie criante d'équipements de protection individuels (ÉPI) et manque de formation du personnel en matière de port d'ÉPI;
- Systèmes de traitement d'information inadéquats ayant empêché les décideurs d'avoir accès à l'information complète quant à l'ampleur de l'éclosion et du manque de personnel;
- Choc de culture entre l'approche prévalant normalement en CHSLD comme milieu de vie et l'approche de crise semblable à celle ayant cours en milieu hospitalier;
- Gouvernance déficiente caractérisée par l'absence de gestionnaires de niveaux supérieurs sur le terrain et la lourdeur générale du processus décisionnel;
- Gestion déficiente des ressources humaines, caractérisée par des consignes variables et contradictoires, en matière de dépistage, de quarantaine et de retour du travail, d'accueil et d'orientation du personnel délesté, de formation en matière d'ÉPI, de gestion des listes de rappel.

[41] Passons au PGQ.

3.3.3 Faute reprochée au PGQ

[42] Le demandeur allègue aux paragraphes 8.1 à 25.13 de la Demande d'autorisation tout le détail concernant la faute reprochée au PGQ :

A - Normes existantes en matière de prévention et de gestion de pandémie

1) En avril 1999, l'Organisation mondiale de la santé (ci-après l'OMS) publie les premières normes en matière de prévention et de gestion de pandémie dans un

document intitulé *Influenza Pandemic Plan. The Role of WHO and Guidelines for National and Regional Planning*, Pièce P-5;

2) Du 16 novembre 2002 au 19 mai 2004, une épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère, une maladie émergente causée par le coronavirus SARS-CoV, infecte 8 096 personnes et fait 774 morts dans 29 pays;

3) En 2005, l'OMS publie le guide *WHO global influenza preparedness plan*, Pièce P-6;

4) En 2006, le MSSS du Québec publie le *Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza – mission santé* (ci-après le « plan de 2006 »), Pièce P-7, en s'appuyant sur les normes de l'OMS mentionnées au paragraphe précédent;

5) Le plan mentionné au paragraphe précédent prévoit 24 actions à entreprendre sur 6 phases de pandémie divisées en 3 périodes, soit : (1) la période interpandémique, partant du moment où il est constaté qu'un virus animal cause un risque pour un humain; (2) la période d'alerte pandémique, partant du moment où une première infection humaine est constatée; (3) la période pandémique, partant du moment où une transmission soutenue est observée dans la population;

6) Les 24 actions au plan québécois de pandémie incluent :

- a) Une vigie et une surveillance épidémiologique à chaque phase de la pandémie;
- b) L'adoption de mesures de prévention et contrôle des infections propres à la pandémie;
- c) La mise en place de mesures de santé publique;
- d) La valorisation des soins à domicile, uniquement dans la mesure où les gens vulnérables à domicile sont adéquatement desservis;
- e) Un soutien aux aidants naturels pour favoriser le maintien des personnes vulnérables à domicile;
- f) Une adaptation de la prestation de soins au contexte pandémique;
- g) Une coordination des services psychosociaux;
- h) Un repérage des clientèles, dont les personnes les plus vulnérables;
- i) Une offre de services adaptée à la situation;
- j) Une structure d'informations rapides à l'ensemble du réseau de la santé;
- k) Une structure permettant une information claire, rapide et mobilisatrice à la population;
- l) Des mesures de gestion des mouvements et pénuries de main-d'œuvre, incluant un recrutement de main-d'œuvre additionnelle;

- m) Des mesures de gestion de l'approvisionnement en médicaments, fournitures et équipements, devant être entreposés adéquatement et distribués en priorité selon la population et les groupes prioritaires;
 - n) La mise en place d'un système automatisé pour permettre une consultation des données en temps réel et une analyse intégrée de tous les indicateurs requis pour soutenir l'intervention à chaque phase du plan de pandémie.
- 7) En 2007 et 2008, le plan mentionné au paragraphe précédent fait l'objet de mises à jour mineures, tel qu'il appert du Plan gouvernemental en cas de pandémie d'influenza daté du 12 février 2008 produit au soutien des présentes comme Pièce P-19;
- 8) D'avril 2009 à août 2010, une pandémie de grippe A (H1N1) infecte entre 700 millions et 1,9 milliard de personnes et fait entre 151 700 et 575 400 morts à l'échelle internationale;
- 9) En 2009, l'OMS met à jour les normes mentionnées au paragraphe 8.3 et publie un document intitulé Pandemic Influenza Preparedness and Response, produit au soutien des présentes comme Pièce P-8;
- 10) En 2013, l'OMS met à jour les normes mentionnées au paragraphe précédent et produit un document intitulé Pandemic Influenza Risk Management WHO Interim Guidance, produit au soutien des présentes comme Pièce P-9;
- 11) En 2017, l'OMS met à jour les normes mentionnées au paragraphe précédent et publie un document intitulé Gestion des risques de pandémie de grippe. Guide de l'OMS pour prise de décisions éclairées et harmonisation, à l'échelle nationale et internationale, de la préparation et la réponse en cas de grippe pandémique, produit au soutien des présentes comme Pièce P-10;
- 12) De 2008 à mars 2020, le MSSS et le DNSP omettent fautivement et négligemment de mettre en œuvre le plan de 2006 et de le mettre à jour à partir des mises à jour publiées par l'OMS en 2009, 2013 et 2017;
- 13) En 2015, l'Assemblée nationale du Québec adopte le Projet de loi 10, la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, laquelle opère des changements significatifs et hypercentralisants à la structure du système de santé québécois par rapport à la structure sur laquelle s'appuyait le plan de 2006;
- 14) À partir de 2015, le MSSS et le DNSP omettent fautivement et négligemment de mettre à jour le plan de 2006 pour clarifier la répartition des rôles et responsabilités au sein de la nouvelle structure hypercentralisée du système de santé québécois telle que modifiée par la loi mentionnée au paragraphe précédent.

B - Évolution de la pandémie COVID-19

- 15) Le 30 décembre 2019, les autorités municipales de la ville de Wuhan, en Chine, révèlent l'existence d'une pneumonie d'origine inconnue;

- 16) Le 2 janvier 2020, le virus est isolé en laboratoire et reçoit la désignation 2019- nCov;
- 17) 10.1 Le 6 janvier 2020, le virus fait l'objet d'un premier article détaillé dans le New York Times, lequel mentionne qu'il s'agit probablement d'un virus d'origine animale causant des risques pour les humains;
- 18) Le 10 janvier 2020, le séquençage ADN du virus est partagé publiquement par une équipe de chercheurs chinois;
- 19) Le 20 janvier 2020, la Commission nationale de la santé de la Chine confirme que le nouveau coronavirus est transmissible d'humain à humain;
- 20) Du 20 janvier au 25 janvier 2020, un homme infecté au nouveau coronavirus voyage à bord du bateau de croisière Diamond Princess au large de la Chine;
- 21) Le 4 février 2020, suite à l'annonce de 10 cas positifs au nouveau coronavirus parmi les 2666 passagers et 1 045 membres d'équipage du bateau, les passagers sont confinés à leur cabine pour 14 jours;
- 22) Au terme du confinement, 712 passagers contractent le nouveau coronavirus et 14 en décèdent;
- 23) L'éclosion de COVID-19 à bord du Diamond Princess amène une prise de conscience mondiale quant au haut niveau de contagion et à la virulence de ce nouveau virus;
- 24) Le 22 janvier 2020, l'OMS indique pour la première fois que les données préliminaires laissent penser que les personnes âgées avec comorbidités sont les plus vulnérables au nouveau coronavirus;
- 25) Le 23 janvier 2020, la ville de Wuhan est placée en quarantaine;
- 26) Le 26 janvier 2020, le premier cas présumé de nouveau coronavirus est identifié au Canada;
- 27) Le 30 janvier 2020, l'OMS déclare que le nouveau coronavirus constitue une urgence sanitaire de portée mondiale;
- 28) Le 4 février 2020, le Conseil national de santé de la Chine indique que 80 % des décès enregistrés en Chine étaient des personnes âgées de 60 ans ou plus, laissant croire que les personnes âgées sont particulièrement vulnérables au COVID-19;
- 29) Le 5 février 2020, le directeur général de l'OMS, le docteur Tedros Adhanom Ghebreyesus, déclare lors d'une conférence de presse que la communauté internationale dispose d'une fenêtre d'opportunité pour agir rapidement et éviter une pandémie de nouveau coronavirus;
- 30) Le 11 février 2020, l'OMS donne à la maladie à coronavirus le nom de COVID-19;

- 31) Le 21 février 2020, le docteur Ghebreyesus souligne en point de presse que la fenêtre d'opportunité mentionnée au paragraphe 16.1 en est à se refermer;
- 32) Le 28 février 2020, un premier cas suspecté de COVID-19 est annoncé au Québec;
- 33) Le 19 février 2020, un premier résident du Life Care Center, une résidence pour personnes âgées située à Kirkland, dans l'état de Washington, aux États-Unis, teste positif à la COVID-19;
- 34) En date du 9 mars 2020, un total de 129 personnes au Life Care Center sont infectées à la COVID-19, soit 81 résidents et 48 employés;
- 35) L'éclosion du Life Care Center représente la première éclosion majeure dans une résidence pour personnes âgées en Amérique du Nord;
- 36) Le 11 mars 2020, l'OMS déclare que la propagation de la COVID-19 représente une pandémie;

C - Gestion de la pandémie de COVID-19 au Québec

Phase prépandémique : janvier 2020

- 37) Le 6 janvier 2020, le monde entre en seconde phase interpandémique au sens du plan de l'OMS repris par le MSSS dans le plan de 2006, suite à l'apparition d'un nouveau coronavirus d'origine animale probable présentant des risques de transmission interhumaine;
- 38) Le 15 janvier 2020, le Comité de gestion du réseau de la santé du Québec se réunit pour faire le point sur les dossiers importants de l'année à venir et faire les suivis des priorités de l'année qui se termine, en présence notamment du directeur national de santé publique, le docteur Horacio Arruda. Le nouveau virus n'est pas discuté lors de cette rencontre, tel qu'il appert de l'ouvrage *Le printemps le plus long* par le journaliste Alec Castonguay, produit comme Pièce P-22, à la page 52, et tel qu'il appert du procès-verbal de la réunion produit comme Pièce P-31;
- 39) Le 22 janvier 2020, le monde entre dans la première phase de l'alerte pandémique au sens du même plan, alors que l'OMS confirme la transmissibilité interhumaine du virus;
- 40) Ce même jour, le Comité de gestion du réseau de la santé du Québec se réunit pour faire le point sur le nouveau coronavirus. Lors de cette réunion, l'activation du plan de 2006 n'est fautive et négligemment pas évoquée, tel qu'il appert de la Pièce P-22, à la page 57, et tel qu'il appert du procès-verbal de la réunion produit comme Pièce P-31;
- 41) Le 23 janvier 2020, le monde passe de la première à la troisième phase de l'alerte pandémique, alors que la ville de Wuhan et d'autres localités de la région

sont mises en quarantaine en raison de la trop forte prévalence de transmissibilité d'humain à humain;

42) Le 24 janvier 2020, le gouvernement chinois annonce la construction urgente, dans un délai de 10 jours, d'un hôpital de 1000 lits destiné à recevoir les malades du nouveau coronavirus;

43) Dès la fin janvier 2020, le MSSS et la Direction nationale de la santé publique sont au fait de la vulnérabilité des personnes âgées et des impacts potentiellement dévastateurs que pourrait avoir la COVID-19 dans les milieux de vie pour âgés, tel qu'il appert des témoignages suivants rendus à l'Enquête publique du coroner sur certains décès survenus entre le 12 mars et le 1er mai 2020 aux CHSLD Herron, Des Moulins, René-Lévesque, Laflèche, Yvon-Brunet, Sainte-Dorothée et Résidence Manoir Liverpool (ci-après « l'enquête du coroner ») :

- Témoignage du docteur Horacio Arruda, qui était le DNSP au moment des faits en litige, produit comme Pièce P-32-a;
- Témoignage de monsieur Yvan Gendron, qui était sous-ministre de la Santé et des Services sociaux au moment des faits en litige, produit comme Pièce P-32-b;
- Témoignage de madame Danielle McCann, qui était la Ministre au moment des faits en litige, produit comme Pièce P-32-c;

44) Malgré ce qui précède, les défendeurs omettent fautivement et négligemment de mettre en place quelque mesure que ce soit pour protéger les milieux de vie pour âgés, incluant les CHSLD, contre des éclosions de COVID-19;

45) Le 24 janvier 2020, l'Organisation de la sécurité civile du Québec (OSCQ) tient une première réunion visant à faire le point sur le nouveau coronavirus. Suite à cette réunion d'une durée d'environ 30 minutes, madame Marie-Pier Langelier envoie un courriel à monsieur Yves Ouellet, secrétaire général et greffier du Conseil exécutif, pour lui dresser un compte-rendu de cette réunion. Dans ce courriel, elle l'informe qu'il n'y a « rien à signaler de majeur à ce stade » et qu'« on peut s'attendre à ce qu'il y ait des cas au Québec, pas impossible, mais mortalité de 4 % chez les personnes avec d'autres facteurs de risque et pas de catastrophe épidémique », tel qu'il appert de la Pièce P-22, à la page 66;

46) Le 29 janvier 2020, le sous-ministre Yvan Gendron envoie à madame Danielle McCann, ministre de la Santé et des Services sociaux, un document intitulé « État de la situation – Nouveau coronavirus à Wuhan en Chine » mentionnant notamment que « le risque est évalué par l'OMS comme étant très élevé pour la Chine, élevé au niveau régional et élevé au niveau mondial. Le risque global pour les Canadiens demeure faible », tel qu'il appert de la Pièce P-22, à la page 68;

47) Dans le document mentionné au paragraphe précédent, le bureau du sous-ministre se livre à une évaluation des réserves d'équipement de protection individuelle (ci-après « ÉPI ») au Québec et conclut fautivement et négligemment

que « le réseau de santé dans son ensemble possède des réserves d'ÉPI suffisantes pour répondre aux besoins usuels des deux prochaines années », tel qu'il appert de la Pièce P-22, à la page 68;

48) Contrairement à la conclusion du document mentionné au paragraphe précédent, il n'existait, en janvier 2020, aucun fichier central permettant de jauger la quantité d'ÉPI disponibles dans le réseau et aucune réserve centrale d'ÉPI et la plupart des établissements de santé ne possédaient que peu ou pas de réserves, tel qu'il appert de la Pièce P-22, à la page 69 et tel qu'il appert du témoignage de monsieur Luc Desbiens, sous-ministre adjoint à la direction générale des infrastructures, de la logistique, des équipements et de l'approvisionnement, à l'enquête du coroner, produit comme Pièce P-32-d;

49) L'évaluation erronée des réserves d'ÉPI du réseau de santé mentionnée au paragraphe précédent crée un faux sentiment de sécurité au sein du MSSS et un retard conséquent de près de trois (3) semaines avant les premières commandes d'ÉPI, et ce, malgré le fait qu'une pénurie mondiale ait été appréhendée dès janvier 2020;

50) Le 30 janvier 2020, la docteur Camilla Rothe, basée à Munich, en Allemagne, révèle que les porteurs du nouveau coronavirus peuvent transmettre la maladie avant d'éprouver des symptômes ou même sans en ressentir, dans un article mis en ligne sur le site du New England Journal of Medicine, tel qu'il appert de l'article produit comme Pièce P-23;

51) L'article mentionné au paragraphe précédent reçoit peu d'échos au Québec, alors que l'Institut national de santé publique (INSPQ) n'a pas encore commencé à diffuser son bulletin de veille scientifique sur le nouveau coronavirus et qu'il n'existe à ce moment aucun système au Québec permettant d'analyser les études publiées dans le monde afin d'en digérer le contenu et de traduire les découvertes en stratégies concrètes;

52) Malgré la présence de données probantes indiquant l'existence d'une transmission asymptomatique, le MSSS omet fautivement et négligemment d'émettre des directives en matière de prévention et contrôle des infections respectant le principe de précaution, dont le port obligatoire du masque, pour assurer la protection des résidents en CHSLD;

53) Dans le plan de 2006, le MSSS précise : « En raison du volume et de la fréquence des voyages internationaux, l'activité pandémique se propagera rapidement sur toute la planète. Il semble réaliste de penser qu'une première vague d'infections sera observée au Canada dans les trois à quatre mois suivant l'émergence d'une nouvelle souche virale pandémique. Cette première vague pourrait possiblement être suivie d'une seconde, de trois à neuf mois plus tard. (...) », tel qu'il appert du plan de 2006, Pièce P-7;

54) Le plan de 2006 fait état d'un scénario où une grippe pandémique au Québec pourrait infecter 2,6 millions de personnes, nécessiter 34 000 hospitalisations et

causer 8 500 décès, tout en générant une pénurie de personnel liée à un taux d'absentéisme de 30 à 35 % des employés du système de santé;

55) Malgré ce qui précède, du 6 janvier au 9 mars 2020, le MSSS et le DNSP omettent fautivement et négligemment d'activer les étapes rattachées aux premières phases du plan de 2006 face à cette situation préoccupante;

Phase prépandémique : février 2020

56) Le 19 février 2020, le sujet du nouveau coronavirus est ajouté à l'ordre du jour du Comité de gestion du réseau (CGR) de la santé à la dernière minute. Lors de cette réunion, « l'enjeu relatif à la pénurie de masques chirurgicaux de type N95 » est discuté pour la première fois, tel qu'il appert de la Pièce P-22, à la page 100, et tel qu'il appert du procès-verbal de la réunion produit comme Pièce P-31;

57) Lors de la réunion mentionnée au paragraphe précédent, la sous-ministre adjointe, Lucie Opatrny, mentionne à ses collègues qu'il serait à propos de « centraliser ces fournitures afin notamment de contrôler leur utilisation », alors que d'importantes quantités d'ÉPI disparaissent dans le réseau de la santé, tel qu'il appert de la Pièce P-22, à la page 100, et tel qu'il appert du procès-verbal de la réunion produit comme Pièce P-31;

58) Lors de la réunion mentionnée au paragraphe précédent, le docteur Arruda mentionne un grand nombre d'éclosions de grippe saisonnière dans les CHSLD mais n'évoque pas le risque que pourrait présenter le nouveau coronavirus pour cette population, tel qu'il appert de la Pièce P-22, à la page 99, et tel qu'il appert du procès-verbal de la réunion produit comme Pièce P-31;

59) Le 21 février 2020, Sigma Santé, un organisme sans but lucratif mandaté par le MSSS pour négocier et acheter du matériel médical au nom du gouvernement, publie un avis de contrat sans appel d'offres pour motif de « situation d'urgence où la sécurité des personnes ou des biens est en cause », lequel avis mentionne notamment que « Les établissements de la santé du Québec ainsi que les premiers répondants n'ont plus de stock. L'acquisition des masques doit se faire le plus rapidement possible sous peine de les perdre au profit d'un autre acheteur dans le monde », tel qu'il appert de la Pièce P-22, à la page 101;

60) Les démarches de Sigma Santé mentionnées au paragraphe précédent permettent la livraison de 600 000 masques N95, quantité nettement insuffisante pour faire face à la première vague de COVID-19, tel qu'il appert de la Pièce P-22, à la page 101;

61) Le 26 février 2020, la COVID-19 est abordée à la réunion du Comité de direction du réseau de santé et de services sociaux (CODIR), alors que monsieur Pierre Lafleur, sous-ministre adjoint à la Direction générale de la coordination, de la planification, de la performance et de la qualité, informe les participants « qu'étant donné la hausse du nombre de cas de personnes infectées par le coronavirus et la hausse du nombre de foyers à travers le monde, la sécurité civile

et le MSSS seront dorénavant en mode préparatoire à une pandémie », tel qu'il appert du procès-verbal de la réunion produit comme Pièce P-31;

Mars 2020 : mises à jour du plan de 2006

62) Le 3 mars 2020, le sous-ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Yvan Gendron, écrit aux directions des établissements publics de santé et de services sociaux concernant la préparation à une pandémie : « nous vous incitons à actualiser dès maintenant les stratégies et actions déjà planifiées dans vos établissements en cas de pandémie, de manière à anticiper et à préparer certaines mesures qui pourront s'avérer nécessaires sur différents plans, à court ou à moyen terme, en fonction de l'évolution de la situation », cette lettre ne faisant pas référence au plan de 2006, tel qu'il appert de la lettre produite comme Pièce P-33;

63) Le 9 mars 2020, le plan de 2006 est mentionné pour la première fois lors d'une réunion du CGR, alors que monsieur Martin Simard, directeur général adjoint de la sécurité civile et des affaires institutionnelles au MSSS, « mentionne que les membres du comité stratégique ont convenu, pour la situation présente, de procéder à la mise à jour du plan de lutte à la pandémie élaboré pour le H1N1 et d'ajouter une annexe dédiée à la COVID-19. Pour réaliser cette mise à jour, un courriel sera envoyé à tous les coordonnateurs en sécurité civile du RSSS afin notamment de présenter des balises pour mieux les guider dans l'élaboration de cette annexe », tel qu'il appert du procès-verbal de cette réunion produit comme Pièce P-31;

64) Ce n'est que suite à la déclaration de pandémie de l'OMS le 11 mars 2020 que le MSSS et le DNSP activent le plan de 2006, la mise à jour de ce plan n'étant toujours pas publiée à ce moment, tel qu'il appert de la Pièce P-22, à la page 95;

65) Le 13 mars 2020, monsieur Vincent Vermandèle, coordonnateur de l'équipe ministérielle de sécurité civile et responsable de la mission Santé du Plan national de sécurité civile, envoie un courriel aux directions d'établissements publics de santé et services sociaux : « Nous vous partageons, ci-joint, les éléments sur lesquels nous basons notre planification à travers l'annexe COVID-19 dont on vous parle depuis un certain temps et que vous allez finir par recevoir... après sa mise à jour (sans doute en début de semaine prochaine). Ces éléments permettent une gradation dans les mesures à mettre en place avec, pour point ultime, une situation de débordement de notre capacité. À des fins de cohérence entre tous, il vous est demandé de fonder votre planification sur ces mêmes balises », tel qu'il appert du courriel produit comme Pièce P-34;

66) Ce n'est donc qu'à partir du 13 mars 2020 que les établissements reçoivent des lignes directrices communes visant à se préparer à la pandémie selon le plan de 2006;

67) Le 16 mars 2020, une première version « document de travail » de l'annexe COVID-19 au plan de 2006 est envoyée aux directions d'établissements, tel qu'il appert de l'annexe COVID-19 produite comme Pièce P-35;

68) Le plan mentionné au paragraphe précédent ajoute trois nouvelles stratégies à celles existantes dans le plan de 2006, dont « assurer les services dans les milieux d'hébergement », laquelle stratégie ne réfère cependant qu'aux centres jeunesse et non aux CHSLD;

69) Le 31 mars 2020, une seconde version « document de travail » de l'annexe COVID-19 du plan de 2006 est envoyée aux directions d'établissements, tel qu'il appert de l'annexe COVID-19 produite comme Pièce P-36;

70) Le plan mentionné au paragraphe précédent ajoute pour la première fois les CHSLD à la stratégie « assurer les services dans les milieux d'hébergement »;

Mars 2020 : délestage des ressources hospitalières

71) Le 9 mars 2020, le gouvernement du Québec ouvre trois cliniques de dépistage de COVID-19;

72) Le 10 mars 2020, une cellule de crise est mise en place au sein du gouvernement du Québec et d'importantes mesures de protection sont mises en place autour de l'équipe du premier ministre, incluant l'envoi en télétravail de la majorité de son équipe, à l'exception d'une garde rapprochée ayant comme mot d'ordre de limiter au maximum les contacts avec l'extérieur, tel qu'il appert de la Pièce P-22, à la page 125;

73) Ce même jour, le sous-ministre Yvan Gendron mandate la sous-ministre adjointe Lucie Opatrny afin que celle-ci procède en catastrophe à un délestage des hôpitaux visant à libérer 7 000 des 18 000 lits d'hôpitaux du système de santé dans un délai de 10 jours pour faire face à la première vague anticipée de COVID-19, tel qu'il appert de la Pièce P-22, à la page 139;

74) Dans le contexte de ce délestage, le sous-ministre Yvan Gendron demande à la sous-ministre adjointe Nathalie Rosebush de trouver des places dans les CHSLD de la province afin d'y déménager des patients qui occupent des chambres dans les hôpitaux. Ainsi, environ 2 000 personnes âgées sont transférées des milieux hospitaliers vers les CHSLD en mars et avril 2020, tel qu'il appert de la Pièce P-22, à la page 141;

75) En appliquant le plan de délestage mentionné au paragraphe précédent, la sous-ministre Rosebush omet fautivement et négligemment de prendre en compte les données scientifiques connues depuis le 30 janvier 2020 et évoquées par l'INSPQ depuis le 8 février 2020 indiquant l'existence d'une transmission de la COVID-19 en provenance de patients asymptomatiques, tel qu'il appert de la Pièce P-22, à la page 142;

76) Le délestage mentionné au paragraphe précédent était appuyé sur la prémisse fautive que les milieux hospitaliers seraient les plus affectés par la première vague de COVID-19 à venir et que les CHSLD seraient épargnés, omettant fautivement et négligemment de prendre en compte la vulnérabilité accrue des personnes âgées à la COVID-19, la pénurie de personnel et les

ressources limitées en CHSLD et les importantes éclosions en cours dans d'autres résidences pour personnes âgées à travers le monde, et notamment l'éclosion du Life Care Center à Kirkland, à Washington, laquelle comptait, en date du 9 mars 2020, 129 cas et faisait l'objet d'une couverture médiatique importante;

Mars 2020 : pandémie et mesures improvisées

77) Le 12 mars 2020, le premier ministre du Québec, monsieur François Legault, tient un premier point de presse quotidien dans le cadre de la crise de la COVID-19. À cette occasion, il indique : « Je demande évidemment aux Québécois de porter une attention spéciale aux personnes vulnérables, en particulier nos aînés. Que nos aînés habitent dans leur maison ou dans toutes sortes de centres d'hébergement, si vous revenez de l'étranger ou si vous avez des symptômes comparables aux symptômes de la grippe, n'allez pas visiter les aînés. C'est important, ce sont les personnes qui sont les plus à risque »;

78) Ce même jour, le MSSS diffuse auprès des établissements publics de santé et de services sociaux un document intitulé « Guide pour l'adaptation de l'offre de service en centre d'hébergement et de soins de longue durée en situation de pandémie COVID-19 », tel qu'il appert du document produit comme Pièce P-37;

79) Le document mentionné au paragraphe précédent se veut un plan sommaire de délestage des soins et services dans les CHSLD, mentionnant notamment les éléments suivants :

a) Dès l'apparition de COVID-19 pandémique dans la région, il doit y avoir restriction des visiteurs sauf pour des raisons humanitaires ou pour maintenir l'implication des personnes proches aidantes;

b) Les critères de maintien, d'adaptation ou de suspension des activités en CHSLD nécessitent la présence d'un réseau de proches aidants, de la disponibilité du personnel alternatif et de bénévoles;

80) Le 13 mars 2020, le gouvernement du Québec adopte un premier décret d'urgence sanitaire en vertu de l'article 118 de la *Loi sur la santé publique*, celui-ci ayant subséquemment fait l'objet d'un renouvellement à de nombreuses reprises depuis;

81) Le 14 mars 2020, le MSSS annonce une interdiction de toutes les visites en CHSLD, ces lieux ayant été identifiés comme particulièrement vulnérables aux éclosions de COVID-19;

82) Le 15 mars 2020, le sous-ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Yvan Gendron, écrit aux directions d'établissements publics pour confirmer cette directive d'interdiction des « visites non essentielles », tel qu'il appert de la lettre produite comme Pièce P-38;

83) Dans son témoignage à l'enquête du coroner, monsieur Gendron précise que cette directive permettait les visites des aidants naturels jouant un rôle dans les

soins donnés aux personnes hébergées, tel qu'il appert du témoignage produit comme Pièce P-32-b;

84) Malgré ce qui précède, le 16 mars 2020, le MSSS envoie aux établissements des directives prévoyant une « interdiction des visites régulières dans tous les CHSLD du Québec, sauf pour des raisons humanitaires, comme en situation de fin de vie », tel qu'il appert du document produit comme Pièce P-1.0;

85) Pourtant, la première version de l'annexe COVID-19 au plan de 2006 publiée le 17 mars 2020, mentionnée au paragraphe 19.12 des présentes et produite comme Pièce P-35, prévoyait notamment comme stratégie de gestion de main d'œuvre dans le contexte d'une pénurie anticipée de personnel la « confirmation du maintien de la collaboration des proches aidants des personnes atteintes », ce qui n'est alors plus possible en CHSLD suite à la directive mentionnée au paragraphe précédent;

86) L'interdiction des visites mentionnée au paragraphe précédent est appliquée aux proches aidants des résidents qui leur apportaient auparavant une aide essentielle dans leurs soins quotidiens, notamment au niveau des soins d'hygiène, de l'aide aux repas et du soutien psychologique;

87) Dans son témoignage à l'enquête du coroner, madame Nathalie Rosebush, sous- ministre adjointe à la direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA), mentionne que la décision d'exclure les proches aidants a été prise sans considérer l'impact qu'aurait cette décision sur les soins et services reçus par les personnes hébergées, tel qu'il appert du témoignage produit comme Pièce 32-d;

88) Dans son témoignage à l'enquête du coroner, madame Marguerite Blais, ministre des Aînés et des proches aidants, mentionne cependant que la réalité de l'apport des proches aidants aux aînés en CHSLD était connue par son ministère et par le MSSS, et que la proportion d'aînés dans une telle situation était d'environ 10 %, tel qu'il appert du témoignage produit comme Pièce 32-h;

89) Le MSSS omet fautivement et négligemment de mettre en place des mesures d'encadrement et de sécurité permettant aux proches aidants d'être présents aux côtés des résidents, et, en l'absence de ceux-ci, omet fautivement et négligemment de prévoir des mesures permettant aux patients qui bénéficiaient du soutien de proches aidants de recevoir les soins d'hygiène, l'aide aux repas et le soutien psychologique;

90) En raison de la négligence du MSSS dans la gestion de la pandémie de COVID-19, à partir du 14 mars 2020, de nombreux résidents de CHSLD (...) souffrent de faim, de soif ou d'un déconditionnement, et certains en décèdent, en raison d'un défaut d'avoir reçu les soins requis par leur condition dans un contexte où : leurs aidants naturels n'avaient pas accès à eux; le personnel, déjà en pénurie avant la pandémie, s'absentait en grand nombre en raison d'infections à la COVID-19;

91) Pendant cette période, le MSSS omet fautivement et négligemment de mettre en place des mesures de prévention et contrôle des infections visant à éviter que le personnel ne devienne des vecteurs de transmission pour les patients vulnérables en CHSLD, omettant notamment de prendre en compte la possibilité que des employés asymptomatiques transmettent la maladie aux patients en CHSLD;

92) Le 14 mars 2020, le Journal de Montréal publie un article présentant le plan de 2006, sans faire référence aux mises à jour de ce plan mentionné au paragraphe 19.7 des présentes, et précisant que « certaines [des 24 mesures du plan de 2006] sont déjà en place depuis quelques jours. D'autres mesures pourraient ne jamais être déployées ou encore être remises à plus tard (...) », tel qu'il appert de l'article produit au soutien des présentes comme Pièce P-12;

93) L'article mentionné au paragraphe précédent indique également que « [l]e ministère planche actuellement sur une annexe à ce plan de base, avec des mesures spécifiques à la COVID-19, qui devraient être prêtes dans les prochains jours », tel qu'il appert de l'article produit au soutien des présentes comme Pièce P-12;

Mars 2020 : directives inadéquates et manque de ressources en CHSLD

94) À partir du 16 mars 2020, 11 sous-comités cliniques sur la COVID-19 sont mis en place pour faire face à la crise au sein du MSSS sous la direction du sous-ministre adjointe à la Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP) Lucie Opatrny, cette liste n'incluant cependant aucun sous-comité (...) dédié aux aînés ou aux CHSLD, tel qu'il appert de la Pièce P-22, à la page 170;

95) Le 16 mars 2020, le MSSS fait parvenir des directives aux CHSLD de « [r]etirer immédiatement du milieu du travail une personne qui présente des symptômes de toux ou de fièvre [et] [r]éintégrer ces personnes au travail après 14 jours (suite à la fin des symptômes) ou en présence d'une confirmation d'une autorité compétente qu'il ne s'agit pas de la COVID-19, et ce, afin que la personne puisse assumer ses fonctions en toute sécurité pour les usagers et le personnel », tel qu'il appert de la directive en date du 16 mars 2020 produite comme Pièce P-1.0 et de la directive mise à jour en date du 21 mars 2020 produite comme Pièce P-1.1;

96) Le 20 mars 2020, le MSSS publie une note d'information intitulée « Stratégie d'approvisionnement » établissant les priorités d'approvisionnement en ÉPI dans le réseau de la santé, plaçant les CHSLD au niveau 3 sur 4 dans l'ordre de priorités, tel qu'il appert de la note d'information produite comme Pièce P-24;

97) Le 22 mars 2020, le MSSS publie sur son site Internet des directives concernant le transfert hospitalier des patients de CHSLD, tel qu'il appert des directives produites au soutien des présentes comme Pièce P-13;

98) La directive mentionnée au paragraphe précédent prévoit notamment :

Les directives suivantes doivent être mises en place dès le mercredi 25 mars 2020, et ce, pour une période indéterminée :

1. Les transferts de résidents en CHSLD vers les centres hospitaliers (CH) doivent être évités et devenir une mesure d'exception;
2. Tout résident doit être obligatoirement évalué par un médecin avant une décision de transfert en CH;
3. La fréquence des visites médicales en CHSLD doit être augmentée le plus possible;
4. Nous encourageons les évaluations cliniques par téléconsultation ou téléphone;
5. L'établissement d'un niveau de soins est obligatoire pour toute nouvelle admission en CHSLD;
6. Un maximum de résidents déjà hébergés doit avoir un niveau de soins à jour à son dossier, et ce, d'ici le 2 avril 2020;
7. Les décisions de niveaux de soins doivent être privilégiées par téléconsultation ou téléphone. Des mesures exceptionnelles de visites en situation urgente ou de fin de vie sont prévues;
8. Les services professionnels tels que la physiothérapie doivent être maintenus;
9. Les soins infirmiers, tels que les thérapies intraveineuses, doivent être assurés à même les CHSLD;
10. Pour les cas suspectés ou confirmés de COVID-19, il est demandé d'établir un protocole pour la prestation sécuritaire de soins pour les patients et le personnel soignant.

99) Le 23 mars 2020, le MSSS publie sur son site internet une directive discriminatoire quant aux hospitalisations pendant la période de la pandémie, laquelle inclut le passage suivant sur les CHSLD et unités de soins palliatifs, tel qu'il appert de la directive produite au soutien des présentes comme Pièce P-14:

Soins palliatifs et CHSLD

- a. Les patients COVID-19 positifs avec un niveau de soins 3 ou 4 au dossier, ainsi que ceux hébergés en CHSLD publics ou privés, doivent demeurer dans leur centre tout en respectant les consignes d'isolement émises par leur service de prévention et contrôle des infections.
- b. Les patients COVID-19 suspectés ou confirmés ne doivent être transférés en CH que de façon exceptionnelle et après consultation avec le médecin de garde.

100) Le 23 mars 2020, la Ministre adopte l'arrêté ministériel numéro 2020-009 qui interdit toute sortie extérieure pour les personnes hébergées en CHSLD, sous réserve de certaines exceptions limitées, tel qu'il appert de l'arrêté ministériel produit comme Pièce P-43;

101) Cette interdiction des sorties extérieures, jumelée aux autres directives ministérielles interdisant la visite des proches, le soutien des proches aidants et les transferts en milieux hospitaliers sauf dans des cas exceptionnels, coupe complètement du monde extérieur les personnes âgées hébergées en CHSLD et scelle l'état de confinement et d'isolement dans lequel elles se retrouvent, le tout leur occasionnant une importante détresse physique et psychologique, tel qu'il appert notamment de l'article de journal produit comme Pièce P-44;

102) Pendant cette période, le recours à des mesures d'isolement et de contention est fréquent afin d'empêcher les personnes âgées de circuler librement à l'intérieur des CHSLD, le tout en contravention avec l'article 118.1 de la LSSSS qui prévoit que ces mesures doivent être utilisées de manière minimale et exceptionnelle, tel qu'il appert notamment de l'article de journal produit comme Pièce P-45;

103) Les conditions mentionnées au paragraphe précédent, prises de façon combinée, ont un impact particulièrement dévastateur chez les patients les plus vulnérables aux prises avec des problèmes cognitifs, leur causant des souffrances psychologiques et physiques importantes et irréversibles causant, dans certains cas, leur décès, le tout tel qu'il appert notamment de l'article de journal produit comme Pièce P-46;

104) Le 25 mars 2020, la directive mentionnée au paragraphe 24 est mise à jour et précise que les CHSLD en éclosion doivent prévoir une « zone chaude » où sont localisés les cas confirmés ou suspectés et une « zone froide » où sont localisées les personnes asymptomatiques, ces deux zones faisant l'objet de mesures de séparation physique, tel qu'il appert de la directive mise à jour en date du 25 mars 2020 produite comme Pièce P-2;

Avril 2020 : hécatombe en CHSLD

105) Le 3 avril 2020, l'Institut national de santé publique du Québec (ci-après l'INSPQ) publie un document intitulé Port du masque de procédure en milieux de soins lors d'une transmission communautaire soutenue, produit au soutien des présentes comme Pièce P-15, élaborant les mesures de protection à mettre en place dans les régions où une transmission communautaire soutenue est documentée, incluant : « Que tous les travailleurs de la santé (hôpitaux, cliniques médicales, CHSLD, soins à domicile) qui fournissent des soins de santé et qui sont à moins de deux mètres d'un patient portent un masque de procédure »;

106) Le 4 avril 2020, lors de son point de presse quotidien, le docteur Horacio Arruda, DNSP du Québec, confirme qu'il y a maintenant une transmission communautaire soutenue de COVID-19 dans l'ensemble des régions du Québec;

107) Le 11 avril 2020, la directive mentionnée au paragraphe 25 est mise à jour, cette mise à jour étant produite au soutien des présentes comme Pièce P-1.2, celle-ci incluant :

- a) Assurer la présence d'équipes de prévention et de contrôle des infections dans chaque CHSLD présentant des cas soupçonnés, sous enquête ou confirmés;
- b) Dépistage systématique des employés avant chaque quart de travail;
- c) Prise des mesures nécessaires pour assurer que la prévention et le contrôle des infections soient respectés en tout temps par toute personne dans le milieu de vie;
- d) Formation rapide de l'ensemble du personnel sur les mesures de prévention et de contrôle des infections, incluant le lavage de mains et l'usage d'équipement de protection individuel;

108) Ce même jour, l'annonce publique du décès de 31 patients du CHSLD Herron dans des circonstances apparentes de privation de soins de base sur fond d'éclosion majeure de COVID-19 mène à une prise de conscience par la population de la sévérité de la situation en CHSLD et mène à un changement de discours du gouvernement à ce sujet;

109) Le 14 avril 2020, confronté à une pénurie de personnel, le premier ministre du Québec, monsieur François Legault, évoque la possibilité de faire appel aux Forces armées canadiennes pour intervenir dans certains CHSLD identifiés comme problématiques, lequel déploiement s'effectue à partir du 20 avril 2020;

110) Le 17 avril 2020, le premier ministre du Québec, monsieur François Legault, présente ses excuses en conférence de presse en reconnaissant que la problématique liée à la pénurie de personnel en CHSLD était connue depuis de nombreuses années et que les administrations qui se sont succédées au pouvoir auraient pu en faire davantage sur cette question;

111) À partir du 11 mai 2020, les proches aidants obtiennent des droits d'accès à certains CHSLD selon des conditions très restrictives, la procédure étant finalement détaillée dans une mise à jour du document mentionné au paragraphe 23.3 des présentes et datée du 25 mai 2020, produite au soutien des présentes comme Pièce P-1.3;

112) Le docteur Vinh-Kim Nguyen, urgentologue ayant travaillé à l'Hôpital général juif de Montréal à partir de la fin mars 2020, a témoigné de ce qui suit à l'enquête du coroner, tel qu'il appert du témoignage produit comme Pièce P-32-g :

- a) Plusieurs des patients qu'il recevait et qui avaient été classés comme des patients en fin de vie récupéraient assez bien avec de simples perfusions, une hydratation par voie veineuse ou des bombonnes d'oxygène;
- b) Les CHSLD d'où provenaient ces patients n'avaient pas les ressources pour mettre les patients sous perfusion, les hydrater ou leur donner de l'oxygène en raison d'un manque de personnel;

- c) Plusieurs patients en provenance de CHSLD arrivaient à l'urgence déshydratés, notamment en raison de l'absence de proches aidants pour les hydrater;
- d) La déshydratation observée chez ces patients n'est pas observée dans une pratique médicale normale, hormis en situation de canicule;
- e) En raison du manque de ressources, un grand nombre de patients ont été classés comme étant en fin de vie, placés sous des protocoles de détresse respiratoire et « euthanasiés » alors qu'ils auraient probablement pu être sauvés avec des soins de base;
- f) La révision des niveaux de soins des patients a été faite de manière non-conforme aux règles de l'art en raison de la contrainte de temps et du nombre de patients à réévaluer, ayant pour conséquence de faire diminuer les niveaux de soins d'un grand nombre de patients à des niveaux 3 ou 4;

113) Le 27 janvier 2022, la Société québécoise des médecins de soins palliatifs (SQMDSP) effectue une sortie publique pour souligner que plusieurs protocoles de détresse respiratoires adoptés à la hâte pendant la première vague de COVID-19, dont les protocoles du CISSS du Bas-Saint-Laurent, CISSS de la Côte-Nord, CISSS de Laval, CISSS de la Gaspésie et CISSS de la Montérégie-Ouest, étaient non-conformes aux règles de l'art, tel qu'il appert de l'article médiatique produit comme Pièce P-47:

- a) Ces protocoles « ont été adoptés rapidement dans les établissements pour répondre à la demande des équipes, dont l'expertise et la formation en soins palliatifs étaient très variables d'un milieu de soins à l'autre »;
- b) Ces protocoles prévoient des doses « évaluées comme potentiellement excessives, en ce sens qu'elles pourraient occasionner un risque d'accumulation et de surdose chez certains patients », pouvant causer chez ces patients « un ralentissement psychomoteur allant jusqu'à la somnolence, des nausées, des myoclonies, un myosis, un ralentissement du rythme respiratoire pouvant aller jusqu'à la dépression respiratoire »;
- c) Ces protocoles s'appuient sur le Respiratory Distress Observation Scale (RDOS), lequel « n'est pas forcément le reflet d'une détresse respiratoire au sens de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS), qui doit inclure un élément de panique, d'anxiété, de suffocation, etc. »;
- d) Les doses de ces protocoles ne prennent pas en compte le fait qu'un patient soit âgé, frêle et « naïf aux opioïdes », c'est-à-dire qu'un patient n'ait jamais pris des opioïdes;

114) Suite à la publication du rapport de la SQMDSP, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) a retiré ses formations en ligne sur les protocoles de détresse respiratoire et plusieurs établissements défenseurs ont mis

fin à leur utilisation de ces protocoles, le tout tel qu'il appert de l'article médiatique Pièce P-47.

[43] Que conclure de cela?

3.4 Décision du Tribunal sur l'apparence de droit du demandeur quant à son recours personnel

3.4.1 La faute

[44] Le Tribunal indique que tous les éléments factuels allégués par le demandeur quant au cas du CHSLD Sainte-Dorothée sont tenus pour avérés, incluant des éléments de la nature du oui-dire, permis à l'autorisation. Ceci inclut les articles de journaux, les rapports d'enquête et les témoignages rendus lors de ces enquêtes.

[45] Les défendeurs n'ont pas remis en question l'apparence de droit du demandeur quant au cas de sa mère et quant au cas du CHSLD Sainte-Dorothée. Et le Tribunal comprend pourquoi, car les allégations factuelles du demandeur démontrent la présence de fautes extracontractuelles en vertu de l'article 1457 du *Code civil du Québec* (« CcQ ») et de violations de la LSSSS et de la Charte quant à Mme Maquet et quant aux résidents du CHSLD de Sainte-Dorothée.

[46] En effet, quant au PGQ en tant que représentant du MSSS, du Ministre et du DNSP, les allégations factuelles reproduites précédemment démontrent clairement les éléments suivants :

a) Le gouvernement a la responsabilité, en vertu des articles 340 et 431 de la LSSSS, de prendre les mesures propres à assurer aux usagers la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux, et de prendre les mesures propres à assurer la protection de la santé publique. De l'avis du Tribunal, ceci inclut l'adoption d'un plan de prévention contre les pandémies et de le mettre à jour. Or, le *Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza – mission santé* (le « Plan de 2006 », Pièce P-7) n'a jamais été mis à jour après 2008 et n'a jamais suivi l'évolution des règles de l'art mondiales en matière de pandémie, évolution illustrée par les mises à jour répétées du plan de l'OMS. Ceci est une faute, car elle a été le grand élément déclencheur de toutes les autres fautes et violations subséquentes;

b) Le PGQ a également fautivement et négligemment omis de mettre à jour le Plan de 2006 fins de l'adapter au changement de structure du système de santé québécois consécutif à l'adoption en 2015 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*²¹, créant de ce fait un vide local en matière de

²¹ L.Q. 2015, c. 1.

gestion dans les CHSLD les ayant empêché d'adopter une approche de gestion de crise. Ceci est une faute;

c) Le PGQ a fautivement et négligemment omis d'activer le Plan de 2006 en temps opportun dans les premières phases de la pandémie de COVID-19, par les omissions suivantes, le tout constituant une faute :

- Omission de planifier un apport en équipements de protection individuels pour faire face à la pénurie qui s'annonçait dès janvier 2020;
- Omission de former le personnel de la santé en matière de port d'équipement de protection individuel;
- Omission de prendre des mesures pour atténuer la pénurie de personnel qui s'annonçait dès les premières phases du Plan de 2006, et ce, malgré le fait que cette pénurie ait été, au final, plus de trois fois moins importante que la pénurie anticipée dans le plan;
- Omission de protéger les résidents de CHSLD alors que ceux-ci étaient identifiés dès janvier 2020 comme faisant partie de la population la plus vulnérable;
- Omission de mettre en place un système automatisé pour permettre une consultation des données en temps réel et une analyse intégrée de tous les indicateurs requis pour soutenir l'intervention à chaque phase du plan de pandémie;

Les allégations factuelles énoncées aux sections 3.3.2 et 3.3.3 démontrent que ces omissions sont toutes arrivées au CHSLD Sainte-Dorothée;

d) En décrétant que les transferts des résidents en CHSLD vers les centres hospitaliers doivent être évités et qu'ils doivent devenir une mesure d'exception, il a fautivement et négligemment imposé une barrière discriminatoire et illégale à l'accès aux soins de santé ayant pour effet de priver de soins de santé aigus un segment bien ciblé de la population, à savoir les personnes âgées et vulnérables qui sont hébergées en CHSLD, le tout constituant une discrimination en vertu de l'article 10 de la Charte et contrevenant de ce fait aux droits prévus aux articles 5 et 7 de la LSSSS ainsi qu'au droit à l'égalité et à la dignité consacrés aux articles 4 et 10 de la Charte. Les allégations factuelles énoncées aux sections 3.3.2 et 3.3.3 démontrent que ces omissions sont toutes arrivées au CHSLD Sainte-Dorothée, incluant le cas spécifique de Mme Maquet, qui n'a finalement pas eu les soins requis par son état de santé ni le personnel requis (même pas une infirmière, mais une CÉPI) ni un transfert vers un hôpital. On a également vu qu'il y a eu un transfert de 71 personnes des hôpitaux vers le CHSLD Sainte-Dorothée en mars 2020;

e) Ayant émis une directive visant à limiter les transferts hospitaliers en provenance des CHSLD, il a fautivement et négligemment omis de prendre les mesures nécessaires pour que les résidents de CHSLD reçoivent les soins requis par leur état de santé au sein des installations, portant atteinte, de ce fait, aux

droits fondamentaux des résidents et entraînant le décès prévisible et évitable de résidents faute d'avoir reçu les soins requis par leur condition, en contravention à l'article 7 de la LSSS et aux articles 1 et 2 de la Charte. Les allégations factuelles énoncées aux sections 3.3.2 et 3.3.3 démontrent que ces omissions sont toutes arrivées au CHSLD Sainte-Dorothée, incluant le cas spécifique de Mme Maquet, qui n'a finalement pas eu les soins requis par son état de santé ni le personnel requis (même pas une infirmière, mais une CEPI) ni un transfert vers un hôpital;

f) Ayant émis une directive visant à interdire les visites d'aidants naturels, il a fautivement et négligemment omis de prendre les mesures nécessaires pour assurer que les patients privés de leurs aidants puissent continuer à recevoir les soins d'hygiène, l'aide aux repas et le soutien psychologique requis par leur état de santé, alors qu'ils savaient ou auraient dû savoir que ces aidants naturels jouaient un rôle fondamental auquel le personnel en place était incapable de pallier, donnant lieu à des situations de ruptures prolongées et généralisées de soins et services de base, le tout constituant une faute. Les allégations factuelles énoncées aux sections 3.3.2 et 3.3.3 démontrent que ces omissions sont toutes arrivées au CHSLD Sainte-Dorothée, incluant le cas spécifique de Mme Maquet, qui n'a finalement pas pu avoir l'aide de ses enfants en personne au CHSLD Sainte-Dorothée;

g) En raison de l'improvisation et de la désorganisation, cela a contribué à créer une situation dans laquelle des protocoles de détresse respiratoire contraires aux règles de l'art ont été adoptés par les établissements et ont été utilisés par un personnel étant peu ou pas formé en soins palliatifs, le tout constituant une faute. Ceci a été le cas pour Mme Maquet, qui a eu l'application d'un protocole inapproprié qui a finalement été l'une des causes de son décès, selon ce qui est allégué. On comprend des allégations que Mme Maquet a eu l'application d'un protocole adapté à la COVID-19 alors qu'elle était en attente du résultat du test de COVID-19²²;

h) Face à l'ensemble des directives décrites précédemment et face au contexte de pénurie de personnel rattaché à la pandémie de COVID-19, il a fautivement et négligemment omis de prendre les mesures nécessaires pour protéger l'intégrité physique et psychologique des personnes âgées et vulnérables hébergées en CHSLD, en contravention à l'article 5 de la LSSSS et à l'article 1 de la Charte. Ceci a été le cas pour Mme Maquet.

[47] Mme Maquet et les résidents du CHSLD Sainte-Dorothée ont été victimes de ces fautes et violations par le PGQ.

²² Donc, même si la Pièce P-47 parle uniquement des mauvais protocoles respiratoires quant au cas de COVID-19 seulement, cela ne change rien selon le Tribunal. La lumière sera faite au procès.

[48] Également, quant aux défendeurs CHSLD Sainte-Dorothée et CISSS Laval, les allégations factuelles reproduites précédemment démontrent clairement les éléments suivants :

- a) Le CISSS Laval est un établissement de santé au sens de la LSSSS. En vertu des articles 5, 79, 83, 100 et 101 de la LSSSS, il avait l'obligation de préserver la vie, la santé, la sécurité, la dignité et le bien-être des résidents du CHSLD Sainte-Dorothée, et il a fautivement et négligemment manqué à cette obligation;
- b) Il avait l'obligation de prodiguer aux résidents du CHSLD Sainte-Dorothée 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, et il a fautivement et négligemment manqué à cette obligation;
- c) Il a fautivement et négligemment omis d'adopter et de mettre à jour un Plan régional de lutte contre une pandémie d'influenza après l'entrée en vigueur du Plan de 2006;
- d) Il a fautivement et négligemment omis d'adopter toute mesure de préparation à une pandémie comme le prévoyait le Plan de 2006, de telle sorte qu'il a fautivement et négligemment omis de prendre les mesures prévues au Plan de 2006 pour se préparer à la première vague de COVID-19 en janvier et février 2020;
- e) Il connaissait ou aurait dû connaître les risques particuliers que présentait la COVID-19 pour les résidents du CHSLD Sainte-Dorothée;
- f) Il connaissait ou aurait dû connaître la directive ministérielle datée du 16 mars 2020 (Pièce P-1.0) lui ordonnant de « [r]etirer immédiatement du milieu du travail une personne qui présente des symptômes de toux ou de fièvre [et] [r]éintégrer ces personnes au travail après 14 jours (après la fin des symptômes) ou en présence d'une confirmation d'une autorité compétente qu'il ne s'agit pas de la COVID-19, et ce, afin que la personne puisse assumer ses fonctions en toute sécurité pour les usagers et le personnel »;
- g) Il a fautivement et négligemment omis de respecter la directive ministérielle en obligeant deux employés, le ou vers le 22 mars 2020, à se présenter au travail tout en sachant que ceux-ci présentaient des symptômes de COVID-19;
- h) Il a fautivement et négligemment omis de mettre en place en temps utile les mesures d'isolement conformément aux directives ministérielles du 25 mars 2020, incluant l'établissement d'une « zone chaude » et d'une « zone froide », de même que le port d'équipements de protection adéquats et l'adoption des mesures de protection et de distanciation indiquées;
- i) Il a fautivement et négligemment omis de former son personnel quant au port de l'équipement de protection et quant aux mesures de prévention et de protection adéquates, exposant le personnel et les résidents à un risque accru d'infection;
- j) Il a fautivement et négligemment omis d'approvisionner son personnel en équipement de protection adéquat, exposant le personnel et les résidents à un

risque accru d'infection, dans un contexte où cet équipement demeurerait pourtant disponible en quantité suffisante au Québec;

k) Il a fautivement et négligemment omis de respecter la directive ministérielle en obligeant une infirmière symptomatique en attente du résultat d'un test de COVID-19 à se présenter au travail le 16 avril 2020;

l) Il a fautivement et négligemment omis de prodiguer des soins de base, dont des soins d'hygiène, d'alimentation et d'hydratation, aux résidents du CHSLD Sainte-Dorothée en mars, avril et mai 2020, en contravention des dispositions de la LSSSS et de la Charte, le tout constituant une faute lourde;

m) Il a fautivement et négligemment mis en place une procédure visant à abaisser systématiquement les niveaux de soins des patients en CHSLD sans égard à l'obtention d'un consentement libre et éclairé des patients ou de la personne exerçant pour eux un consentement substitué;

n) Il a fautivement et négligemment limité l'accès aux *Ventimask* pour les patients en détresse respiratoire, privant certains patients des soins requis par leur état et entraînant leur décès prévisible, en contravention notamment à l'article 7 de la LSSSS et à l'article 2 de la Charte;

o) Il a fautivement et négligemment adopté un protocole de détresse respiratoire contraire aux règles de l'art et appliqué de façon contraire aux règles de l'art par un personnel peu ou pas formé en soins palliatifs, le tout constituant une faute lourde;

p) Il a fautivement et négligemment transféré de façon improvisée et non-planifiée 71 patients en provenance du milieu hospitalier au CHSLD Sainte-Dorothée en mars 2020, créant de ce fait une surcharge dans la capacité du CHSLD à 263 patients, alors que sa capacité réelle était de 193 patients.

[49] Mme Maquet et les résidents du CHSLD Sainte-Dorothée ont été victimes de ces fautes et violations par les défendeurs CHSLD Sainte-Dorothée et CISSS Laval.

[50] La question de l'immunité prévue à l'article 123 de la *Loi sur la santé publique* n'a pas été plaidée par quiconque et est de toute façon un élément qui ne peut être décidé qu'au mérite, car une preuve factuelle très détaillée doit être produite.

[51] Le Tribunal conclut qu'il y a apparence de droit quant à la faute des défendeurs CHSLD Sainte-Dorothée, CISSS Laval et PGQ quant à Mme Maquet et aux résidents du CHSLD Sainte-Dorothée.

[52] Quelle est la portée temporelle de cette faute? Selon le demandeur, toute la période du 13 mars 2020 au 20 mars 2021 est visée pour le CHSLD Sainte-Dorothée, ce

que conteste les défendeurs. Les défendeurs ne contestent pas quant à la première vague, mais quant à l'inter-vague et la deuxième vague.

[53] Le Tribunal rappelle que le demandeur définit la première vague entre le 13 mars 2020 et la fin avril 2020, l'inter-vague de mai à septembre 2020, et la deuxième vague de septembre 2020 au 20 mars 2021. Selon la preuve des établissements (Pièces R-1 et R-2 en liasse), la première vague a eu lieu du 27 février 2020 au 11 juillet 2020, l'inter-vague a eu lieu du 12 juillet 2020 au 22 août 2020, et la deuxième vague a eu lieu du 23 août 2020 au 20 mars 2021. Le demandeur débute la période de son groupe au 13 mars 2020, date du début de l'urgence sanitaire au Québec et de l'entrée en vigueur de certaines directives visant les CHSLD.

[54] Que décider?

[55] Le Tribunal note que, pour le CHSLD Sainte-Dorothée en particulier, dans la demande d'autorisation, les allégations spécifiques à son cas ne dépassent pas le 27 avril 2020. On verra les paragraphes 25.5, 44.6, 50 et 67.12 de la Demande d'autorisation. En incluant certains paragraphes généraux, comme le paragraphe 48.4 qui parle du mois d'avril 2020 au complet, le Tribunal infère que les allégations quant au CHSLD Sainte-Dorothée se terminent en fin avril 2020. Après cette date, il n'y a que des allégations générales, qui touchent tous les CHSLD, et sur lesquelles le Tribunal revient plus loin.

[56] Donc, **pour l'instant**, le Tribunal conclut que le demandeur a démontré une apparence de droit quant à la faute de tous les défendeurs à l'encontre de sa mère, de lui et de tous les résidents du CHSLD Sainte-Dorothée, pour la période du 13 mars 2020 à la fin avril 2020, soit la première vague telle qu'il l'a lui-même définie. Quant à l'apparence de droit de faute pour le CHSLD Sainte-Dorothée pour l'inter-vague et la deuxième vague, le Tribunal y revient plus loin à la section 3.5. Le Tribunal revient aussi plus loin sur la définition du groupe.

[57] Le Tribunal comprend également que la période du groupe débute le 13 mars 2020, soit le moment où le gouvernement du Québec a adopté un premier décret d'urgence sanitaire en vertu de l'article 118 de la *Loi sur la santé publique*. Mais les faits reliés à la faute pour le CHSLD Sainte-Dorothée débutent dès janvier 2020 pour tous les défendeurs, qui auraient dû dès ce moment mettre à jour le plan québécois ou le plan régional de lutte contre les pandémies.

[58] Le Tribunal n'a évidemment rien décidé au mérite, où une preuve complète de part et d'autre sera faite en bonne et due forme.

3.4.2 Les dommages compensatoires et la causalité

[59] Rappelons que le demandeur allègue, au paragraphe 86 de la Demande d'autorisation, qu'il a subi, tant personnellement qu'en sa qualité d'héritier de sa défunte

mère, feu Anna José Maquet, des dommages comparables aux autres membres du groupe. Ces dommages compensatoires allégués sont les suivants (par. 71 à 73) :

1-Les résidents des CHSLD membres du groupe ont subi ou subissent toujours les dommages suivants :

- a) Ils ont éprouvé et éprouvent toujours une importante détresse physique rattachée aux symptômes de la COVID-19, étant particulièrement vulnérables à cette maladie en raison de leur âge et de leur condition de santé;
- b) Ils ont éprouvé et éprouvent toujours une importante détresse psychologique rattachée au fait d'avoir vécu cette épreuve seul, leurs proches étant interdits de visite et en raison de leur crainte de mourir;
- c) Ils ont été victimes d'un manque de soins de base, dont les soins d'alimentation, d'hydratation, d'hygiène et de loisir, et ils n'ont pas reçu tous les soins et services de santé requis par leur condition, ceci en raison des directives fautives et négligentes adoptées par les défenseurs, de la mauvaise gestion de la pandémie par les défenseurs et de la pénurie de personnel causée par la pandémie, le tout ayant porté atteinte de façon importante à leur intégrité physique et psychologique, à leur sûreté et à leur dignité et ayant causé chez plusieurs une détérioration irréversible de leur état physique, psychologique et cognitif, voire leur décès;
- d) Leur santé physique, psychologique et cognitive a été irrémédiablement atteinte en raison de l'état prolongé d'isolement et de confinement dans lequel ils ont été plongés pendant de longs mois et en raison du manque de soutien familial et professionnel pendant cette période, ceci découlant des directives fautives et négligentes adoptées par les défenseurs, de leur mauvaise gestion de la pandémie par les défenseurs et de la pénurie de personnel causée par la pandémie;
- e) Ils éprouvent beaucoup d'anxiété, de colère, de tristesse, de douleurs, de souffrances et d'inconvénients en raison de l'état prolongé d'isolement et de confinement dans lequel ils ont été plongés pendant de longs mois et en raison du manque de soutien familial et professionnel pendant cette période;
- f) Ils ont éprouvé et éprouvent toujours le sentiment de solitude, d'avoir été abandonnés par le système qui devait les protéger et de ne pas avoir été traités avec le même respect et la même considération que les autres membres de la société;
- g) Les fautes des défenseurs ont causé les infections de 218 résidents du CHSLD Sainte-Dorothée et d'au moins 15 235 résidents de CHSLD à l'échelle du Québec, et le décès d'au moins 101 résidents du CHSLD Sainte-Dorothée et d'au moins 5 347 résidents de CHSLD à l'échelle du Québec des suites d'une infection à la COVID-19, en plus des décès non-inventoriés liés aux privations de soins fondamentaux.

2-Les conjoints, les aidants naturels, les enfants et les petits-enfants des résidents des CHSLD membres du groupe ont subi ou subissent toujours les dommages suivants :

- a) Ils ont éprouvé et éprouvent toujours une importante détresse psychologique en raison de la situation que leurs proches ont vécue;
- b) Étant mal informés de l'état de santé et de la situation de leurs proches en raison de la négligence des défenseurs, ils ont dû vivre ou doivent toujours vivre avec une importante angoisse quant à la situation de leurs proches, s'interrogeant notamment sur leur bien-être et sur leur confort;
- c) Ils conservent un traumatisme lié aux conditions de vie difficiles dans lesquelles ont vécu leurs proches pendant une longue période et des soins restreints prodigués, des circonstances particulièrement difficiles de leur fin de vie et des conditions imposées par la santé publique pour la disposition du corps;
- d) Ils conservent la conviction sincère et inébranlable que n'eût été des fautes des défenseurs, leurs proches ne se seraient pas retrouvés dans une telle situation;

3-Les héritiers et ayants droit des personnes décédées réclament, en plus des sommes prévues pour les dommages subis par leurs proches décédés :

- Des dommages additionnels découlant du décès, incluant, selon le cas, une réclamation pour *solatium doloris* et pour la perte de soutien financier, le cas échéant.

[60] Le demandeur réclame les montants suivants, au paragraphe 87 de la Demande d'autorisation :

1-Pour chacun des résidents membres du groupe, sans égard à leur infection au COVID-19 :

- Une somme de base de 40 000 \$ au membre en compensation de :
 - La détresse psychologique;
 - L'atteinte à leur intégrité, à leur sûreté et à leur dignité;
 - La détérioration de leur santé physique, psychologique et cognitive;
 - Le sentiment d'abandon, les souffrances, la colère, la tristesse, le stress et les inconvénients découlant de la gestion fautive et négligente de la pandémie par les défenseurs :
- Une somme de 10 000 \$ à ses enfants en compensation des douleurs, stress et inconvénients associés à la gestion fautive et négligente de la pandémie par les défenseurs;

- Une somme additionnelle de 5 000 \$ à son aidant naturel, s'ajoutant aux sommes prévues ci-dessus si l'aidant naturel est un enfant ou un petit-enfant du résident;

2-Pour les résidents membres du groupe infectés à la COVID-19 ayant survécu à l'infection :

- Une somme additionnelle de 60 000 \$ au membre en compensation :
 - Des douleurs, stress et inconvénients associés à la contamination à la COVID-19;
 - De la détérioration de leur santé physique, psychologique et cognitive associée à la contamination à la COVID-19;
- Le remboursement intégral des déboursés encourus ou à encourir en raison de la conduite fautive des défendeurs;
- Une somme additionnelle à parfaire au membre, sous réserve du droit de chaque membre du Groupe de présenter, sur une base individuelle lors de l'évaluation du quantum, la preuve d'un préjudice particulier plus considérable auquel le membre aura droit s'il est mis en preuve l'un des éléments suivants :
 - Le membre a subi un séjour hospitalier aux soins intensifs;
 - Le membre a subi un séjour hospitalier;
 - Le membre n'a fautivement pas été envoyé en milieu hospitalier alors que sa condition ou son niveau de soins le nécessitaient, que ce soit pour des soins hospitaliers ou pour des soins de confort que les CHSLD n'étaient pas en mesure d'offrir;
- Une somme de 10 000 \$ à ses enfants en compensation des douleurs, stress et inconvénients associés à la contamination de leur parent à la COVID-19;
- Une somme additionnelle de 5 000 \$ à son aidant naturel, s'ajoutant aux sommes prévues ci-dessus si l'aidant naturel est un enfant ou un petit-enfant du résident.

3-Pour les conjoints, enfants, petits-enfants, héritiers et ayants droit des résidents membres du groupe décédés des suites de la COVID-19 ou en raison d'une rupture ou de lacunes dans les soins de base d'hygiène, d'aide aux repas ou de mobilisation:

- Une somme de 100 000 \$ au conjoint survivant, en sa qualité personnelle, en compensation des douleurs, stress et inconvénients subis, ainsi qu'en compensation du chagrin causé par la perte d'un être cher (solatium doloris) en raison de la conduite fautive des défendeurs;
- Une somme de 30 000 \$ à chacun des enfants du défunt, selon le cas, en compensation des douleurs, stress et inconvénients subis, ainsi qu'en compensation

du chagrin causé par la perte d'un être cher (*solatium doloris*) en raison de la conduite fautive des défendeurs;

- Une somme de 100 000 \$ au conjoint survivant, en sa qualité d'héritier du défunt, le cas échéant, ou à la succession du défunt, selon le cas, en compensation des souffrances physiques et morales subies par le défunt avant son décès (*pretium doloris*) en raison de la conduite fautive des défendeurs;
- Le remboursement intégral des déboursés et frais funéraires encourus et à encourir en raison de la conduite fautive des défendeurs;
- Une somme additionnelle à parfaire au membre, sous réserve du droit de chaque membre du Groupe de présenter, sur une base individuelle lors de l'évaluation du quantum, la preuve d'un préjudice particulier plus considérable, auquel le membre aura droit s'il est mis en preuve que le membre a subi des pertes pécuniaires en raison de la COVID-19, le tout en lien avec les fautes reprochées.

[61] Le Tribunal est d'avis que ces allégations factuelles quant aux dommages compensatoires doivent être tenues pour avérées. Elles n'ont pas été contredites. Le PGQ a cependant des arguments quant à des dommages visant la violation des droits fondamentaux des victimes par ricochet.

[62] Il est vrai que les droits fondamentaux sont des droits personnels *intuitu personae*, c'est-à-dire rattachés à la personne qui les invoque et on ne saurait plaider la violation des droits fondamentaux d'autrui²³. La succession d'une personne décédée ne peut pas non plus les réclamer (à moins de reprendre fait et cause du litige déjà entamé par une personne qui décède en cours d'instance (cela n'est pas le cas ici pour personne).

[63] Selon le PGQ, il n'y a aucune allégation factuelle précise et suffisante dans la Demande d'autorisation qui démontrerait un préjudice autonome qu'auraient subi les membres indirects, lié à une violation de leurs droits fondamentaux, ce qui ferait échec aux demandes de dommages compensatoires à l'égard des membres indirects. Le Tribunal est d'accord avec cette position du PGQ.

[64] Le Tribunal a révisé en détail les paragraphes 72, 73 et 87 de la Demande d'autorisation et ceux-ci sont amplement suffisants comme allégation factuelle des dommages que les membres indirects réclament en vertu d'une violation de l'article 1457 CcQ ou de la LSSS. Les membres indirects réclament pour des préjudices psychologiques et matériels propres à eux, ils réclament pour leur propre souffrance d'avoir vu leur proche dépérir ou mourir ou mal traité, qui sont des dommages communs aux termes de l'article 1457 CcQ et pour violation de la LSSSS.

[65] Cependant, pour toutes les allégations des paragraphes 72, 73 et 87 liées à la détresse psychologique et l'angoisse invoquée par les membres indirects, elles se rattachent essentiellement à la situation vécue par les membres directs. Le fait pour un

²³ Voir *Bigeagle v. The King*, 2023 FCA 128, par. 15 et 95, applicables aux droits de la Charte québécoise.

membre indirect de subir une angoisse liée à la maladie d'un proche, soit-il hébergé ou hospitalisé, ne rencontre cependant pas les critères liés à l'atteinte à l'intégrité psychologique, un droit protégé par la Charte. En effet, les allégations de dommage ne décrivent pas des répercussions graves et des atteintes à un droit individuel d'une importance fondamentale, comme le requiert la Cour suprême du Canada dans l'arrêt *Blencoe c. Colombie-Britannique (Human Rights Commission)*²⁴.

[66] Autrement dit, le niveau de détail des allégations du demandeur quant aux dommages des membres indirects ne lui permet pas de démontrer une violation de la Charte pour ces membres indirects, mais uniquement des dommages compensatoires ordinaires subis par ces membres indirects.

[67] Dans ces circonstances, le Tribunal est d'avis que le demandeur a démontré les dommages compensatoires réclamés pour sa mère Mme Maquet, pour lui-même, pour les résidents du CHSLD Sainte-Dorothée et pour les proches des résidents de ce CHSLD, à l'exception cependant de tout dommage compensatoire en vertu de la Charte pour les membres indirects.

[68] Quant à la causalité, le demandeur allègue ceci à la Demande d'autorisation :

69. Les fautes des défendeurs le Ministre, le DNSP et le CISSS Laval dans leur réponse à la pandémie de COVID-19 telles que décrites aux sections précédentes sont la cause directe et probable de l'éclosion fulgurante de COVID-19 qui a frappé la totalité des résidents du CHSLD Sainte-Dorothée en mars 2020, faisant rapidement de cette éclosion de loin la plus dévastatrice au Québec à la fois quant au nombre de personnes infectées, quant au nombre de décès et quant au taux de résidents atteints;

69.1 La conduite fautive et négligente des défendeurs dans leur réponse à la pandémie de COVID-19 telle que décrite aux sections précédentes est la cause directe et probable des éclosions qui ont frappé plus de 270 CHSLD, infecté plus de 14 620 résidents et fait au moins 5 347 morts dans les CHSLD entre le 13 mars 2020 et le 20 mars 2021, tel qu'il appert des tableaux produits comme Pièce R-1;

[69] Ces allégations sont suffisantes selon le Tribunal. De toute façon, l'ensemble des allégations factuelles démontrent clairement qu'il est possible de soutenir que les dommages compensatoires subis par les membres et par les victimes par ricochet sont le résultat direct de l'inconduite reprochée²⁵ pour la première vague au CHSLD Sainte-Dorothée.

[70] Le Tribunal conclut que le demandeur a démontré les dommages compensatoires réclamés (sauf la violation de la Charte pour les membres indirects) et la causalité, pour sa mère Mme Maquet, pour lui-même, pour les résidents du CHSLD Sainte-Dorothée et

²⁴ 2000 CSC 44, par. 56, 57 et 81.

²⁵ *Infineon*, précité, note 11, par. 144.

pour les proches des résidents de ce CHSLD (les victimes par ricochet ou les victimes indirectes).

[71] Passons aux dommages punitifs.

3.4.3 Les dommages punitifs

[72] Le demandeur réclame des dommages punitifs en vertu de l'article 49 de la Charte.

[73] Voici ce qu'allègue le demandeur aux paragraphes 74 à 74.5 de la Demande d'autorisation :

74. En raison de l'atteinte illicite et intentionnelle au droit à la vie, à la sûreté, à l'intégrité, à la liberté, à l'égalité et à la dignité des membres du groupe, le demandeur est en droit d'exiger une somme d'un million de dollars en paiement de dommages exemplaires en vertu de l'article 49 de la *Charte des droits et libertés de la personne*;

74.1 Les fautes énumérées à la section C de la présente demande pour autorisation donnent ouverture aux dommages exemplaires réclamés par le demandeur;

74.2 En effet, tel qu'il appert des allégations de la présente demande, les défendeurs avaient connaissance des conséquences sur les droits fondamentaux des membres du groupe que leur conduite engendrerait;

74.3 En ce qui concerne le Ministre et le DNSP, ils savaient ou ne pouvaient ignorer que :

a) L'omission de préparer les CHSLD à la pandémie dans la phase pré-pandémique de janvier et février 2020, malgré la connaissance du risque particulier posé par la COVID-19 pour les CHSLD dès janvier 2020;

b) L'omission de mettre à jour le Plan de 2006, produit au soutien des présentes comme Pièce P-7;

c) L'omission d'activer le plan de 2006, produit au soutien des présentes comme Pièce P-7, en temps opportun dans les premières phases de la pandémie de COVID-19;

d) L'omission de planifier un approvisionnement suffisant d'ÉPI, de former le personnel de la santé en matière de port d'ÉPI, de prendre des mesures pour atténuer la pénurie de personnel et de mettre en place un système automatisé pour permettre une consultation des données en temps réel et une analyse intégrée de tous les indicateurs requis;

e) Le transfert en catastrophe de 2 000 personnes âgées des milieux hospitaliers vers les CHSLD au printemps 2020;

f) L'interdiction des visites des proches aidants dans les CHSLD malgré les documents démontrant l'importance de la présence d'un réseau de proches aidants auprès des résidents pendant une pandémie et les graves conséquences

que leur retrait ne manquerait pas d'entraîner sur leur bien-être et les soins leur étant prodigués;

g) La directive prévoyant que les transferts de résidents en CHSLD vers les milieux hospitaliers devaient être évitées et devenir une mesure exceptionnelle;

...exposaient inévitablement les résidents à un risque accru d'infection, à une perturbation importante des soins quotidiennement offerts aux résidents et à une diminution de la qualité et de la quantité des soins et services leur étant offerts, ce qui passait nécessairement par une atteinte à leurs droits fondamentaux à l'égalité, à la sûreté, à l'intégrité et à la vie;

74.4 En ce qui concerne le CISSS Laval, celui-ci savait ou ne pouvait ignorer que :

a) L'omission d'adopter un Plan régional de lutte à une pandémie d'influenza;

b) L'omission de mettre en place des mesures préparatoires à la pandémie en janvier et février 2020;

c) Le non-respect de la directive ministérielle l'obligeant à retirer immédiatement du milieu de travail les personnes présentant des symptômes de la COVID-19;

d) L'omission de mettre en place en temps utile des mesures concernant l'isolement, le port d'équipements de protection et la distanciation conformes aux directives ministérielles;

e) L'omission de former son personnel quant au port de l'équipement de protection et des mesures de prévention et de protection;

f) L'omission de fournir à son personnel des ÉPI adéquats en qualité et en quantité suffisante;

g) L'omission de prodiguer des soins de base, dont des soins d'hygiène, d'alimentation et d'hydratation aux résidents du CHSLD Sainte-Dorothée;

h) L'omission de fournir aux résidents en détresse respiratoire des *Ventimask*;

i) L'utilisation d'un protocole de détresse respiratoire non-conforme aux règles de l'art par du personnel peu ou pas formé en matière de soins palliatifs; et

j) Le transfert improvisé et non planifié de 71 patients en provenance du milieu hospitalier au CHSLD Sainte-Dorothée alors que celui-ci était déjà surchargé et n'était pas doté de ressources adéquates;

...exposaient inévitablement les résidents à un risque accru d'infection et à une perturbation importante des soins normalement offerts aux résidents, ce qui passait nécessairement par une atteinte à leurs droits fondamentaux à la sûreté, à l'intégrité et à la vie.

74.5 En ce qui concerne les CISSS et les CIUSSS, ils savaient ou ne pouvaient ignorer que :

a) L'omission de respecter les directives ministérielles et les normes de l'INSPQ en matière de prévention et contrôle des infections; et

- b) L'omission de fournir à leur personnel de l'équipement de protection adéquat en qualité et en quantité suffisante;
- c) Le non-respect de la directive ministérielle les obligeant à retirer immédiatement du milieu de travail les personnes présentant des symptômes de la COVID-19;
- d) L'omission de mettre en place en temps utile des mesures concernant l'isolement, le port d'équipements de protection et la distanciation conformes aux directives ministérielles;
- e) L'omission de former leur personnel quant au port de l'équipement de protection et des mesures de prévention et de protection;
- f) L'omission de fournir à leur personnel des ÉPI adéquats en qualité et en quantité suffisante;
- g) L'omission de prodiguer des soins de base, dont des soins d'hygiène, d'alimentation et d'hydratation aux résidents des CHSLD;
- h) L'omission de fournir aux CHSLD des ressources humaines et matérielles suffisantes pour en faire de véritables milieux de soins en mesure de traiter les patients atteints de COVID-19;

...exposaient inévitablement les résidents à un risque accru d'infection et à une perturbation importante des soins normalement offerts aux résidents, ce qui passait nécessairement par une atteinte à leurs droits fondamentaux à la sûreté, à l'intégrité et à la vie;

[74] Dans l'arrêt *Levy c. Nissan Canada inc.*²⁶, la Cour d'appel a précisé que, lorsqu'une partie réclame des dommages punitifs pour violation illicite et intentionnelle d'un droit garanti par la Charte, une allégation de conduite illicite et intentionnelle qui se rapporte à une faute spécifique suffit, dans la mesure où les autres allégations de fait d'une demande d'autorisation permettent au tribunal de déduire que l'auteur de la faute devait savoir que sa conduite pouvait mener à une violation d'un droit protégé par la Charte. La Cour d'appel est d'avis que cela est suffisant car il serait prématuré d'exiger davantage, puisque l'évaluation de l'octroi ou non de dommages punitifs est une question qui dépend du comportement global de la partie fautive.

[75] Le Tribunal est d'avis ici que les allégations du demandeur sont amplement suffisantes pour permettre une réclamation de dommages punitifs pour les résidents du CHSLD de Sainte-Dorothée. Les allégations rencontrent aisément le test élaboré dans l'arrêt *Québec (Curateur public) c. Syndicat national des employés de l'hôpital St-Ferdinand*²⁷ par la Cour suprême du Canada, sous la plume de Mme la juge Claire L'Heureux-Dubé, qui a défini comme suit ce que veulent dire les termes « atteinte illicite et intentionnelle » prévue à l'article 49 de la Charte :

²⁶ 2021 QCCA 682, par. 33 à 38.

²⁷ [1996] 3 R.C.S. 211, par. 121.

[121] En conséquence, il y aura atteinte illicite et intentionnelle au sens du second alinéa de l'art. 49 de la Charte lorsque l'auteur de l'atteinte illicite a un état d'esprit qui dénote un désir, une volonté de causer les conséquences de sa conduite fautive ou encore s'il agit en toute connaissance des conséquences, immédiates et naturelles ou au moins extrêmement probables, que cette conduite engendrera. Ce critère est moins strict que l'intention particulière, mais dépasse, toutefois, la simple négligence. Ainsi, l'insouciance dont fait preuve un individu quant aux conséquences de ses actes fautifs, si déréglée et téméraire soit-elle, ne satisfera pas, à elle seule, à ce critère.

[76] Le Tribunal n'a qu'à soulever le manque de personnel et les directives contre les transferts vers les hôpitaux qui ont mené aux décès, manque de soins et manque de nourriture des résidents. Cela était prévisible, quant aux résidents du CHSLD Sainte-Dorothée.

[77] Maintenant, qu'en est-il des victimes indirectes?

[78] Le Tribunal a déjà indiqué que les membres indirects ne peuvent pas réclamer de violation de leurs droits fondamentaux en vertu de la Charte, mais uniquement des dommages compensatoires ordinaires. Au surplus, même si les dommages punitifs ont un statut autonome, le Tribunal précise que les victimes par ricochet ne peuvent invoquer des dommages punitifs selon la jurisprudence claire²⁸. Ainsi, les allégations relatives aux droits à la sûreté, à la liberté, à l'intégrité, à la dignité, à l'égalité et à la vie ne permettent pas aux membres indirects de réclamer des dommages punitifs. Seuls les résidents des CHSLD le peuvent.

[79] Le demandeur chiffre sa réclamation monétaire à dix millions de dollars en dommages punitifs, mais ceci inclut tous les résidents de tous les CHSLD et même les victimes indirectes. Le Tribunal n'a pas au présent stade à se prononcer sur le quantum de cette réclamation.

[80] Le Tribunal conclut donc que le demandeur a démontré sa réclamation pour dommages punitifs, mais uniquement pour les résidents du CHSLD Sainte-Dorothée, pas pour les autres membres indirects.

[81] Passons maintenant aux autres CHSLD du Québec et à l'inter-vague et à la deuxième vague²⁹. C'est là le véritable enjeu du présent litige.

²⁸ *De Montigny c. Brossard (Succession)*, 2010 CSC 51, par. 70; *Hogue c. Procureur général du Québec*, 2020 QCCA 1081, par. 98.

²⁹ Quant à l'inter-vague et à la deuxième vague, le Tribunal doit étudier le cas de tous les CHSLD du Québec, y compris celui du CHSLD Sainte-Dorothée.

3.5 Les allégations du demandeur quant au reste des CHSLD et à l'inter-vague et à la deuxième vague de COVID-19

[82] Les défendeurs argumentent que le demandeur n'a pas d'apparence de droit pour viser les autres CHSLD du Québec (outre le CHSLD Sainte-Dorothée) ni même pour viser une quelconque période temporelle postérieure à la première vague de COVID-19 (incluant ici le CHSLD Sainte-Dorothée). Qu'en est-il?

[83] Voici ce qu'allègue le demandeur dans la Demande d'autorisation quant aux membres du groupe qui résident dans les CHSLD publics du Québec et quant à l'inter-vague et à la deuxième vague (par. 25.10 à 25.13 et 67.1 à 67.16 de la Demande d'autorisation) :

Mai-septembre 2020 : période inter-vague

- 1) Le 26 mai 2020, le Protecteur du citoyen annonce la tenue d'une enquête impartiale et indépendante sur le déroulement et la gestion gouvernementale de la crise de la COVID-19 dans les CHSLD;
- 2) Le 18 juin 2020, un processus de déconfinement des CHSLD s'amorce, alors que les visiteurs réguliers sont permis et les résidents bénéficient de droits de sortie dans les CHSLD sans éclosion, le tout étant détaillé dans une mise à jour du document mentionné au paragraphe précédent datée du 19 juin 2020, produite au soutien des présentes comme Pièce P-1.4;
- 3) Le ou vers le 23 juin 2020, le MSSS publie le document Annexe COVID-19. Plan actualisé de lutte contre une pandémie d'influenza – mission santé (ci-après l'« Annexe »), lequel document constitue la version finale de l'Annexe COVID-19 communiquée le 17 mars 2020 et mentionnée au paragraphe 23.5 des présentes, tel qu'il appert de l'Annexe COVID-19 produit comme Pièce P-39;
- 4) L'Annexe mentionnée au paragraphe précédent s'appuie principalement sur le Plan de 2006, notamment dans sa délimitation des phases de la pandémie et des objectifs qui y sont rattachés, lesquels sont mentionnés aux paragraphes 8.5 et 8.6 des présentes.

Éclosions dans les autres CHSLD au Québec

- 1) Le 14 avril 2020, le MSSS publie une liste de 146 CHSLD et RPA comptant au moins un cas de COVID-19, pour un total de 2 262 cas, tel qu'il appert de la liste jointe aux présentes comme Pièce P-16;
- 2) Du 15 au 30 avril 2020, le MSSS met cette liste à jour de façon quotidienne;
- 3) Le 30 avril 2020, la dernière liste rendue publique fait état de 6 624 cas dans 273 CHSLD et RPA, tel qu'il appert de la liste jointe aux présentes comme Pièce P-17;
- 4) Le 27 mai 2020, le Premier ministre du Québec, monsieur François Legault, rend public un rapport préliminaire des Forces armées canadiennes relativement

aux observations notées suivant leur premier mois de déploiement dans 25 CHSLD en éclosion, tel qu'il appert du rapport produit au soutien des présentes comme Pièce P-18.

- 5) Le rapport note trois points problématiques à une échelle généralisée :
 - a) Les difficultés dans la création et le respect de zones chaudes, zones tièdes et zones froides en CHSLD;
 - b) Une observance inconstante du port de l'équipement de protection individuel par un personnel mal formé en la matière et au taux de roulement important;
 - c) Une pénurie criante de personnel.
- 6) Les éclosions majeures de COVID-19 en CHSLD dans la première vague se poursuivent pendant plusieurs mois, incluant notamment le CHSLD Saint-Jude appartenant au CISSS de Laval, dans lequel une éclosion débutée en juin 2020 cause l'infection de 172 des 204 résidents et le décès de 73 d'entre eux;
- 7) En date du 6 août 2020, le Québec présente un bilan de 5 687 décès, dont 5 054 décès en CHSLD, résidences privées pour aînés (ci-après « RPA »), ressources intermédiaires (ci-après « RI ») et milieux de soins de longue durée en centre hospitalier, tel qu'il appert du « Plan deuxième vague », Pièce P-11;
- 8) Le 19 août 2020, le MSSS publie le document « COVID-19 : Plan d'action pour une deuxième vague », Pièce P-11, lequel comporte également un bilan de la gestion de la pandémie au Québec jusqu'à ce moment;
- 9) Le rapport mentionné au paragraphe précédent mentionne notamment les problématiques suivantes observées dans les milieux de vie pour aînés lors de la première vague :
 - a) Des difficultés majeures dans l'application des mesures de prévention et contrôle des infections;
 - b) Des difficultés majeures de disponibilité et de mobilité de personnel;
 - c) L'absence de gestionnaire dans plusieurs milieux rendant extrêmement difficile, voire impossible, la transition vers un mode de gestion de crise;
 - d) Mesures préventives d'interdiction de visite des proches aidants dans les milieux de soins ayant privé les personnes hébergées du soutien essentiel de leur proche;
 - e) Un absentéisme de 12 000 employés au plus fort de la crise, soit un peu moins de 10 % des employés du système, ayant nécessité l'introduction massive de nouveau personnel peu ou pas qualifié.
- 10) Le rapport mentionné au paragraphe précédent établit un plan d'action en neuf axes pour faire face à la deuxième vague de COVID-19, dont :
 - a) Avoir un gestionnaire responsable pour chaque CHSLD;

- b) Maintenir un accès sécuritaire pour les proches aidants;
 - c) Recruter massivement des préposés dans les CHSLD;
 - d) Interdire la mobilité de main-d'œuvre, tout en respectant de façon stricte les règles de prévention et de contrôle des infections (PCI);
 - e) Assurer l'approvisionnement en équipement de protection individuelle en concluant des ententes avec des fabricants québécois pour la production de produits stratégiques;
 - f) Rejoindre l'ensemble de la population par des communications ciblées et adaptées aux différents publics.
- 11) Les éclosions significatives de COVID-19 en CHSLD se poursuivent au-delà de la première vague, et jusqu'à la fin de la seconde vague le 20 mars 2021;
- 12) Notamment, en novembre 2020, une éclosion majeure de COVID-19 au CHSLD Saint-Eusèbe, une installation du CISSS de Lanaudière, défenderesse aux présentes, se solde par l'infection de 113 des 153 patients du CHSLD et le décès de 45 patients des suites de la COVID-19, tel qu'il appert du tableau cumulatif produit comme Pièce R-1;
- 13) Les éléments rapportés quant aux causes et circonstances de cette éclosion sont identiques à ceux rapportés lors de la première vague : non-respect des mesures de prévention et contrôle des infections, mobilité et contacts entre le personnel de la zone chaude et de la zone froide, forte proportion du personnel en arrêt de travail, incapacité de donner les soins de base aux résidents, tel qu'il appert des articles de médias produits en liasse comme Pièce P-41;
- 14) De décembre 2020 à février 2021, une éclosion majeure de COVID-19 se produit au Centre d'hébergement de l'Hôtel-Dieu-de-Saint-Hyacinthe, le plus gros CHSLD du Québec, une installation du CISSS de la Montérégie-Est, défenderesse aux présentes, se solde par l'infection de 234 des 376 patients du CHSLD et le décès de 77 d'entre eux, tel qu'il appert du tableau cumulatif produit comme Pièce R-1;
- 15) Les éléments rapportés quant aux causes et circonstances de cet éclosion sont identiques à ceux rapportés lors de la première vague : non-respect des mesures de prévention et contrôle des infections, équipement de protection individuel inadéquat, tel qu'il appert des articles de médias produits en liasse comme Pièce P-48;
- 16) Le 10 décembre 2020, le Protecteur du citoyen publie un rapport d'étape de son enquête mentionnée au paragraphe 25.6.1 des présentes intitulé La COVID-19 dans les CHSLD durant la première vague de la pandémie. Apprendre de la crise et passer à l'action pour respecter les droits et la dignité des personnes hébergées (ci-après le « Rapport d'étape du Protecteur du citoyen »), tel qu'il appert du rapport produit comme Pièce P-20;

17) Le rapport mentionné au paragraphe précédent fait état des constats suivants :

- a) Les CHSLD ont été l'angle mort de la préparation à la pandémie;
- b) Face à un virus inconnu, la menace a été sous-estimée;
- c) Les équipements de protection individuelle, insuffisants, ont été distribués de façon inégale;
- d) La mobilité du personnel a contribué à la propagation du virus;
- e) L'interdiction de visite des personnes proches aidantes a suscité anxiété et détresse;
- f) Des soins et des services ont été reportés ou annulés;
- g) Les CHSLD n'étaient pas outillés pour donner des soins de la même intensité qu'à l'hôpital;
- h) Les renforts en CHSLD sont arrivés tardivement;
- i) Le pouvoir décisionnel en CHSLD était éloigné du terrain;
- j) Le personnel soignant a été lourdement atteint physiquement et psychologiquement.

18) Le Rapport d'étape du Protecteur du citoyen mentionne que plus de la moitié des membres du personnel interrogés dans le cadre de l'enquête ont répertorié des lacunes dans les soins de base et de soutien aux résidents des CHSLD pendant la première vague, dont principalement une réduction de temps d'aide aux repas, un manque de temps pour distribuer l'eau aux résidents et le maintien des résidents au lit ou à la chambre en raison d'un manque de personnel pour aider à la mobilité;

19) Le Rapport d'étape du Protecteur du citoyen mentionne également que près de la moitié (47 %) des membres du personnel interrogés dans le cadre de l'enquête ont souligné des lacunes dans les soins d'hygiène, lesquels ont été réduits ou effectués de manière précipitée, les bains et les douches étant moins fréquents ou remplacés par une toilette partielle faite au lit, et les soins buccodentaires étant réduits ou inexistantes;

20) Le Rapport d'étape du Protecteur du citoyen mentionne également que la pénurie de personnel engendrée par les éclosions majeures dans certains CHSLD a donné lieu à des ruptures de soins de base, principalement dans les premières semaines d'avril, alors que des personnes n'ont pas reçu l'assistance nécessaire pour bien s'alimenter et s'hydrater, n'ont obtenu que des soins d'hygiène très partiels et ont subi des retards dans le changement des culottes d'incontinence, sont demeurées alitées en jaquette d'hôpital pendant plusieurs jours ou parfois plusieurs semaines, entraînant chez certaines une détérioration de leur santé physique ou cognitive parfois irréversible et des plaies de pression pour lesquelles le personnel infirmier n'avait pas le temps de faire les changements de pansements nécessaires;

21) Le 23 novembre 2021, le Protecteur du citoyen publie le rapport final de son enquête mentionnée au paragraphe 25.6.1 des présentes intitulé Rapport spécial du Protecteur du citoyen. La COVID-19 dans les CHSLD durant la première vague de la pandémie. Cibler les causes de la crise, agir, se souvenir (ci-après le « Rapport final du Protecteur du citoyen »), tel qu'il appert du rapport produit comme Pièce P-42;

22) Le rapport mentionné au paragraphe précédent fait état des constats suivants :

- a) La conception « hospitalocentriste » adoptée par le MSSS a maintenu les CHSLD dans l'angle mort des préparatifs à la pandémie;
- b) Les CHSLD étaient peu au fait des mesures de prévention et de contrôle des infections à déployer en temps de pandémie;
- c) Les CHSLD ont été fortement frappés par la pénurie d'équipement de protection individuelle;
- d) La pénurie de main d'œuvre en CHSLD a été aggravée par une confusion dans le recrutement et l'affectation des effectifs en renfort;
- e) L'interdiction des visites des proches aidants en CHSLD a causé des conséquences dramatiques;
- f) Il y a eu un manque de fluidité et de communication dans l'application des consignes en raison de l'absence de gestionnaires sur le terrain en CHSLD; et
- g) Il y a eu un manque de données en temps opportun en raison de systèmes d'information désuets.

[84] Ces allégations sont-elles suffisantes?

3.6 Décision du Tribunal sur l'apparence de droit du demandeur contre les défendeurs quant à son recours contre tous les autres établissements

[85] Pour les motifs qui suivent, le Tribunal est d'avis que les allégations du demandeur quant aux autres CHSLD du Québec sont suffisantes pour démontrer sa cause d'action contre tous les défendeurs et pour toutes les vagues, incluant le CHSLD Sainte-Dorothée. Cependant, l'identité des CHSLD, soit le seuil de cas de COVID-19 requis, est un sujet de débat entre les parties, que le Tribunal étudie à la section 3.6.1.1.

3.6.1 La faute

[86] Le Tribunal est d'avis que les allégations suivantes du demandeur dans la Demande d'autorisation sont clairement suffisantes **pour permettre d'inférer que ce qui s'est passé au CHSLD Sainte-Dorothée et que toutes les fautes et violations décrites précédemment quant au CHSLD Sainte-Dorothée pour la première vague se sont produits dans d'autres CHSLD du Québec :**

- Par. 19.1 à 25.9 quant au PGQ, qui sont des reproches qui visent potentiellement tous les CHSLD du Québec;
- Par. 67.4 et 67.5 et Pièce P-18³⁰ quant au PGQ et aux établissements;
- Quant au PGQ et aux établissements, par. 67.6 à 67.9 et Pièce P-11, le « Plan d'action pour une deuxième vague » du 19 août 2020, qui corrobore donc l'existence de tous les problèmes de la première vague pour potentiellement tous les CHSLD du Québec;
- Quant au PGQ et aux établissements, les deux rapports du Protecteur du citoyen sur la première vague de COVID-19 dans les CHSLD, Pièces P-20 et P-42, et par. 67.10 à 67.16.

[87] Les défendeurs ne nient pas qu'il y ait eu des problématiques majeures dans certains CHSLD au Québec durant la première vague de COVID-19.

[88] **Mais quels CHSLD du Québec sont visés et pour quelle période ou vague?** Sont-ce tous les CHSLD et toute la période? Le groupe est-il définissable? Quel est le seuil de cas de COVID-19 visé?

[89] Selon le demandeur, sa cause d'action n'est pas basée sur une « éclosion majeure » de cas de COVID-19 dans les CHSLD. Selon le demandeur, les fautes des défendeurs ont eu pour conséquence, à son avis, que certains résidents ont eu la COVID-19 et certains autres ne l'ont pas eue, mais que tous les résidents des CHSLD du Québec où il y a eu 2 cas de COVID-19 ou plus ont subi des dommages des conséquences de la mauvaise préparation et gestion de la COVID-19. Selon le demandeur, ceci inclut des CHSLD où il n'y a pas eu d'éclosion majeure de COVID-19; cela couvrirait par exemple (le Tribunal a déjà écrit précédemment ces exemples, mais il le reprend encore ici pour plus de clarté) :

- Le cas, dans un CHSLD où il y a eu seulement 2 cas de COVID-19, d'un résident qui n'a pas eu le niveau de soins requis par sa condition car il n'a pas pu être transféré à l'hôpital en raison des directives alors en vigueur;
- Le cas, dans un CHSLD où il y a eu seulement 2 cas de COVID-19, d'un résident qui a souffert de solitude;
- Le cas, dans un CHSLD où il y a eu seulement 2 cas de COVID-19, d'un résident qui n'a pas eu des soins de base.

[90] Le demandeur fournit une liste de CHSLD où il y a eu deux cas ou plus de COVID-19 pendant la période. Cette liste est en annexe au présent jugement. Le demandeur tire son seuil de deux cas du document de l'INSPQ « SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins », Pièce P-49, à la page 3, sous la notion de « Éclosion : début » :

³⁰ Rapport des Forces armées canadiennes des 18 et 19 mai 2020

Deux cas (usagers et/ou TdeS) nosocomiaux avec un lien épidémiologique survenant pendant la période maximale d'incubation, soit 14 jours et ce, peu importe le type de test utilisé (TAANlabo, TAAN rapide au point de service ou TDAR).

[91] Selon le demandeur, une éclosion de COVID-19 existe dès qu'il y a deux cas. Le Tribunal note que la Demande d'autorisation n'allègue pas la Pièce P-49 et n'y fait pas référence. La Demande d'autorisation n'explique nulle part pourquoi la Pièce P-49 est retenue comme seuil. L'avocat du demandeur indique oralement que c'est une norme scientifique reconnue par l'INSPQ dans le cadre des définitions retenues par cet organisme, mais le Tribunal ignore la portée et l'application de cette définition de deux cas.

[92] Le demandeur souligne que plusieurs des fautes reprochées aux défendeurs ne sont pas liées au nombre de cas de COVID-19 ni à la notion d'éclosion majeure, comme les suivantes :

- Paragraphes 84.2, 23, 23.1, 23.2 et 23.3 : interdiction des visites des proches-aidants et de la fourniture d'aide et de soins par ces derniers, menant à absence de soins de base, anxiété, détresse et solitude;
- Paragraphes 67.11, 67.12 et 67.13 sur les rapports du Protecteur du Citoyen, Pièces P-20 et P-42 : interdiction des visites des proches-aidants et de la fourniture d'aide et de soins par ces derniers, menant à absence de soins de base, anxiété, détresse et solitude, absence de soins de base vu le manque de personnel et absence de soins requis par la condition médicale vu les directives limitant les transferts aux hôpitaux des résidents des CHSLD.

[93] Le demandeur termine en disant que les fautes des défendeurs pendant la deuxième vague et l'inter-vague sont clairement démontrées par les allégations énumérées par le Tribunal à la section 3.5 du présent jugement. Au pire, le demandeur indique que le Tribunal peut le déduire ou l'inférer.

[94] De leur côté, les défendeurs indiquent que toute la Demande d'autorisation et les pièces vont dans le sens que le recours proposé vise seulement les CHSLD où il y a eu « éclosion majeure » de COVID-19, éclosion qui est peut-être définissable mais qui n'a pas à être définie par le Tribunal au lieu du demandeur. Les défendeurs ajoutent que la Demande d'autorisation ne contient pas d'allégations permettant de démontrer ou d'inférer que les fautes commises lors de la première vague sont survenues par la suite.

[95] Que décider?

3.6.1.1 Quant aux autres CHSLD du Québec : identité et critère d'identification

[96] Le Tribunal a étudié en détail les allégations et les pièces du demandeur : le Tribunal conclut qu'elles sont toutes inscrites dans le contexte de cas d'éclosion majeure dans les CHSLD. Toutes les allégations et toutes les pièces sont centrées sur des

éclosions majeures, en débutant par le CHSLD Sainte Dorothée dans lequel, pendant la première vague, il y a eu 218 cas de COVID-19 sur 193 lits, dont 101 décès³¹. Le seuil de 2 cas a été ajouté par le demandeur lors d'une modification du 1^{er} août 2023 et ne correspond pas à la trame factuelle d'éclosion majeure dans les CHSLD.

[97] En effet, la Demande d'autorisation suppose que les mêmes fautes quant au CHSLD Sainte-Dorothée ont été commises chez tous les CHSLD ayant connu une éclosion d'au moins deux cas de COVID-19 durant les deux premières vagues de la pandémie, quelle que soit la gravité de cette éclosion.

[98] Or, le Tribunal constate que les allégations qui concernent ces autres CHSLD du Québec, de même que les informations contenues aux pièces produites au soutien de la Demande d'autorisation, sont cependant limitées à la description d'éclosions majeures comparables à celle du CHSLD Sainte-Dorothée, tel qu'il appert du tableau suivant, qui décrit les CHSLD auxquels la Demande d'autorisation réfère :

	Première vague (27 février 2020 au 11 juillet 2020)							
	Installation	Établissement	Région	Nb lit	Nb cas	Ratio	Nb décès	Référence Par.
Autres installations identifiées dans la Demande d'autorisation	CHSLD privé Herron (non conventionné)	s.o.	06- Montréal	154	121	79 %	43	19.3.1.0 (enq. Coroner)
	CHSLD privé des Moulins (non conventionné)	s.o.	14- Lanaudière	102	53	52 %	22	19.3.1.0 (enq. Coroner)
	CHSLD René-Lévesque	CISSS Montérégie-Est	16 - Montérégie	224	118	53 %	55	19.3.1.0 (enq. Coroner)
	Centre multi. SSS Lafleche	s.o.	04 - Mauricie et Centre-du-Québec	154	107	69 %	44	19.3.1.0 (enq. Coroner)
	CHSLD Yvon Brunet	CIUSSS Centre-Sud de l'Île-de-Montréal	06 - Montréal	161	146	91 %	75	19.3.1.0 (enq. Coroner)
	Manoir Liverpool (privé)	s.o.	12 - Chaudière-Appalaches	n/d	n/d	n/d	n/d	19.3.1.0 (enq. Coroner)
	Hôpital général juif (pas un CHSLD)	CIUSSS Centre-Ouest de l'Île-de-Montréal	06 - Montréal	s.o.	2	s.o.	0	Par. 25.7
	CHSLD Saint-Judes (Privé)	s.o.	13 - Laval	204	172	84 %	73	Par. 67.5.1

³¹ Voir par. 53.1 de la Demande d'autorisation et la Pièce R-1 des établissements.

	Première vague (27 février 2020 au 11 juillet 2020)							
	Installation	Établissement	Région	Nb lit	Nb cas	Ratio	Nb décès	Référence Par.
Autres installations identifiées dans les pièces au soutien de la Demande d'autorisation	CHSLD Herron (privé non conventionné)	s.o.	06 - Montréal	154	121	79 %	43	P-11 (p. 40)
	Auberge aux trois pignons (privé)	s.o.	03 - Capitale-Nationale	n/d	n/d	n/d	n/d	P-11 (p. 40)
	10 CHSLD publics et privés situés dans les régions de Montréal, Laval, Capitale-Nationale et Mauricie-Centre-du-Québec	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	P-20 (p. 4) P-42
	CHSLD Saint-Laurent	CIUSSS Nord-de-l'île-de-Montréal	06 - Montréal	31	97	313 %	0	P-45
	CHSLD Saint-Joseph-de-la-Providence	CIUSSS Nord-de-l'île-de-Montréal	06 - Montréal	140	33	24 %	13	P-46
Autres installations visées par le rapport des forces armées canadiennes du 19 mai 2020 (P-18)	CHSLD Val des Arbres (privé non conventionné)	s.o.	13 - Laval	145	104	72 %	58	P-18 - Annexe A
	CHSLD Benjamin Victor	CIUSSS de l'Est-de-l'île-de-Montréal	06 - Montréal	171	118	69 %	53	P-18 - Annexe B
	Centre de soins Prolongés Grace Dart	CIUSSS Centre Ouest de l'île-de-Montréal	06 - Montréal	265	172	65 %	68	P-18 - Annexe C
	CHSLD Vigi de Mont-Royal (privé conventionné)	s.o.	06 - Montréal	273	236	86 %	85	P-18 - Annexe D
	CHSLD Saint Laurent	CIUSSS Nord de-l'île-de-Montréal	06 - Montréal	31	97	313 %	0	P-18 - Annexe E
	Résidence Berthiaume-du-Tremblay (privé conventionné)	s.o.	06 - Montréal	198	134	68 %	64	P-18 - Annexe F
	CHSLD Auclair	CIUSSS Nord-de-l'île-de-Montréal	06 - Montréal	160	95	59 %	32	P-18 - Annexe G

	Première vague (27 février 2020 au 11 juillet 2020)							
	Installation	Établissement	Région	Nb lit	Nb cas	Ratio	Nb décès	Référence Par.
Autres installations visées par le rapport des forces armées canadiennes du 19 mai 2020 (P-18)	CHSLD Éloria-Lepage	CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	06 - Montréal	156	75	48 %	34	P-18 - Annexe H
	Centre d'hébergement de la Rive (privé non conventionné)	s.o.	13 - Laval	79	77	97 %	42	P-18 - Annexe I
	Le Bellagio / CHSLD Argyle - Site Longueuil	nd	16 - Montérégie	n/d	n/d	n/d	n/d	P-18 - Annexe J
	CHSLD Jean-Hubert Biermans	CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	06 - Montréal	197	89	45 %	55	P-18 - Annexe K
	CHSLD Cartierville	CIUSSS Nord de l'Île-de-Montréal	06 - Montréal	176	52	30 %	22	P-18 - Annexe L
	CHSLD Manoir-de-Verdun	CIUSSS Centre-Sud de l'Île-de-Montréal	06 - Montréal	120	117	98 %	35	P-18 - Annexe M
	CHSLD Yvon Brunet	CIUSSS Centre-Sud de l'Île-de-Montréal	06 - Montréal	161	146	91 %	75	P-18 - Annexe N
	Hôpital Sainte-Anne	CIUSSS Centre-Ouest de l'Île-de-Montréal	06 - Montréal	446	0	0 %	0	P-18 - Annexe O
	CHSLD Valéo (maintenant CHSLD Docteur Chevrier) (privé non conventionné)	CISSS Montérégie-Centre	16 - Montérégie	94	68	72 %	24	P-18 - Annexe P
	CHSLD des Floriales-de-Lasalle (PNC)	s.o.	06 - Montréal	50	49	98 %	22	P-18 - Annexe Q
	CHSLD Vigi Reine-Élizabeth (privé conventionné)	s.o.	06 - Montréal	150	33	22 %	16	P-18 - Annexe R
	CHSLD Argyle (privé non conventionné)	s.o.	16 - Montérégie	94	68	72 %	24	P-18 - Annexe S
	Centre d'hébergement	CIUSSS Centre-Sud de	06 - Montréal	276	133	48 %	65	P-18 - Annexe T

Première vague (27 février 2020 au 11 juillet 2020)								
	Installation	Établissement	Région	Nb lit	Nb cas	Ratio	Nb décès	Référence Par.
	Jean-de-la-Lande	l'Île-de-Montréal						
	CHSLD Denis-Benjamin-Viger	CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	06 - Montréal	125	74	59 %	28	P-18 - Annexe U
	Centre d'hébergement Saint-Andrews	CIUSSS Centre-Ouest de l'Île-de-Montréal	06 - Montréal	70	54	77 %	23	P-18 - Annexe V
	Centre d'hébergement Real-Morel	CIUSSS Centre-Sud de l'Île-de-Montréal	06 - Montréal	144	73	51 %	30	P-18 - Annexe W
	Centre d'hébergement Saint-Margaret	CIUSSS Centre-Ouest de l'Île-de-Montréal	06 - Montréal	96	28	29 %	13	P-18 - Annexe X
	Centre d'hébergement Nazaire-Piché	CIUSSS de l'Ouest-de l'Île-de-Montréal	06 - Montréal	100	66	66 %	35	P-18 - Annexe Y
Deuxième vague (23 août 2020 au 20 mars 2021)								
	Installation	Établissement	Région	Nb lit	Nb cas	Ratio	Nb décès	Référence
Autres installations identifiées dans la Demande d'autorisation	CHSLD Saint Eusèbe	CISSS de Lanaudière	14 - Lanaudière	153	113	74 %	45	Par. 67.9.2
	Hôtel-Dieu-de-Saint-Hyacinthe	CISSS Montérégie-Est	16 - Montérégie	376	234	62 %	77	Par. 67.9.4
Autres installations identifiées dans les pièces au soutien de la Demande d'autorisation	CHSLD Saint-Eusèbe	CISSS de Lanaudière	14 - Lanaudière	153	113	74 %	45	P-41.1, P-41.2

[99] Le Tribunal a inclus les établissements mentionnés par le demandeur quant à la deuxième vague, juste pour démontrer que le pourcentage d'infection dans tous les établissements décrits ou mentionnés dans la Demande d'autorisation et dans les pièces du demandeur est assez élevé, très loin de deux cas.

[100] D'ailleurs, le demandeur a écrit ceci au sujet du CHSLD Sainte-Dorothée, son cas représentatif du reste de sa cause :

53.1 Au terme de l'éclosion, 218 résidents du CHSLD Sainte-Dorothée sont infectés par la COVID-19 et 101 en décèdent, faisant de cette éclosion celle avec le plus grand nombre de décès au Québec, à la fois en terme de chiffre absolu et de proportion des résidents, de même que l'une des pires éclosions au monde ayant eu lieu dans un milieu de vie pour personnes âgées;

[101] Selon les termes mêmes de la Demande d'autorisation, les situations décrites à la section « Éclosions dans les autres CHSLD au Québec » (par. 67.1 à 67.16) concernent des « éclosions majeures » (par. 67.5.1, 67.9.2, 67.9.4) ou des « éclosions significatives » (par. 67.9.1) survenues dans trois installations CHSLD, soit :

- Le CHSLD Saint-Jude, avec 172 cas sur 294 résidents et 73 décès (par. 67.5.1);
- Le CHSLD Saint-Eusèbe, avec 113 cas sur 153 résidents et 45 décès (par. 67.9.2);
- Le CHSLD de l'Hôtel-Dieu-de-Saint-Hyacinthe, avec 234 cas sur 376 résidents et 77 décès (par. 67.9.4).

[102] Notons que le CHSLD Saint-Jude identifié au paragraphe 67.5.1 de la Demande d'autorisation est une installation privée conventionnée et n'est donc pas visée par la définition du groupe de la Demande d'autorisation.

[103] Les pièces au soutien de la Demande d'autorisation comportent également certaines informations sur d'autres éclosions survenues en CHSLD durant la première et deuxième vague de la pandémie.

[104] Toutefois, les pièces déposées au soutien de la Demande d'autorisation concernant la situation dans les autres CHSLD de la province portent sur les situations critiques vécues dans certains CHSLD durant la première vague de la pandémie soit :

- P-11 : Plan d'action pour une deuxième vague;
- P-18 : Rapport préliminaire des forces armées canadiennes;
- P-20 et P-42 : Rapport d'étape et Rapport final du Protecteur du citoyen;
- P-21 : Rapport d'enquête sur l'éclosion de la COVID-19 au CHSLD Sainte-Dorothée;
- P-22 : Ouvrage d'Alec Castonguay – *Le printemps le plus long*;
- P-32 a) à l) : Extrait de témoignages rendus à l'enquête de coroner.

[105] Les rapports du Protecteur du citoyen Pièces P-20 et P-42 visent clairement seulement les CHSLD où il y a eu des éclosions majeures. C'est l'objet de l'enquête,

comme on le voit à la note 2 du paragraphe 12 de la Pièce P-20. Le rapport final P-42 est basé sur cette enquête. Nulle part ne peut-on lire que ce rapport vise des CHSLD où il y avait très peu de COVID-19.

[106] De plus, certaines pièces du demandeur portent également sur des éclosions majeures survenues lors de la deuxième vague, mais encore une fois dans un contexte comparable en termes de gravité au cas du CHSLD Sainte-Dorothée, soit :

- P-41.1 et P-41.2 : Articles de journaux concernant l'éclosion au CHSLD St-Eusèbe durant la deuxième vague;
- P-48.1 et P-48.2 : Articles de journaux concernant l'éclosion au CHSLD de l'Hôtel-Dieu de Saint-Hyacinthe.

[107] Selon le Tribunal, ces pièces concernent des éclosions majeures et des situations critiques vécues dans certains CHSLD publics. Ainsi, le Tribunal est d'opinion que rien dans ces pièces ne permet d'inférer que les allégations factuelles de la Demande d'autorisation sont transposables à l'échelle de la province dès la survenance d'une éclosion de deux cas et indépendamment de sa gravité.

[108] Ce constat est applicable non seulement aux reproches qui concernent la contamination des résidents à la COVID-19, mais également aux reproches qui concernent les ruptures dans les soins de base offerts aux résidents durant les deux premières vagues de la pandémie.

[109] En effet, selon le paragraphe 67.14 de la Demande d'autorisation en lien avec le Rapport d'étape du Protecteur du citoyen (P-20), c'est dans le contexte d'une pénurie de personnel engendrée par des éclosions majeures que des ruptures dans les soins de base seraient survenues dans les CHSLD de la province. Cela met donc fin, selon le Tribunal, à l'argument du demandeur selon lequel les paragraphes 84.2, 23, 23.1, 23.2 et 23.3 de la Demande d'autorisation ne feraient pas référence aux éclosions majeures; le Tribunal est d'avis que le demandeur a sorti ces paragraphes du contexte général des 67 pages de sa Demande d'autorisation afin de faire un argument, qui ne se tient pas en bout de piste selon tout l'ensemble des allégations et des pièces, et du contexte.

[110] Au final, le Tribunal constate donc que les allégations de la Demande d'autorisation et les pièces déposées à son soutien, soit à leur simple lecture ou soit après une analyse détaillée, portent d'abord et avant tout sur des situations de crise survenues dans certains CHSLD de la province, comme ce fut le cas au CHSLD Sainte-Dorothée au printemps 2020. Ces situations de crises et d'éclosions majeures sont toutefois loin de correspondre à la situation vécue dans l'ensemble des installations visées par la définition du groupe.

[111] L'arrêt de la Cour d'appel *Homsy c. Google* du 28 septembre 2023 ne change rien aux conclusions du Tribunal, qui sont basées sur une simple lecture des allégations de la Demande d'autorisation et des pièces du demandeur. Les allégations du demandeur

ne démontrent pas de façon suffisamment claire, précise et spécifique que le seuil doit être de 2 cas de COVID-19 ou plus.

[112] Donc, comment définir le groupe?

[113] Le tableau que le Tribunal a confectionné précédemment démontre que le CHSLD public³² qui a eu le plus bas taux d'infection pendant toutes les vagues est le CHSLD Saint-Joseph-de-la-Providence, avec un taux de 24 %. Les autres taux des CHSLD sont très élevés ou même dépassent le 100 %. Ce 24 % est donc le plus petit commun dénominateur que propose le demandeur dans ses allégations et ses pièces.

[114] Les établissements indiquent que le Tribunal ne peut pas redéfinir le groupe, mais indiquent quand même qu'il existe des critères scientifiques pouvant potentiellement le permettre :

- Selon le rapport de l'INSPQ (Pièce R-3 des établissements, les CHSLD « gravement affectés » sont ceux présentant un ratio d'infection de 50 % des résidents;
- Selon la Pièce R-2 des établissements, les codes rouge, orange et jaune ont été utilisés pour classer les CHSLD selon le pourcentage d'infection des résidents à la COVID-19, soit plus de 25 %, entre 15 et 25 %, et en bas de 15 % (voir annexes 5.1, 5.2 et 5.3, ainsi que l'annexe 6.1).

[115] Que retenir?

[116] On connaît tous les critères de définition du groupe prévus à l'arrêt *George c. Québec (Procureur général)*³³. Dans l'arrêt *Citoyens pour une qualité de vie/Citizens for a Quality of Life c. Aéroports de Montréal*³⁴, la Cour d'appel indique que c'est plutôt au demandeur que revient le devoir d'identifier un groupe qui colle à la réalité et à l'ampleur du problème à l'origine du litige; le juge, quant à lui, possède le pouvoir de remodeler la description, mais seulement s'il le juge approprié.

[117] La Cour d'appel a réitéré dans l'arrêt *Levy c. Nissan Canada inc.*³⁵ que la définition du groupe doit obligatoirement correspondre à la réalité et à l'ampleur du problème décrit dans la demande d'autorisation.

[118] Le Tribunal est d'avis ici que le demandeur a fait la démonstration d'un taux de 24% comme étant le plus petit commun dénominateur d'une éclosion majeure, qui est

³² On doit ignorer les CHSLD privés et les autres établissements comme les hôpitaux, non visés par l'action collective.

³³ 2006 QCCA 1204, par. 40 : la définition du groupe doit être fondée sur des critères objectifs; les critères doivent s'appuyer sur un fondement rationnel; la définition du groupe ne doit être ni circulaire ni imprécise; et la définition du groupe ne doit pas s'appuyer sur un ou des critères qui dépendent de l'issue du recours collectif au fond.

³⁴ 2007 QCCA 1274, par. 102 à 107.

³⁵ Précité, note 26, par. 41 et 42.

l'objet de tout son action collective. Le Tribunal va donc retenir le chiffre de 25%, qui est un chiffre basé sur les normes contenues à la Pièce R-2 des établissements et qui est somme toute presque identique à 24%.

[119] Ce faisant, ce seuil ne définit pas trop largement le groupe et n'aura pas pour effet de diluer les questions communes et de ne pas rencontrer le critère de l'article 575 (1) Cpc.

[120] Le 25 % vaut donc tant pour la première vague que postérieurement, selon la décision du Tribunal qui est basée sur les allégations et les pièces du demandeur. On sait que le Tribunal a déjà conclu qu'il y avait apparence de droit quant à la faute pour la première vague, et ceci couvre donc les CHSLD publics dans lesquels il y a eu au moins 25 % de cas de COVID-19. Mais cela couvre-t-il aussi la deuxième vague et l'inter-vague pour les autres CHSLD et pour le CHSLD Sainte-Dorothée?

3.6.1.2 Quant à la deuxième vague et à l'inter-vague

[121] Si les allégations le démontrent, les CHSLD où il y a eu au moins 25 % d'éclosion de COVID-19 pendant l'inter-vague et la deuxième vague seraient inclus dans le groupe. Mais les allégations et les pièces du demandeur démontrent-elles une faute des défendeurs pour l'inter-vague et la deuxième vague? Le Tribunal le croit. Voici pourquoi.

[122] Rappelons que les allégations et pièces du demandeur sont décrites à la section 3.5 du présent jugement. Le Tribunal les a étudiées en détail et, si on utilise la grille d'analyse de l'arrêt *Google c. Homsy* du 28 septembre 2023, elles démontrent de façon suffisamment claire, précise et spécifique une situation de fautes par tous les défendeurs dans la deuxième vague et dans l'inter-vague, quant à tous les CHSLD du Québec, incluant le CHSLD Sainte-Dorothée.

[123] Il est vrai que les allégations du demandeur font référence aux rapports du Protecteur du citoyen sur la première vague. Il est aussi vrai qu'aucune pièce ne parle réellement de la deuxième vague et de l'inter-vague, sauf quatre articles de journaux qui parlent de 2 CHSLD, soit :

- P-41.1 et P-41.2 : articles de journaux concernant l'éclosion au CHSLD St-Eusèbe durant la deuxième vague; et
- P-48.1 et P-48.2 : articles de journaux concernant l'éclosion au CHSLD de l'Hôtel-Dieu de Saint-Hyacinthe.

[124] Or, selon le Tribunal, les allégations des paragraphes 25.10 à 25.13 et 67.1 à 67.16 de la Demande d'autorisation sont suffisamment claires, précises et spécifiques quant aux fautes des défendeurs pendant l'inter-vague et la deuxième vague, ce qui dispense le demandeur de fournir une « certaine preuve », le tout en application de l'arrêt *Homsy c. Google* du 28 septembre 2023.

[125] Les paragraphes 25.10 à 25.13 et 67.1 à 67.16 de la Demande d'autorisation indiquent que toutes les fautes commises précédemment se sont reproduites pendant

l'inter-vague et la deuxième vague. Ces paragraphes donnent des statistiques sur le nombre de cas et de CHSLD visés. De l'avis du Tribunal, cela est suffisant, quant à tous les défendeurs, et quant à tous les CHSLD, incluant le CHSLD Sainte-Dorothée. La question de savoir si le demandeur pourra en faire la preuve au mérite n'est pas une considération pertinente ici; les allégations sont totalement claires précises et spécifiques, même sans aucune preuve.

[126] Le Tribunal pourrait arrêter son raisonnement ici. Le Tribunal veut cependant aborder des arguments spécifiques soulevés par les défendeurs, portant sur les fautes alléguées pour la période après la première vague.

Mise à jour du plan (Par. 68.0 d) et e) de la Demande d'autorisation) :

[127] Le demandeur reproche au PGQ l'omission de mettre à jour le *Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza – mission santé*, le Plan de 2006, Pièce P-7. Or, la demande d'autorisation allègue qu'une telle mise à jour a été faite pour les CHSLD par la diffusion de l'annexe Covid du 31 mars 2020 :

- Demande d'autorisation, par. 19.12 à 19.16;
- Annexe COVID-V2, Pièce P-36, p. 9 ss. et p. 15, 17, 28, 33, 35, 36, 43, 46 et 48;
- Lettre du 31 mars 2020 de M. Yvan Gendron au RSSS, Pièce PGQ-14A.

[128] Il est vrai que le demandeur n'allègue aucun fait à la Demande d'autorisation pour soutenir un prolongement des conséquences de la faute alléguée au-delà de la première vague. Cela ne change rien de l'avis du Tribunal, car les paragraphes 25.10 à 25.13 et 67.1 à 67.16 de la Demande d'autorisation sont suffisamment clairs, précis et spécifiques, même sans aucune preuve, et ils permettent de donner une apparence de droit à cette faute pour l'inter-vague et la deuxième vague.

Activation du Plan de 2006 et les reproches qui en découlent (Par. 68.0.f.et g de la Demande d'autorisation) :

[129] Le demandeur reproche au PGQ l'omission d'activer le plan de 2006 en temps opportun, dans les premières phases de la pandémie de COVID-19, ce qu'il situe entre le 6 janvier et le 9 mars 2020 (voir Demande d'autorisation, par. 19.6 et 68.0.f).

[130] Le demandeur décline le reproche comme suit :

Reproches	Demande d'autorisation (par.)
a) Omission de planifier un apport en équipements de protection individuels (ÉPI)	68.0.f) i.

b) Omission de former le personnel de la santé en matière de port d'ÉPI	68.0.f) ii
c) Omission de prendre des mesures pour atténuer la pénurie de personnel	68.0.f) iii
d) Omission de protéger les résidents de CHSLD alors que ceux-ci étaient identifiés dès janvier 2020 comme faisant partie de la population la plus vulnérable et situation d'improvisation dans laquelle les CHSLD ont été laissés pour compte et les directives adoptées étaient contraires aux règles de l'art	68.0.f) iv et g.
e) Omission de mettre en place un système automatisé pour permettre une consultation des données en temps réel et une analyse intégrée de tous les indicateurs requis pour soutenir l'intervention à chaque phase du plan de pandémie	68.0.f) v

[131] Or, concernant l'ensemble de ces reproches que le demandeur lie à l'omission d'activer le Plan de 2006, il les situe dans la période entre le 6 janvier et le 9 mars 2020.

[132] Cela ne change rien de l'avis du Tribunal, car les paragraphes 25.10 à 25.13 et 67.1 à 67.16 de la Demande d'autorisation sont suffisamment clairs, précis et spécifiques, même sans aucune preuve, et ils permettent de donner une apparence de droit à cette faute pour l'inter-vague et la deuxième vague.

[133] Il est vrai que la preuve déposée par le demandeur lui-même contredit certaines de ses prétentions :

Reproches	Preuve du demandeur
a) Omission de planifier un apport en équipements de protection individuels (ÉPI)	<p><u>Témoignage de M. Luc Desbiens, Pièce P-32-d.4 à 10 :35 :</u></p> <p>Le MSSS et ses trois groupes d'approvisionnement ont planifié l'acquisition internationale d'ÉPI du 30 janvier au 3 février 2020 et, malgré la pénurie mondiale d'ÉPI, ont passé une première commande le 18 février 2020, tel qu'il appert de la réponse de M. Luc Desbiens à aux questions de Me Martin-Ménard :</p> <p>Q. Le mandat à Sigma Santé de commencer à négocier avec les fournisseurs, c'est exact qu'il vient le ou vers le 18 février?</p> <p>R. Vers le 5 février, et qui s'est abouti à une commande le 18 février.</p>

Reproches	Preuve du demandeur
	<p>Q. Ok donc Sigma Santé va en appeler le 5 février et la première commande a lieu le 18 février?</p> <p>R. Commande négociée toute packagée.</p> <p>Q. Ok, Pour les masques, heu, pour une livraison de masques de procédures à ce moment-là?</p> <p>....</p> <p>R. C'était les masques N95 au début février.</p> <p><u>Témoignage de M. Luc Desbiens, Pièce P-32-d-4 à 12 :14 :</u></p> <p>En mars 2020, le système GESTRED, un système à entrée manuelle, a été mis en place pour permettre aux établissements de recenser les ÉPI en leur possession.</p> <p><u>Témoignage de M. Luc Desbiens, Pièce P-32-d.3 à 30 :03 :</u></p> <p>Autour du 20 mars 2020, une gestion de l'approvisionnement et la distribution aux établissements aurait été mise en place et, au 6 avril 2020, 10 millions (10 000 000) de masques et cent dix mille (110 000) masques N95 étaient livrés aux établissements.</p> <p><u>Témoignage de M. Luc Desbiens, Pièce P-32-d.3 à 35 :52 :</u></p> <p>À partir de juin 2020, les ÉPI auraient été reçus en quantité suffisante pour notamment commencer l'entreposage de ces derniers dans les entrepôts.</p> <p><u>Voir aussi le par. 68k de la Demande d'autorisation qui dit que les équipements étaient suffisants au Québec.</u></p>
b) Omission de former le personnel de la santé en matière de port d'ÉPI	<p>Le MSSS a pris certaines mesures en lien avec la formation au cours de la première vague de la pandémie :</p> <p>Le 12 mars 2020, le Guide sur l'adaptation de l'offre de service en CHSLD en situation de pandémie COVID-19 prévoyant notamment les modalités de PCI pour le personnel, les bénévoles et les visiteurs (Pièce PGQ-1R);</p>

Reproches	Preuve du demandeur
	<p>Le 16 mars 2020, la directive en CHSLD relativement aux mesures PCI (Pièce P-1.0);</p> <p>Le 11 avril 2020, directive du sous-ministre visant notamment à augmenter les formations et le soutien offert par le personnel de PCI auprès des différents milieux et à donner accès aux programmes de formation pour le personnel hors RSSS en réaffectation temporaire en CHSLD (Pièce PGQ-22 A, B et C);</p> <p>Et voir le par. 25.3d de la Demande portant sur la formation, reconnue par le demandeur (Pièce P-1.2), et voir la Pièce PGQ-22A, lettre du sous-ministre Gendron qui requiert l'augmentation des formations, 11 avril 2020.</p>
c) Omission de prendre des mesures pour atténuer la pénurie de personnel	<p>Le 15 mars 2020, lancement de l'opération <i>Je contribue</i> visant le recrutement de la main-d'œuvre sans égard au niveau de formation (Pièce P-11, p.42);</p> <p>Le 21 mars 2020, l'adoption de l'arrêté ministériel 2020-007 prévoyant des modifications aux dispositions des conventions collectives pour assurer de la disponibilité de la main-d'œuvre en augmentant l'horaire de travail et en réaffectant les ressources à des tâches pour lesquelles elles sont qualifiées, mais qui appartiennent à un autre corps d'emploi (Pièce PGQ-9);</p> <p>Le 4 avril 2020, l'adoption de l'arrêté ministériel 2020-015 prévoyant des modifications de certaines conditions de travail des employés du RSSS et primes salariales en raison de la pandémie (Pièce PGQ-17);</p> <p>Le 10 avril 2020, l'adoption de l'arrêté ministériel 2020-019 permettant le redéploiement des ressources de l'éducation vers le réseau de la santé et des services sociaux (Pièce PGQ-20A);</p> <p>Le 15 avril 2020, l'adoption de l'arrêté ministériel 2020-022 pour autorisation spéciale délivrée par les ordres professionnels pour l'exercice de certaines professions en dehors des conditions normales (Pièce PGQ-24);</p>

Reproches	Preuve du demandeur
	Le 20 avril 2020, l'adoption de l'arrêté ministériel 2020-026 pour l'autorisation d'exercice temporaire pour des médecins désengagés ou non participants (Pièce PGQ-27).
d) Omission de protéger les résidents de CHSLD et situation d'improvisation dans laquelle les CHSLD ont été laissés pour compte et les directives adoptées étaient contraires aux règles de l'art	12 mars 2020 : publication du Guide pour l'adaptation de l'offre de services en CHSLD en situation de pandémie COVID-19, lequel prévoit plusieurs mesures pour prévenir les éclosions en CHSLD et intervenir afin de protéger leurs résidents (Pièce P-36). Également, le 15 mars 2020, le premier ministre déclarait l'interdiction de visites non essentielles dans les CHSLD dans l'objectif de protéger les résidents, des personnes vulnérables, y résidant (Pièce PGQ-6).
e) Omission de mettre en place un système automatisé	Des indicateurs étaient compilés et permettaient de suivre l'évolution de la contamination de COVID-19 dans les CHSLD publics (Pièce R-2 de la preuve appropriée déposée par établissements et faite sienne par le demandeur dans sa définition du groupe, donc tenue pour avérée).

[134] Cependant, cela ne change rien non plus de l'avis du Tribunal, car les paragraphes 25.10 à 25.13 et 67.1 à 67.16 de la Demande d'autorisation sont suffisamment clairs, précis et spécifiques, même sans aucune preuve, et ils permettent de donner une apparence de droit à ces fautes pour l'inter-vague et la deuxième vague. S'il y a des légères contradictions dans les allégations du demandeur, le procès au mérite fera la lumière.

Transfert des résidents en CHSLD vers les centres hospitaliers (Par. 68.0 h. de la Demande d'autorisation) :

[135] Selon les pièces, les transferts hospitaliers n'ont pas fait l'objet d'une interdiction totale à tout le moins à compter du 9 avril 2020, les lignes directrices émises à cette date se référant au niveau de soins qui, pour les niveaux C et D, requièrent des soins de confort et de ne pas prolonger la vie. Les résidents en CHSLD de niveaux de soins A et B devaient être transférés en centre hospitalier.

- Lignes directrices en hospitalisation du 9 avril 2020, Pièce PGQ-18;

- Directive du MSSS aux CHSLD mise à jour en date du 11 avril 2020, Pièce P-1.2.

[136] Il est vrai qu'aucune allégation de la Demande d'autorisation ne traite directement de directives relatives aux transferts vers les centres hospitaliers dont la validité aurait été au-delà de la première vague de la pandémie. Cependant, cela ne change rien non plus de l'avis du Tribunal, car les paragraphes 25.10 à 25.13 et 67.1 à 67.16 de la Demande d'autorisation sont suffisamment clairs, précis et spécifiques, même sans aucune preuve, et ils permettent de donner une apparence de droit à ces fautes pour l'inter-vague et la deuxième vague.

Interdiction des visites des aidants naturels (par. 68.0 j. de la Demande d'autorisation) :

[137] Le reproche allégué en lien avec l'omission de prendre les mesures nécessaires pour assurer les soins donnés habituellement par les aidants naturels en raison de leur interdiction de visite alléguée semble être contredit par l'arrêté ministériel du 23 mars 2020 qui autorise les visites nécessaires à des fins humanitaires ou pour obtenir des soins ou des services requis par l'état de santé des résidents. On verra l'Arrêté ministériel du 23 mars 2020 portant le numéro 2020-009, Pièce PGQ-12.

[138] Aussi, quant aux visites pour des fins autres que celles permises à l'arrêté ministériel du 23 mars 2020, leur interdiction semble avoir pris fin au plus tard 11 mai 2020 pour l'ensemble des résidents en CHSLD :

- Lettre du 5 mai 2020 de M. Yvan Gendron au RSSS et PJ1, Pièces PGQ-29A et PGQ-29B;
- Lettre du 7 mai 2020 de M. Yvan Gendron au RSSS et PJ1, Pièces PGQ-31A et PGQ-31B;
- Directive du MSSS au CHSLD mise à jour en date du 25 mai 2020, Pièce P-1.3;
- Document publié le 10 décembre 2020 par le Protecteur du citoyen et intitulé *Rapport d'étape du Protecteur du citoyen. La COVID-19 dans les CHSLD durant la première vague de la pandémie*, Pièce P-20, p. 6;
- Rapport spécial du Protecteur du citoyen, daté du 23 novembre 2021, intitulé «La COVID-19 dans les CHSLD durant la première vague de la pandémie : cibler les causes de la crise, agir, se souvenir», Pièce P-42, p. 22.

[139] Cependant, encore ici, cela ne change rien non plus de l'avis du Tribunal, car les paragraphes 25.10 à 25.13 et 67.1 à 67.16 de la Demande d'autorisation sont suffisamment clairs, précis et spécifiques, même sans aucune preuve, et ils permettent de donner une apparence de droit à ces fautes pour l'inter-vague et la deuxième vague.

Protocole de détresse respiratoire (par. 68.0 k de la Demande d'autorisation) :

[140] Le demandeur reproche au défendeur PGQ d'avoir contribué à la prescription de protocoles de détresse respiratoire contraires aux règles de l'art. Selon le PGQ, même en prenant pour avéré que le PGQ avait un rôle dans la situation en vigueur au moment de l'adoption du protocole respiratoire, il y a absence d'allégation factuelle permettant de retenir sa responsabilité pour l'application de ce protocole au-delà de la première vague de la pandémie. Or, encore ici, cela ne change rien non plus de l'avis du Tribunal, car les paragraphes 25.10 à 25.13 et 67.1 à 67.16 de la Demande d'autorisation sont suffisamment clairs, précis et spécifiques, même sans aucune preuve, et ils permettent de donner une apparence de droit à ces fautes pour l'inter-vague et la deuxième vague.

Conclusion :

[141] Le Tribunal conclut que le demandeur a démontré une cause défendable et une apparence de droit de faute à l'encontre de tous les défendeurs au-delà de la première vague de la COVID-19.

3.6.2 Les dommages compensatoires, la causalité et les dommages punitifs

[142] Le Tribunal a donc conclu que le demandeur a démontré faute des défendeurs pour les CHSLD dans lesquels il y a eu au moins 25 % de cas de COVID-19 pour la première vague, l'inter-vague et la deuxième vague, soit du 13 mars 2020 au 20 mars 2021. Voilà le groupe pour la suite du présent jugement.

[143] Le Tribunal est d'avis que les allégations du demandeur quant aux dommages compensatoires et à la causalité pour les membres du groupe étudiées à la section 3.4.2 sont suffisantes pour démontrer ces dommages et leur causalité pour les membres du groupe, à l'exception également ici de tout dommage compensatoire en vertu de la Charte pour les membres indirects, pour les mêmes motifs.

[144] Quant aux dommages punitifs, l'analyse et les conclusions de la section 3.4.3 s'appliquent ici : le Tribunal conclut que le demandeur a démontré sa réclamation pour dommages punitifs, mais uniquement pour les résidents des CHSLD visés (25 %, première vague), et pas pour les autres membres indirects.

3.7 Conclusion sur l'apparence de droit

[145] Le Tribunal conclut donc que le demandeur a démontré l'apparence de droit de son recours contre les défendeurs pour toute personne ayant résidé à tout moment entre le 13 mars 2020 et le 20 mars 2021 dans l'un des CHSLD publics du Québec dans lequel il y a eu une éclosion de 25 % et plus de cas de COVID-19, ainsi que leur conjoint, leur(s) aidant(s) naturel(s), leurs enfants et leurs petits-enfants, de même que les héritiers et ayants droit des résidents décédés. Il y a apparence de droit pour les dommages compensatoires et punitifs réclamés par les résidents. Il y a apparence de droit pour les dommages compensatoires réclamés par les membres indirects, à l'exception de tout

dommage compensatoire en vertu de la Charte pour les membres indirects. Il n'y a pas apparence de droit pour les dommages punitifs réclamés par les membres indirects.

[146] Le Tribunal précisera tout cela dans les conclusions du présent jugement. S'il y avait des doublons dans les conclusions recherchées quant aux dommages, tout cela sera réglé pendant le déroulement du dossier au mérite.

[147] Passons aux questions communes.

4. QUESTIONS IDENTIQUES, SIMILAIRES OU CONNEXES – 575(1) CPC – ET DÉFINITION DU GROUPE

[148] Le groupe que le Tribunal retient est donc le suivant :

Toute personne ayant résidé à tout moment entre le 13 mars 2020 et le 20 mars 2021 dans l'un des CHSLD publics du Québec dans lequel il y a eu une éclosion de 25 % et plus de cas de COVID-19, ainsi que leur conjoint, leur(s) aidant(s) naturel(s), leurs enfants et leurs petits-enfants, de même que les héritiers et ayants droit des résidents décédés.

[149] Selon le Tribunal, cette définition du groupe rencontre tous les critères jurisprudentiels applicables et est conforme aux allégations et pièces du demandeur.

[150] Les questions de droit ou de fait identiques, similaires ou connexes proposées par le demandeur au paragraphe 79 de la Demande d'autorisation sont reproduites au paragraphe 8 du présent jugement. Compte tenu de la définition que le Tribunal retient, le Tribunal est d'avis que toutes les questions proposées au paragraphe 79 de la Demande d'autorisation sont identiques, similaires ou connexes. Il n'y a aucune exigence que les questions communes soient prépondérantes par rapport aux questions individuelles. Au contraire, une seule question commune suffit si elle fait progresser le litige de façon non négligeable, ce qui est le cas ici. Il n'est même pas nécessaire que celle-ci soit déterminante pour le sort du litige.

[151] La question de la faute du PGQ est, à sa face même, une question de fait et de droit commune à tous les membres du groupe. En effet, le rôle qu'a joué le MSSS dans l'élaboration du Plan de 2006, sa négligence dans les mises à jour et l'application du plan, sa négligence dans l'application du plan pour préparer le réseau de la santé et particulièrement les milieux de vie pour aînés aux vagues successives de COVID-19, sa négligence dans la planification de l'approvisionnement en ÉPI, ses directives fautives et négligentes émises lors de la première vague de la pandémie sont toutes des questions de fait et de droit communes qui permettront de résoudre une grande partie du litige dans le cadre de l'action collective. Par ailleurs, la question de la portée de l'immunité qui est conférée au MSSS en vertu de l'article 123 de la *Loi sur la santé publique* est une question de droit commune. Ceci est tout aussi vrai en ce qui concerne l'application, la portée et les exceptions à l'immunité qui protège le gouvernement en matière extra

contractuelle pour ses décisions de nature politique, qui fera nécessairement l'objet d'un débat entre les parties.

[152] Pareillement, les questions relatives à la négligence des établissements défendeurs sont des questions communes de fait et de droit à tous les membres du groupe. En effet, la négligence des établissements à adopter ou mettre à jour des plans de pandémie régionaux, leur négligence dans la préparation des CHSLD à la pandémie en janvier et février 2020, leur non-respect des mesures de prévention et contrôle des infections, leur gestion négligente des employés symptomatiques et leur omission d'approvisionner leur personnel en ÉPI sont toutes des questions communes qui permettront de résoudre une grande partie du litige dans le cadre de l'action collective.

[153] De plus, le quantum des dommages compensatoires auxquels les membres ont droit (incluant les membres indirects) constitue également une question commune.

[154] Enfin, le droit d'obtenir des dommages punitifs, tributaire de la démonstration d'une atteinte illicite et intentionnelle par les défendeurs aux droits fondamentaux des membres résidents, et le cas échéant, le montant de ceux-ci, constituent également des questions communes.

[155] Le Tribunal accepte les questions communes proposées par le demandeur. Il va cependant retirer des questions les mots « incluant à titre d'exemple et de manière non-exhaustive », car les reproches envers les défendeurs sont limités et précis et ne doivent pas augmenter au mérite. Autrement, l'action collective pourrait alors s'apparenter à une commission d'enquête et devenir ingérable, ce que le Tribunal ne peut permettre. En limitant l'action collective aux reproches spécifiques qui ont une apparence de droit et en limitant le tout aux CHSLD avec 25 % de cas dans la première vague, le Tribunal est d'avis que le tout sera gérable au mérite.

[156] Passons à la composition du groupe.

5. COMPOSITION DU GROUPE – 575(3) CPC

[157] Cet élément n'est pas contesté par les défendeurs, peu importe le groupe que le Tribunal décide de retenir.

[158] Les éléments généralement considérés dans l'analyse de cette condition de l'article 575 Cpc sont les suivants³⁶ :

- Le nombre probable de membres;
- La situation géographique des membres; et

³⁶ Yves LAUZON, *Le recours collectif*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2001, p. 38; *Brière c. Rogers Communications*, 2012 QCCS 2733, par. 72.

- Les contraintes pratiques et juridiques inhérentes à l'utilisation du mandat et de la jonction des parties en comparaison avec l'action collective.

[159] Dans l'arrêt *Charbonneau c. Location Claireview*³⁷, la Cour d'appel précise que, quant à la composition du groupe, la partie demanderesse n'a pas à démontrer que sa demande repose sur un fondement factuel suffisant, puisque la partie demanderesse n'a qu'à établir une simple possibilité d'avoir gain de cause sur le fond, pas même une possibilité réaliste ou raisonnable. La Cour d'appel conclut que la partie demanderesse n'a pas à apporter d'éléments de preuve quant à la composition du groupe, les allégations factuelles étant suffisantes.

[160] Voici ce qu'allègue le demandeur au paragraphe 65 de la Demande d'autorisation :

85. La composition du groupe rend difficile ou peu pratique l'application des règles sur le mandat d'ester en justice pour le compte d'autrui ou sur la jonction d'instance en ce que :

a) Il existe au moins 10 000 personnes pouvant éventuellement faire partie du groupe à titre de résidents de CHSLD, de même qu'un nombre inconnu de personnes pouvant faire partie du groupe à titre d'aidants naturels, d'enfants, de petits-enfants, d'héritiers ou d'ayants droit;

b) Parmi ces personnes, certaines sont décédées et d'autres sont très affectées par la COVID-19, alors que l'ensemble des résidents survivants des CHSLD ont été longtemps isolés au sein de l'installation sans droit de visite. Votre Demandeur n'a aucun moyen de rejoindre tous les résidents, leurs aidants naturels, leurs enfants et petits-enfants de même que leurs héritiers ou ayants droit;

c) Il est par ailleurs impossible pour le moment d'obtenir la liste nominative de tous les résidents de CHSLD, en raison des règles de confidentialité des dossiers médicaux;

d) Les défendeurs devraient être en mesure de connaître les noms de tous les résidents de CHSLD, de même que leurs aidants naturels, leurs enfants et petits-enfants de même que leurs héritiers ou ayants droit;

e) Il n'est pas souhaitable que chaque victime intente elle-même un recours contre les défendeurs, pour des raisons de proportionnalité et d'utilisation efficace des ressources du système judiciaire;

f) Même si le Demandeur connaissait l'identité et les coordonnées de tous et chacun des membres du groupe qu'il souhaite représenter, il lui serait impossible de tous les réunir pour obtenir de chacun d'eux un mandat et des instructions compte tenu du nombre important de personnes impliquées et qu'ils sont dispersés géographiquement à travers la province de Québec;

g) En outre, l'état de vulnérabilité important dans lequel se trouvent plusieurs membres du groupe et le déséquilibre important du rapport de force entre les

³⁷ 2022 QCCA 659, par. 10 à 13. Quant à cet arrêt, le Tribunal est d'avis qu'il ne vient pas renverser la condition établie par la Cour suprême du Canada d'avoir une démonstration de l'existence d'un préjudice subi par l'ensemble des membres du groupe, peu importe le quantum des dommages.

parties empêchent les membres du groupe de se plaindre individuellement des fautes commises par les défendeurs à leur endroit et de faire valoir efficacement leurs droits;

h) Par conséquent, la présente demande d'autorisation sert l'intérêt public en ce qu'elle permet à des personnes vulnérables de faire entendre leur voix tout assurant un certain équilibre dans le rapport de forces entre les parties;

[161] Le Tribunal est d'avis que ces allégations sont suffisantes pour rencontrer les critères jurisprudentiels applicables en fonction de la définition du groupe retenue à la section 4 du présent jugement. L'article 575(3) Cpc est donc satisfait.

[162] Passons à la représentation.

6. REPRÉSENTANT – 575(4) CPC

[163] Cet élément n'est pas contesté par les défendeurs, peu importe le groupe que le Tribunal décide de retenir.

[164] La Cour d'appel a réitéré les critères à étudier pour décider de la capacité du représentant aux termes du paragraphe 4 de l'article 575 Cpc³⁸:

[30] ... cette condition requiert la démonstration que (le demandeur) a l'intérêt d'agir, qu'il en a la compétence et, enfin, qu'il n'existe aucun conflit entre celui-ci et les membres du groupe.

[165] Voici ce qu'allègue le demandeur au paragraphe 86 de la Demande d'autorisation :

86. Votre Demandeur, monsieur Jean-Pierre Daubois, est en mesure d'assurer une représentation adéquate des membres du Groupe pour les raisons suivantes :

a) Il a subi, tant personnellement qu'en sa qualité d'héritier de sa défunte mère, feu Anna José Maquet, des dommages comparables aux autres membres du Groupe;

b) Il est disponible pour s'acquitter des obligations que la Cour voudra bien lui imposer;

c) Il connaît très bien les faits du présent litige;

d) Il a participé à de nombreux reportages à la télévision et dans les journaux afin de parler de son histoire et de l'éclosion de COVID-19 survenue au CHSLD Sainte-Dorothée à partir de mars 2020;

e) Il connaît plusieurs membres du Groupe, à la fois au CHSLD Sainte-Dorothée et dans d'autres installations;

f) Il est disposé à investir les ressources et le temps nécessaires à l'accomplissement de toutes les formalités et tâches nécessaires à l'exercice de la présente action collective et il s'engage à collaborer pleinement avec ses avocats;

³⁸ *Tenzer c. Huawei Technologies Canada Co. Ltd.*, 2020 QCCA 633.

- g) Il est en mesure de fournir à ses avocats soussignés des informations utiles à l'exercice de la présente action collective;
- h) Il agit de bonne foi dans le seul but d'obtenir justice pour lui-même, pour sa mère et pour les autres membres du Groupe.

[166] Le Tribunal est d'avis que ces allégations sont suffisantes pour rencontrer les critères jurisprudentiels applicables en fonction de la définition du groupe retenue à la section 4 du présent jugement. L'article 575(4) Cpc est donc satisfait.

7. CONCLUSION SUR LES QUATRE CRITÈRES DE L'ARTICLE 575 CPC ET SUR LA DÉFINITION DU GROUPE

[167] Le Tribunal conclut donc que tous les critères de l'article 575 Cpc sont donc satisfaits. L'action collective sera autorisée, mais selon les paramètres que le Tribunal a définis.

[168] Le Tribunal retient la définition suivante (celle de la section 4 du présent jugement), qui a une date de début et de fin :

Toute personne ayant résidé à tout moment entre le 13 mars 2020 et le 20 mars 2021 dans l'un des CHSLD publics du Québec dans lequel il y a eu une éclosion de 25 % et plus de cas de COVID-19, ainsi que leur conjoint, leur(s) aidant(s) naturel(s), leurs enfants et leurs petits-enfants, de même que les héritiers et ayants droit des résidents décédés.

[169] Le Tribunal ne fera pas ici la liste des CHSLD visés, bien qu'on lui ait soumis la preuve à cet effet. Le Tribunal indique que cela sera fait avec le débat sur le contenu et la publication des avis aux membres³⁹. Le Tribunal indique que le CHSLD Sainte-Dorothée est bien sûr inclus.

8. RECOUVREMENT

[170] Dans les conclusions suggérées, le demandeur demande de façon principale le recouvrement collectif des montants réclamés. Les défendeurs n'ont émis aucun commentaire à cet égard. Le Tribunal l'accorde dans les conclusions, étant entendu bien sûr que cette question sera débattue au mérite pour chaque octroi potentiel de dommages et décidée dans le jugement final.

9. DISTRICT JUDICIAIRE

[171] Quant au district judiciaire, en application de l'article 576 Cpc, le Tribunal décide que ce sera celui de Montréal vu ce qu'allègue le demandeur dans la Demande d'autorisation :

³⁹ Incluant la question du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue qui n'aurait eu aucun cas.

89. Le Demandeur propose que le recours collectif soit exercé devant la Cour supérieure siégeant dans le district de Montréal puisque la majorité des membres du groupe devraient normalement résider dans ce district, ne serait-ce qu'en raison de sa population plus nombreuse que dans tous les autres districts;

Le district de Montréal est celui où l'on retrouve le plus grand nombre de CHSLD;

[172] Les défendeurs n'ont pas fait de représentations à cet égard.

10. DÉLAI D'EXCLUSION ET AVIS AUX MEMBRES

[173] Dans la Demande d'autorisation, le demandeur demande de fixer le délai d'exclusion des membres à trois mois après la date de publication de l'avis aux membres, lequel devrait être publié dans les journaux suivants : La Presse, Le Journal de Montréal, Le Journal de Québec et The Gazette. D'un commun accord, il a été convenu d'aborder ces éléments au mérite, après le présent jugement.

11. FRAIS DE JUSTICE

[174] Puisque le demandeur a finalement gain de cause presque en totalité, le Tribunal lui octroie les frais de justice. Ces frais n'incluent pas pour l'instant des frais de publication d'avis ni des honoraires d'experts.

POUR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL :

[175] **ACCUEILLE** en partie la Demande introductive d'instance en autorisation d'exercer une action collective et pour obtenir le statut de représentant modifiée en date du 20 septembre 2023;

[176] **AUTORISE** l'exercice de l'action collective ci-après :

Une action en dommages-intérêts fondée sur la responsabilité extracontractuelle en vertu du *Code civil du Québec* (« CcQ »), la violation de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRQ, c. S-4.2 (la « LSSSS ») et la violation de la *Charte des droits et libertés de la personne*, RLRQ, c. C-12 (la « Charte »);

[177] **ATTRIBUE** au demandeur Jean-Pierre Daubois, personnellement et ès qualités d'héritier de sa mère, feu Anna José Maquet, le statut de représentant aux fins d'exercer ladite action collective pour le compte du groupe de personnes physiques ci-après décrit :

Toute personne ayant résidé à tout moment entre le 13 mars 2020 et le 20 mars 2021 dans l'un des CHSLD publics du Québec dans lequel il y a eu une éclosion de 25% et plus de cas de COVID-19, ainsi que leur conjoint, leur(s) aidant(s) naturel(s), leurs enfants et leurs petits-enfants, de même que les héritiers et ayants droit des résidents décédés;

[178] **IDENTIFIE** comme suit les principales questions de faits et de droit qui seront traitées collectivement :

- 1) Dans le cadre de la gestion de la pandémie de COVID-19, les CISSS et les CIUSSS défendeurs ont-ils failli à leurs obligations législatives envers les membres en vertu du CcQ, de la LSSSS et à la Charte?
- 2) Dans le cadre de la gestion de la pandémie de COVID-19, les CISSS et les CIUSSS défendeurs ont-ils commis des fautes à l'égard des membres donnant ouverture à des dommages compensatoires?
- 3) Les CISSS et les CIUSSS défendeurs ont-ils commis les fautes suivantes dans le cadre de la gestion de la première vague de la pandémie de COVID-19 :
 - a) L'omission d'avoir adopté ou mis à jour un Plan régional de lutte à une pandémie d'influenza entre 2006 et 2020?
 - b) L'omission d'avoir pris des mesures pour préparer les CHSLD sous leurs responsabilités à la pandémie en janvier et février 2020?
 - c) Le fait d'avoir contraint des employés symptomatiques ou à risque à travailler en CHSLD?
 - d) L'omission de mettre en place en temps utile les mesures d'isolement incluant l'établissement d'une « zone chaude » et d'une « zone froide », le port d'ÉPI de façon conforme aux règles de l'art et l'adoption des mesures de protection et de distanciation indiquée?
 - e) L'omission de former leur personnel quant au port de l'équipement de protection et quant aux mesures de prévention et de protection adéquates?
 - f) L'omission d'approvisionner leur personnel en ÉPI de façon conforme aux règles de l'art?
 - g) L'omission de protéger les résidents de CHSLD alors que ceux-ci étaient identifiés dès janvier 2020 comme faisant partie de la population la plus vulnérable?
 - h) Le fait d'avoir abaissé systématiquement les niveaux de soins des patients en CHSLD sans égard à l'obtention d'un consentement libre et éclairé?
- 4) Dans le cadre de la gestion de la pandémie de COVID-19, le Procureur général du Québec (« PGQ »), le ministère de la Santé et des Services sociaux (« MSSS »), le Ministre de la Santé et des Services sociaux et le directeur national de la santé publique (« DNSP ») ont-t-il commis des fautes à l'égard des membres donnant ouverture à des dommages compensatoires?
- 5) Le PGQ, le MSSS, le Ministre et Le DNSP ont-ils commis les fautes suivantes dans le cadre de la gestion de la première vague de la pandémie de COVID-19 :
 - a) L'omission de mettre à jour et d'appliquer le Plan de 2006 en temps opportun?
 - b) L'omission de planifier un approvisionnement en ÉPI pour faire face à la première vague de COVID-19 qui s'annonçait ?

- c) L'omission de prendre des mesures pour planifier l'offre de services la pénurie de personnel qui s'annonçait?
 - d) L'omission de protéger les résidents de CHSLD alors que ceux-ci étaient identifiés dès janvier 2020 comme faisant partie de la population la plus vulnérable?
 - e) L'omission de prendre les mesures nécessaires pour que les membres reçoivent les soins requis par leur état de santé?
 - f) L'imposition d'une révision systématique des niveaux de soins des résidents en CHSLD dans un délai minimal?
 - g) La décision d'interdire la visite des proches aidants?
 - h) La décision d'interdire aux résidents en CHSLD les transferts dans les centres hospitaliers?
- 6) Dans le cadre de la gestion de la première vague de la pandémie de COVID-19, les défendeurs ont-ils porté atteinte au droit à la sûreté, à la liberté, à l'intégrité, à la dignité, à l'égalité et à la vie des membres résidents en CHSLD?
- 7) Les fautes commises par les défendeurs sont-elles causales des dommages des membres du groupe?
- 8) Quels sont les dommages subis par les membres du Groupe en raison des fautes commises par les défendeurs?
- 9) Quelle est la portée de l'immunité conférée aux défendeurs par l'article 123 de la *Loi sur la santé publique*, RLRQ, c. S-2.2?
- 10) Les fautes des défendeurs donnent-elles ouverture à des dommages exemplaires pour les résidents des CHSLD? Si oui, quel est le quantum?

[179] **IDENTIFIER** comme suit les conclusions recherchées qui se rattachent à l'action principale :

ACCUEILLIR l'action collective du demandeur et des membres du groupe contre les défendeurs;

DÉCLARER les défendeurs responsables des dommages subis par les membres du groupe;

CONDAMNER les défendeurs à payer à chacun des membres du Groupe tous les dommages et intérêts subis par ces derniers;

Pour chacun des résidents membres du groupe, sans égard à leur infection au COVID-19 :

- Une somme de base de 40 000 \$ au membre en compensation de :
 - La détresse psychologique;

- L'atteinte à leur intégrité, à leur sûreté et à leur dignité;
 - La détérioration de leur santé physique, psychologique et cognitive;
 - Le sentiment d'abandon, les souffrances, la colère, la tristesse, le stress et les inconvénients découlant de la gestion fautive et négligente de la pandémie par les défenseurs.
- Une somme de 10 000 \$ à ses enfants en compensation des douleurs, stress et inconvénients associés à la gestion fautive et négligente de la pandémie par les défenseurs;
 - Une somme additionnelle de 5 000 \$ à son aidant naturel, s'ajoutant aux sommes prévues ci-dessus si l'aidant naturel est un enfant ou un petit-enfant du résident;

Pour les résidents membres du groupe infectés à la COVID-19 ayant survécu à l'infection :

- Une somme additionnelle de 60 000 \$ au membre en compensation :
 - Des douleurs, stress et inconvénients associés à la contamination à la COVID-19;
 - De la détérioration de leur santé physique, psychologique et cognitive associée à la contamination à la COVID-19;
- Le remboursement intégral des déboursés encourus ou à encourir en raison de la conduite fautive des défenseurs;
- Une somme additionnelle à parfaire au membre, sous réserve du droit de chaque membre du groupe de présenter, sur une base individuelle lors de l'évaluation du quantum, la preuve d'un préjudice particulier plus considérable auquel le membre aura droit s'il est mis en preuve l'un des éléments suivants :
 - Le membre a subi un séjour hospitalier aux soins intensifs;
 - Le membre a subi un séjour hospitalier;
 - Le membre n'a fautivement pas été envoyé en milieu hospitalier alors que sa condition ou son niveau de soins le nécessitaient, que ce soit pour des soins hospitaliers ou pour des soins de confort que les CHSLD n'étaient pas en mesure d'offrir;
- Une somme de 10 000 \$ à ses enfants en compensation des douleurs, stress et inconvénients associés à la contamination de leur parent à la COVID-19;
- Une somme additionnelle de 5 000 \$ à son aidant naturel, s'ajoutant aux sommes prévues ci-dessus si l'aidant naturel est un enfant ou un petit-enfant du résident;

Pour les conjoints, enfants, petits-enfants, héritiers et ayants droit des résidents membres du groupe décédés des suites de la COVID-19 ou en raison d'une rupture ou de lacunes dans les soins de base d'hygiène, d'aide aux repas ou de mobilisation, excluant tout dommage compensatoire en vertu de la Charte et tout dommage punitif en vertu de la Charte :

- Une somme de 100 000 \$ au conjoint survivant, en sa qualité personnelle, en compensation des douleurs, stress et inconvénients subis, ainsi qu'en compensation du chagrin causé par la perte d'un être cher (*solatium doloris*) en raison de la conduite fautive des défendeurs;
- Une somme de 30 000 \$ à chacun des enfants du défunt, selon le cas, en compensation des douleurs, stress et inconvénients subis, ainsi qu'en compensation du chagrin causé par la perte d'un être cher (*solatium doloris*) en raison de la conduite fautive des défendeurs;
- Une somme de 100 000 \$ au conjoint survivant, en sa qualité d'héritier du défunt, le cas échéant, ou à la succession du défunt, selon le cas, en compensation des souffrances physiques et morales subies par le défunt avant son décès (*pretium doloris*) en raison de la conduite fautive des défendeurs;
- Le remboursement intégral des déboursés et frais funéraires encourus et à encourir en raison de la conduite fautive des défendeurs;
- Une somme additionnelle à parfaire au membre, sous réserve du droit de chaque membre du groupe de présenter, sur une base individuelle lors de l'évaluation du quantum, la preuve d'un préjudice particulier plus considérable, auquel le membre aura droit s'il est mis en preuve que le membre a subi des pertes pécuniaires en raison de la COVID-19, le tout en lien avec les fautes reprochées;

CONDAMNER les défendeurs à payer aux membres du groupe résidents en CHSLD la somme de dix millions de dollars (10 000 000 \$) en dommages punitifs;

CONDAMNER les défendeurs à payer les intérêts au taux légal sur lesdites sommes, plus l'indemnité additionnelle prévue au CcQ à compter de l'assignation;

ORDONNER le recouvrement collectif de tous les dommages et intérêts subis, ou, subsidiairement :

DÉCLARER les défendeurs responsables de tous les dommages subis et **ORDONNER** que des preuves individuelles soient faites dans le but de déterminer le montant des dommages pour chaque membre du groupe;

LE TOUT, avec dépens, incluant tous les frais d'expertises et d'avis à être encourus dans le cadre de la présente instance.

[180] **REPORTE** à plus tard le débat et la décision sur la publication des avis aux membres et le délai d'exclusion des membres, incluant l'élaboration de la liste des CHSLD visés;

[181] **INDIQUE** que l'exercice de la présente action collective sera dans le district judiciaire de Montréal;

[182] **RAPPELLE** que le juge Donald Bisson est déjà désigné pour assurer la gestion particulière de l'instance et entendre toute procédure relative à la mise en état de l'action collective autorisée;

[183] **LE TOUT**, avec frais de justice en faveur du demandeur, excluant pour l'instant tout frais de publication d'avis et honoraires d'experts.



DONALD BISSON J.C.S.

M^e Patrick Martin-Ménard, M^e Jean-Pierre Ménard, M^e Marie Malavaud et Mme Noémie Painchaud stagiaire
MÉNARD, MARTIN, AVOCATS
Avocats du demandeur

M^e Jonathan Desjardins-Mallette et M^e Nicolas Déplanche
MORENCY SOCIÉTÉ D'AVOCATS S.E.N.C.R.L.
Avocats de tous les défendeurs sauf le Procureur général du Québec

M^e Alexandra Hodder, M^e Annie Dumont et M^e Marie France Le Bel
BERNARD ROY (JUSTICE QUÉBEC)
Avocats du défendeur Procureur général du Québec

Dates d'audience : 18, 21 et 22 septembre 2023

Représentations écrites des parties sur un arrêt de la Cour d'appel rendu après l'audience : 20 octobre 2023, 3 novembre 2023 et 10 novembre 2023

ANNEXE

Liste préliminaire des CHSLD ayant connu une éclosion, soit au moins la présence de deux au sein d'une installation, survenus sur une période de 14 jours, entre le 13 mars 2020 et le 20 mars 2021

CHSLD	CISSS/CIUSSS
CHSLD Sainte-Dorothée	CISSS de Laval
Centre d'hébergement Yvon Brunet	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Ile-de-Montréal
Centre multi. SSS Laflèche	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre du Québec
Unité d'hébergement de l'Hôpital LaSalle	CIUSSS de l'Ouest-de-l'Ile-de-Montréal
Institut universitaire de gériatrie de Montréal	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Ile-de-Montréal
CHSLD Fernand-Larocque	CISSS de Laval
CHSLD Joseph-François Perreault	CIUSSS de l'Est-de-l'Ile-de-Montréal
Centre d'hébergement Alfred-Desrochers	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Ile-de-Montréal
CHSLD/Centre d'hébergement LaSalle	CIUSSS de l'Ouest-de-l'Ile-de-Montréal
CHSLD Nicolet	CIUSSS de l'Est-de-l'Ile-de-Montréal
CHSLD La Pinière	CISSS de Laval
Centre d'hébergement de Verdun CHSLD de Verdun	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Ile-de-Montréal
Centre hébergement Nazaire-Piché	CIUSSS de l'Ouest-de-l'Ile-de-Montréal
CHSLD Kastner	CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Ile-de-Montréal
CHSLD de la Colline	CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean
Centre d'hébergement Saint-Andrew	CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Ile-de-Montréal
CHSLD Notre-Dame-de-la-Merci	CIUSSS du Nord-de-l'Ile-de-Montréal
CHSLD Laurendeau	CIUSSS du Nord-de-l'Ile-de-Montréal
CHSLD Judith Jasmin	CIUSSS de l'Est-de-l'Ile-de-Montréal
CHSLD de la Petite-Patrie	CIUSSS du Nord-de-l'Ile-de-Montréal
Centre hébergement Dorval	CIUSSS de l'Ouest-de-l'Ile-de-Montréal
CHSLD Jeffrey Hale	CIUSSS de la Capitale-Nationale
Centre d'hébergement Réal-Morel	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Ile-de-Montréal
CHSLD Jean-Hubert Biermans	CIUSSS de l'Est-de-l'Ile-de-Montréal
Centre d'hébergement Paul-Bruchési	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Ile-de-Montréal

CHSLD	CIUSS/CIUSSS
Centre d'hébergement Champlain	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Ile-de-Montréal
Centre d'hébergement des Seigneurs	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Ile-de-Montréal
CHSLD Henriette Céré	CISSS de la Montérégie-Centre
CHSLD de Saint-Jérôme	CISSS des Laurentides
CHSLD-CLSC Mgr Paquin	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
CHSLD Maison Paul Triquet	CIUSSS de la Capitale-Nationale
CHSLD Petite-Nation	CISSS de l'Outaouais
CHSLD/Centre d'hébergement René-Lévesque	CISSS de la Montérégie-Est
Centre d'hébergement Armand-Lavergne	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Ile-de-Montréal
CHSLD Benjamin-Victor-Rousselot	CIUSSS de l'Est-de-l'Ile-de-Montréal
Centre d'hébergement Émilie Gamelin	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Ile-de-Montréal
CHSLD de Maria	CISSS de la Gaspésie
CHSLD Éloria Lepage	CIUSSS de l'Est-de-l'Ile-de-Montréal
Centre d'hébergement Paul-Émile-Léger	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Ile-de-Montréal
CHSLD Lucien G. Rolland	CISSS des Laurentides
CHSLD des Seigneurs	CISSS de la Montérégie-Est
Centre de soins prolongés Grace Dart	CIUSSS de l'Ouest-de-l'Ile-de-Montréal
CHSLD Hope Jewish Eldercare	CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Ile-de-Montréal
CHSLD/Centre hébergement Lachine	CIUSSS de l'Ouest-de-l'Ile-de-Montréal
Centre d'hébergement Jean-de-la-Lande	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Ile-de-Montréal
CHSLD Légaré	CIUSSS du Nord-de-l'Ile-de-Montréal
CHSLD Idola St-Jean	CISSS de Laval
CHSLD Jeanne-LeBer	CIUSSS de l'Est-de-l'Ile-de-Montréal
CHSLD Robert-Cliche	CIUSSS de l'Est-de-l'Ile-de-Montréal
Henri Bradet	CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Ile-de-Montréal
CHSLD Paul-Lizotte	CIUSSS du Nord-de-l'Ile-de-Montréal
Centre hospitalier gériatrique (Maimonides)	CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Ile-de-Montréal
CHSLD St-Joseph-de-la-providence	CIUSSS du Nord-de-l'Ile-de-Montréal
CHSLD Gertrude-Lafrance	CISSS de la Montérégie-Centre

CHSLD	CISSS/CIUSSS
CHSLD/ Centre d'hébergement Saint-Henri	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Ile-de-Montréal
Centre d'hébergement Saint-Vincent	CIUSSS de l'Estrie-CHUS
Hôpital Sainte-Anne	CIUSSS de l'Ouest-de-l'Ile-de-Montréal
CHSLD Paul-Gouin	CISSS du Nord-de-l'Ile-de-Montréal
Centre d'hébergement Louis-Riel	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Ile-de-Montréal
Centre d'hébergement L'Assomption	CISSS de Lanaudière
L'Assomption	CISSS de Chaudières-Appalaches
CHSLD de Saint-Laurent	CIUSSS du Nord-de-l'Ile-de-Montréal
CHSLD Pierre Joseph Triest	CIUSSS de l'Est-de-l'Ile-de-Montréal
Centre d'hébergement St-Jacques	CISSS de Lanaudière
CHSLD Lionel Émond	CISSS de l'Outaouais
IUGM, Pavillon Côte des neiges	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'ile-de-Montréal
Centre hébergement Denis-Benjamin-Viger	CIUSSS de l'Ouest-de-l'Ile-de-Montréal
CHSLD de Cartierville	CIUSSS du Nord-de-l'Ile-de-Montréal
CHSLD le Faubourg	CIUSSS de la Capitale nationale
CHSLD St-Michel	CIUSSS de l'Est-de-l'Ile-de-Montréal
CHSLD Auclair	CIUSSS du Nord-de-l'Ile-de-Montréal
Centre d'hébergement Deux-Rives	CISSS de Lanaudière
Pavillon Philippe-Lapointe	CISSS des Laurentides
CHSLD Drapeau-Deschambault	CISSS des Laurentides
Father Dowd	CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Ile-de-Montréal
CHSLD/ Centre d'hébergement Repentigny	CISSS de Lanaudière
Centre d'hébergement Ernest-Routhier	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Ile-de-Montréal
Centre d'hébergement de l'Hôtel-Dieu de St-Hyacinthe	CISSS de la Montérégie-Est
CHSLD Ormstown	CISSS de la Montérégie-Ouest
CHSLD Marie Rollet	CIUSSS de l'Est-de-l'Ile-de-Montréal
CHSLD François Séguenot	CIUSSS de l'Est-de-l'Ile-de-Montréal
CHSLD Champlain	CISSS de la Montérégie-Centre
CH Cooke	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
Centre d'hébergement de Lajemmerais	CISSS de la Montérégie-Est
Centre d'hébergement du Chevalier-De Lévis	CISSS de la Montérégie-Est

CHSLD	CISSS/CIUSSS
Centre d'hébergement Alphonse Rondeau	CISSS de Lanaudière
Centre d'hébergement/CHSLD de l'Hôpital général de Québec	CIUSSS de la Capitale-Nationale
Centre d'hébergement de Saint-Gabriel-de-Brandon	CISSS de Lanaudière
Centre d'hébergement St-Joseph	CIUSSS de la Mauricie-et-du-centre-du-Québec
Centre d'hébergement Manoir-de-l'âge-d'or	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
Centre d'hébergement Hubert-Maisonneuve	CISSS des Laurentides
Centre d'hébergement J.-Henri-Charbonneau	CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
Centre d'hébergement Notre-Dame-de-Lourdes	CIUSSS de la Capitale-Nationale
Centre d'hébergement Saint-Antoine-de-Padoue	CISSS de Lanaudière
Centre de service pour les aînés de Saint-Lambert	CISSS de la Montérégie-Centre
Centre multi SSS Claude-David	CISSS de Lanaudière
CHSLD/Centre multi SSS Cloutier	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
Centre multi SSS/CHSLD d'Argenteuil	CISSS des Laurentides
Centre multi SSS Rivière-des-Prairies	CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
Centre multi SSS Saint-Joseph	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
CHSLD Dante	CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
CHSLD de Saint-Eustache	CISSS des Laurentides
CHSLD Docteur-Aimé-Leduc	CISSS de la Montérégie-Ouest
CHSLD et CLSC Frédéric-George-Heriot	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
CHSLD Polonais Marie-Curie Sklodowa	CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
CHSLD Sainte-Croix	CISSS de la Montérégie-Centre
CHSLD Sainte-Rose	CISSS de Laval
CHSLD St-Brigid's Home	CIUSSS de la Capitale-Nationale
CHSLD Yvonne-Sylvain	CIUSSS de la Capitale-Nationale
Hôpital chinois de Montréal	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
Hôpital de Lanaudière et CHSLD Parphilia Ferland	CISSS de Lanaudière

CHSLD	CIUSSS/CIUSSS
Hôpital de soins psychiatriques de l'Est-de-Montréal	CIUSSS de l'Est-de-l'île-de-Montréal
Hôpital du Suroît	CIUSSS de la Montérégie-Ouest
Hôpital général du Lakeshore	CIUSSS de l'Ouest-de-l'île-de-Montréal
Hôpital général juif	CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'île-de-Montréal
Hôpital Grace Dart	CIUSSS de l'Ouest-de-l'île-de-Montréal
Hôpital Laurentien	CIUSSS des Laurentides
Unité longue durée en santé mentale CHDL (st-Charles-Borromée)	CIUSSS de Lanaudière
Centre d'hébergement de Monseigneur-Coderre	CIUSSS de la Montérégie-Est
Hôpital de Dolbeau-Mistassini	CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean
Hôpital et CHSLD D'Youville	CIUSSS de l'Estrie-CHIS
Centre d'hébergement de la MRC d'Acton	CIUSSS de la Montérégie-Est
Centre d'hébergement de New Carlisle	CIUSSS de la Gaspésie
Centre d'hébergement des chutes	CIUSSS de la Capitale-Nationale
Centre d'hébergement du Comté-de-Huntingdon	CIUSSS de la Montérégie-Ouest
Centre d'hébergement du Fargy (anciennement) (Des Chutes actuellement)	CIUSSS de la Capitale-Nationale
Centre d'hébergement du Roseau	CIUSSS de la Mauricie-et-Centre-du-Québec
Centre d'hébergement Élisabeth-Lafrance	CIUSSS de la Montérégie-Est
Centre d'hébergement Isidore-Gauthier	CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean
Centre d'hébergement Jeanne-Crevier	CIUSSS de la Montérégie Est
Centre d'hébergement Louis-Hébert	CIUSSS de la Capitale-Nationale
Centre d'hébergement Montarville	CIUSSS de la Montérégie-Est
CHSLD/ Centre d'hébergement Saint-Augustin	CIUSSS de la Capitale-Nationale
Centre d'hébergement St-Maurice	CIUSSS de la Mauricie-et-Centre-du-Québec
Centre Leclerc	CIUSSS de l'Estrie-CHUS
Centre Marie-Berthe Couture	CIUSSS de l'Estrie-CHUS
Centre multi. SSS de Lévis	CIUSSS de Chaudière-Appalaches
Centre Georges-Phaneuf	CIUSSS de la Montérégie-Centre
CH Andrée-Perreault	CIUSSS de la Montérégie-Est
CH du Manoir-Trinité	CIUSSS de la Montérégie-Est
Christ-Roi	CIUSSS de la Capitale-Nationale
CHSLD Beauceville	CIUSSS de Chaudière-Appalaches
CHSLD Cap St-Ignace	CIUSSS de Chaudière-Appalaches

CHSLD	CISSS/CIUSSS
CHSLD Champagnat	CISSS de la Montérégie-Centre
CHSLD CMV Claude-David	CISSS de Lanaudière
CHSLD Côteau-du-Lac	CISSS de la Montérégie-Ouest
CHSLD d'Alma (Le Normandie)	CISSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean
CHSLD d'East Angus	CIUSSS de l'Estrie-CHUS
CHSLD de Lac-Etchemin	CISSS de Chaudière-Appalaches
CHSLD de Lac-Mégantic	CIUSSS de l'Estrie-CHUS
CHSLD de Mont-Tremblant	CISSS des Laurentides
CHSLD de Valcourt	CIUSSS de l'Estrie-CHUS
CHSLD du Séminaire	CISSS de Chaudière-Appalaches
CHSLD Jacques-Cartier	CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean
CHSLD l'Équip'âge	CISSS des Laurentides
CHSLD la Piétà	CISSS de l'Outaouais
CHSLD Lambton	CIUSSS de l'Estrie-Centre
CHSLD Loretteville	CIUSSS de la Capitale-Nationale
CHSLD Manoir De Verdun	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
CHSLD Marc-André-Jacques	CISSS de Chaudière-Appalaches
CHSLD Matane	CISSS du Bas-Saint-Laurent
CHSLD Paul-Gilbert	CISSS de Chaudière-Appalaches
CHSLD Paul-Gilbert Belvédère	CISSS de Chaudière-Appalaches
CHSLD Paul-Gilbert Jardins	CISSS de Chaudière-Appalaches
CHSLD René-Lavoie	CISSS de Chaudière-Appalaches
CHSLD Richard Busque	CISSS de Chaudière-Appalaches
CHSLD Sainte-Anne	CISSS des Laurentides
CHSLD St-Antoine	CIUSSS de la Capitale-Nationale
CHSLD St-Eusèbe	CISSS de Lanaudière
CHSLD St-Raphael	CISSS de Chaudière-Appalaches
CHSLD St-Raymond	CISSS de la Capitale-Nationale
CHSLD Ste-Hénédine	CISSS de Chaudière-Appalaches
CHSLD Vallée de la Lièvre	CISSS de l'Outaouais
CSSS du Granit	CIUSSS de l'Estrie-CHUS
CSSS MRC-de-Coaticook	CIUSSS de l'Estrie CHUS
Des Chauffailles – Riv. Du Loup	CISSS du Bas-Saint-Laurent
Des Pensées	CISSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean
Dolbeau-Mistassini (L'Oasis)	CISSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean
Ernest Brisson	CISSS de l'Outaouais
Foyer Dorval	CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal
George Hébert	CISSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean
Gracefield	CISSS de l'Outaouais
Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins – 3 ^e étage et UCDG	CIUSSS de l'Estrie-CHUS

CHSLD	CISSS/CIUSSS
Laurent Bergevin	CISSS de la Montérégie-Ouest
Limoilou	CIUSSS de la Capitale-Nationale
Métabetchouan	CISSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean
Mgr Ross	CISSS de la Gaspésie
Mgr Victor-Tremblay	CISSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean
Papineau	CISSS de l'Outaouais
Résidence de Lachute	CISSS des Laurentides
Sacré-Cœur	CIUSSS de la Capitale-Nationale
St-Joseph	CISSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean
Villa-Bonheur	CIUSSS de l'Estrie-CHUS
