

CANADA

PROVINCE DE QUÉBEC
DISTRICT DE MONTRÉAL

NO : 500-06-001062-203

COUR SUPÉRIEURE
(Chambre des actions collectives)

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

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Demandeur

-C.-

CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LAVAL, établissement de santé constitué en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, ayant une place d'affaires au 1755, boulevard René-Laennec, dans la ville et le district de Laval, province de Québec, H7M 3L9

-et-

CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE-CENTRE, personne morale de droit public, légalement constituée et ayant son siège au 2727, boulevard Taschereau, Longueuil (Québec) J4T 2E6;

-et-

CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN, personne morale de droit public, légalement constituée et ayant son siège au 930, rue Jacques-Cartier Est, Chicoutimi (Québec) G7H 7K9;

-et-

CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE, personne morale de droit public, légalement constituée et ayant son siège au 2915, avenue du Bourg-Royal, Québec (Québec) G1C 3S2;

-et-

CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE-ET-DU-CENTRE DU QUÉBEC, personne morale de droit public, légalement constituée et ayant son siège au 858, terrasse Turcotte, Trois-Rivières (Québec) G9A 5C5;

-et-

CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE - CHUS, personne morale de droit public, légalement constituée et ayant son siège au 375, rue Argyll, Sherbrooke (Québec) J1J 3H5;

-et-

CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'EST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL, personne morale de droit public, légalement constituée et ayant son siège au 5415, boulevard de l'Assomption, Montréal (Québec) H1T 2M4;

-et-

CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'OUEST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL, personne morale de droit public, légalement constituée et ayant son siège au 160, avenue Stillview, Pointe-Claire (Québec) H9R 2Y2;

-et-

CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU CENTRE-OUEST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL, personne morale de droit public, légalement constituée et ayant son siège au 3755, chemin de la Côte-Sainte-Catherine (119-B), Montréal (Québec) H3T 1E2;

-et-

CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU CENTRE-SUD-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL, personne morale de droit public, légalement constituée et ayant son siège au 155, boulevard Saint-Joseph Est, Montréal (Québec) H2T 1H4;

-et-

CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU NORD-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL, personne morale de droit public, légalement constituée et ayant son siège au 555, boulevard Gouin Ouest, Montréal (Québec) H3L 1K5;

-et-

CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS, personne morale de droit public, légalement constituée et ayant son siège au 80, avenue Gatineau, Gatineau (Québec) J8T 4J3;

-et-

CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE CHAUDIÈRE-APPALACHES, personne morale de droit public, légalement constituée et ayant son siège au 363, route Cameron, Sainte-Marie (Québec) G6E 3E2;

-et-

CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE, personne morale de droit public, légalement constituée et ayant son siège au 260, rue Lavaltrie Sud, Joliette (Québec) J6E 5X7;

-et-

CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE-EST, personne morale de droit public, légalement constituée et ayant son siège au 2750, boulevard Laframboise,

Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 4Y8;

-et-

CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE-OUEST, personne morale de droit public, légalement constituée et ayant son siège au 200, boulevard Brisebois, Châteauguay (Québec) J6K 4W8 ;

-et-

CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, personne morale de droit public, légalement constituée et ayant son siège au 290, rue de Montigny, Saint-Jérôme (Québec) J7Z 5T3

-et-

PROCUREUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC, ès-qualités de représentant du MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET DU DIRECTEUR NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE, ayant son bureau au 300, boulevard Jean-Lesage, Québec (Québec) G1K 8K6, district de Québec;

Défendeurs

**DEMANDE INTRODUCTIVE D'INSTANCE
EN ACTION COLLECTIVE (Art. 571 ss. C.p.c.)**

À L'UN DES HONORABLES JUGES DE LA COUR SUPÉRIEURE, SIÉGEANT EN CHAMBRE DES ACTIONS COLLECTIVES, DANS ET POUR LE DISTRICT DE MONTRÉAL, LE DEMANDEUR EXPOSE RESPECTUEUSEMENT CE QUI SUIT :

1. Le 22 janvier 2024, l'honorable Donald Bisson, j.c.s., a autorisé l'exercice d'une action collective en dommages-intérêts contre les Défendeurs fondée sur la responsabilité extracontractuelle en vertu du Code civil du Québec, la violation de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ, c. S-4.2 et la violation de la Charte des droits et libertés de la personne, RLRQ, c. C-12;

2. Dans le jugement du 22 janvier 2024, le tribunal a attribué au Demandeur Jean-Pierre Daubois 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 »

3. La liste jointe en annexe inclut la liste préliminaire des CHSLD publics ayant connu une éclosion de 25% et plus de cas de COVID-19 entre le 13 mars 2020 et le 20 mars 2021, sur la foi des informations communiquées au stade de l'autorisation par les défendeurs CISSS et CIUSSS et produites au soutien des présentes comme **pièces P-1 et P-2**;

A. LES PARTIES

4. 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;
5. Le défendeur Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval (ci-après « **CISSS Laval** ») est un établissement de santé au sens de la *Loi sur les services de santé et services sociaux* (ci-après « la **LSSSS** »), dont fait partie l'installation Centre d'hébergement et de soins de longue durée Sainte-Dorothée (ci-après « **CHSLD Sainte-Dorothée** »), qui comptait 192 résidents au moment des événements en litige;
6. Les défendeurs CISSS et CIUSSS sont les établissements de santé du Québec dont font partie les CHSLD publics ayant connu une éclosion de 25% et plus de cas de COVID-19 entre le 13 mars 2020 et le 20 mars 2021, selon l'information contenue aux pièces P-1 et P-2;
7. Le défendeur, ministre de la Santé et des Services sociaux (ci-après « le **Ministre**»), est chargé de la direction et de l'administration du ministère de la Santé et des Services sociaux (ci-après « le **MSSS** ») et de l'application des lois et règlements relatifs à la santé et aux services sociaux, notamment de la LSSSS et de la *Loi sur la santé publique* (ci-après, « la **LSP** »);
8. Le défendeur, directeur national de la santé publique (ci-après « le **DNSP** »), est nommé par le gouvernement pour conseiller et assister le Ministre et le sous- ministre de la Santé et des Services sociaux dans l'exercice de leurs responsabilités en santé publique;
9. Le défendeur, procureur général du Québec (ci-après « le **PGQ** »), assure la représentation du MSSS et du DNSP dans les poursuites civiles intentées à leur endroit;

B. LES DROITS DES MEMBRES DU GROUPE ET LES OBLIGATIONS CORRÉLATIVES DES DÉFENDEURS

10. Le MSSS, en plus des responsabilités qui lui sont dévolues par la *Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux* et la *Loi sur la santé publique*, est notamment responsable, aux termes des articles 340 et 431 de la LSSSS, d'allouer les budgets destinés aux établissements de santé, d'assurer la coordination des activités des établissements au sein d'une même région ou de régions avoisinantes, de déterminer les objectifs et les orientations dans le domaine de la santé et des services sociaux et de veiller à leur mise en œuvre, à leur application par les établissements et à leur évaluation, de prendre les mesures propres à assurer aux usagers la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux, de prendre les mesures propres à assurer la protection de la santé publique, de diffuser auprès des établissements les orientations relatives aux standards d'accès, de qualité, d'efficacité et d'efficience et d'apprécier et d'évaluer les résultats en matière de santé et de services sociaux;
11. Les défenseurs CISSS et CIUSSS, en vertu de l'article 100 de la LSSSS, ont pour fonction « *d'assurer la prestation de services de santé ou de services sociaux de qualité, qui soient continus, accessibles, sécuritaires et respectueux des droits des personnes et de leurs besoins spirituels et qui visent à réduire ou à solutionner les problèmes de santé et de bien-être et à satisfaire les besoins des groupes de la population. À cette fin, ils doivent gérer avec efficacité et efficience leurs ressources humaines, matérielles, informationnelles, technologiques et financières (...)* »
12. Les défenseurs CISSS et CIUSSS, en vertu de l'article 101 de la LSSSS, ont aussi la responsabilité de recevoir toute personne qui requiert leurs services et d'évaluer leurs besoins et de dispenser les services de santé et les services sociaux requis ou de les faire dispenser par une autre personne;
13. Les services de santé et les services sociaux sont fournis par les défenseurs CISSS et CIUSSS entre autres dans les CHSLD publics, et ce, en vertu de l'article 79 de la LSSSS;
14. En vertu de l'article 83 de la LSSSS, les CHSLD ont la mission « *d'offrir de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le support de leur entourage.* »
15. Les résidents des CHSLD ont, en vertu de l'article 5 de la LSSSS, le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire;

16. Selon l'article 8 de la LSSSS, les résidents des CHSLD ou leurs représentants légaux ont le droit d'être informés de leur état de santé et de bien-être, de manière à connaître, dans la mesure du possible, les différentes options qui s'offrent à eux ainsi que les risques et les conséquences généralement associés à chacune des options avant de consentir à des soins les concernant. Ils ont aussi le droit de participer à toute décision qui affecte leur état de santé et de bien-être, et ce, en vertu de l'article 10 de la LSSSS;
17. Les résidents des CHSLD ont également, en vertu de l'article 7 de la LSSSS et de l'article 2 de la *Charte des droits et libertés de la personne*, le droit de recevoir les soins que requiert leur état lorsque leur intégrité ou leur vie est en danger, et les établissements et leurs professionnels ont l'obligation corrélative de leur fournir de tels soins;
18. Les résidents des CHSLD ont également le droit, en vertu des articles 1 et 4 de la *Charte des droits et libertés de la personne*, à la vie, ainsi qu'à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté de leur personne et à la sauvegarde de leur dignité;
19. Les résidents des CHSLD ont également le droit à l'égalité dans la reconnaissance et l'exercice de leurs droits et libertés en vertu de l'article 10 de la *Charte des droits et libertés de la personne*;
20. Les résidents des CHSLD ont aussi droit à la protection et à la sécurité que doivent leur apporter leur famille ou les personnes qui en tiennent lieu selon l'article 48 de la *Charte des droits et libertés de la personne*;
21. Malgré ce qui précède, les résidents des CHSLD ont été, à partir du 13 mars 2020 et jusqu'au 20 mars 2021, traités de façon fautive, négligente et non sécuritaire par les défenseurs dans le cadre de leur réponse à la pandémie de COVID-19, tel qu'il sera plus amplement démontré à l'instance;

C. LES FAITS

1) Normes existantes en matière de prévention et de gestion de pandémie

22. 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*, produit au soutien des présentes comme **pièce P-3**;
23. 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 8096 personnes et fait 774 morts dans 29 pays;
24. En 2005, l'OMS publie le guide *WHO global influenza preparedness plan*, produit au

soutien des présentes comme **pièce P-4**;

25. 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** »), produit au soutien des présentes comme **pièce P-5**, en s'appuyant sur les normes de l'OMS mentionnées au paragraphe précédent;
26. 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;
27. 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;
28. 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-6**;
 29. 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;
 30. En 2009, l'OMS met à jour les normes mentionnées au paragraphe 24 et publie un document intitulé *Pandemic Influenza Preparedness and Response*, produit au soutien des présentes comme **pièce P-7**;
 31. 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-8**;
 32. 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-9**;
 33. 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;
 34. 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;
 35. 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;

2) Évolution de la pandémie COVID-19

36. Le 30 décembre 2019, les autorités municipales de la ville de Wuhan, en Chine, révèlent l'existence d'une pneumonie d'origine inconnue;
37. Le 2 janvier 2020, le virus est isolé en laboratoire et reçoit la désignation 2019- nCov;
38. 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;
39. Le 10 janvier 2020, le séquençage ADN du virus est partagé publiquement par une équipe de chercheurs chinois;
40. Le 20 janvier 2020, la Commission nationale de la santé de la Chine confirme que le nouveau coronavirus est transmissible d'humain à humain;
41. 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;
42. Le 4 février 2020, suite à l'annonce de 10 cas positifs au nouveau coronavirus parmi les 2666 passagers et 1045 membres d'équipage du bateau, les passagers sont confinés à leur cabine pour 14 jours;
43. Au terme du confinement, 712 passagers contractent le nouveau coronavirus et 14 en décèdent;
44. L'écllosion 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;
45. 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;
46. Le 23 janvier 2020, la ville de Wuhan est placée en quarantaine;
47. Le 26 janvier 2020, le premier cas présumé de nouveau coronavirus est identifié au Canada;
48. Le 30 janvier 2020, l'OMS déclare que le nouveau coronavirus constitue une urgence sanitaire de portée mondiale;
49. 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;

50. 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;
51. Le 11 février 2020, l’OMS donne à la maladie à coronavirus le nom de COVID-19;
52. Le 21 février 2020, le docteur Ghebreyesus souligne en point de presse que la fenêtre d’opportunité mentionnée au paragraphe 50 en est à se refermer;
53. Le 28 février 2020, un premier cas suspecté de COVID-19 est annoncé au Québec;
54. 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;
55. 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;
56. L’éclosion du Life Care Center représente la première éclosion majeure dans une résidence pour personnes âgées en Amérique du Nord;
57. Le 11 mars 2020, l’OMS déclare que la propagation de la COVID-19 représente une pandémie;

3) Gestion de la pandémie de COVID-19 au Québec

a. Phase pré-pandémique : janvier 2020

58. Le 6 janvier 2020, le monde entre en seconde phase inter-pandémique 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;
59. 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 du procès-verbal de la réunion produit comme **pièce P-10**;
60. 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;

61. 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 fautivement et négligemment pas évoquée, tel qu'il appert du procès-verbal de la réunion produit comme **pièce P-11**;
62. 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;
63. 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;
64. 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 aînés, tel qu'il appert des témoignages suivants rendus à *l'Enquête publique du coroner sur certains décès survenus entre le 12 mars et le 1^{er} 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-12-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-12-b**;
 - Témoignage de madame Danielle McCann, qui était la Ministre au moment des faits en litige, produit comme **pièce P-12-c**;
65. 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 aînés, incluant les CHSLD, contre des éclosions de COVID-19;
66. Le 24 janvier 2020, l'Organisation de la sécurité civile du Québec (OSCCQ) 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 »;

67. 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* »;
68. 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 « **EPI** ») au Québec et conclut fautivement et négligemment que « *le réseau de santé dans son ensemble possède des réserves d'EPI suffisantes pour répondre aux besoins usuels des deux prochaines années* »;
69. 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'EPI disponibles dans le réseau et aucune réserve centrale d'EPI et la plupart des établissements de santé ne possédaient que peu ou pas de réserves, 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-12-d**;
70. L'évaluation erronée des réserves d'EPI 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'EPI, et ce, malgré le fait qu'une pénurie mondiale ait été appréhendée dès janvier 2020;
71. 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-13**;
72. 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;
73. Malgré l'existence de données probantes indiquant l'existence 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;

74. 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-5**;
75. 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;
76. 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;

b. Phase pré-pandémique: février 2020

77. 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 du procès-verbal de la réunion produit comme **pièce P-14**;
78. 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'EPI disparaissent dans le réseau de la santé, tel qu'il appert du procès-verbal de la réunion produit comme **pièce P-14**;
79. 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 du procès-verbal de la réunion produit comme **pièce P-14**;
80. 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 »;

81. 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;
82. 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-15**;

c. Mars 2020 : mises à jour du plan de 2006

83. 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- 16**;
84. 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-17**;
85. 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;
86. 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-18**;*

87. 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;
88. 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-19**;
89. 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;
90. 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-20**;
91. Le plan mentionné au paragraphe précédent ajoute pour la première fois les CHSLD à la stratégie « *assurer les services dans les milieux d'hébergement* »;

d. Mars 2020 : délestage des ressources hospitalières

92. Le 9 mars 2020, le gouvernement du Québec ouvre trois cliniques de dépistage de COVID-19;
93. 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;
94. 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;

95. 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;
96. 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;
97. 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;
- e. *Mars 2020 : pandémie et mesures improvisées*
98. 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* »;
99. 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-21**;
100. 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;

101. 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;
102. 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;
103. 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-22**;
104. 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-12-b**;
105. 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-23**;
106. Pourtant, la première version de l'annexe COVID-19 au plan de 2006 publiée le 16 mars 2020, mentionnée au paragraphe 88 des présentes et produite comme **pièce P-19**, 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;
107. 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;
108. 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 P-12-d**;
109. 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 P-12-g**;

110. 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;
111. 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;
112. 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;

f. Mars 2020 : directives inadéquates et manque de ressources en CHSLD

113. 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 de la 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;
114. 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 (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* », tel qu'il appert de la directive en date du 16 mars 2020 produite comme **pièce P-23** et de la directive mise à jour en date du 21 mars 2020 produite comme **pièce P-24**;
115. Le 20 mars 2020, le MSSS publie une note d'information intitulée « *Stratégie d'approvisionnement* » établissant les priorités d'approvisionnement en EPI 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-25**;

116. 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-26**;

117. 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 :

- a. Les transferts de résidents en CHSLD vers les centres hospitaliers (CH) doivent être évités et devenir une mesure d'exception;*
- b. Tout résident doit être obligatoirement évalué par un médecin avant une décision de transfert en CH;*
- c. La fréquence des visites médicales en CHSLD doit être augmentée le plus possible;*
- d. Nous encourageons les évaluations cliniques par téléconsultation ou téléphone;*
- e. L'établissement d'un niveau de soins est obligatoire pour toute nouvelle admission en CHSLD;*
- f. 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;*
- g. 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;*
- h. Les services professionnels tels que la physiothérapie doivent être maintenus;*
- i. Les soins infirmiers, tels que les thérapies intraveineuses, doivent être assurés à même les CHSLD;*
- j. 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. »*

118. 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-27**:

« 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. »*

119. 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-28**;

120. 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;

121. 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;

122. 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;

123. Le 25 mars 2020, la directive mentionnée au paragraphe 114 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-29**;

g. Avril 2020 : hécatombe en CHSLD

124. 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-30**, 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, CHSLDs, 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* »;
125. 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;
126. Le 11 avril 2020, la directive mentionnée au paragraphe 123 est mise à jour, cette mise à jour étant produite au soutien des présentes comme **pièce P-31**, 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;
127. 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'écllosion 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;
128. 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;

129. 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;

130. 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 126 des présentes et datée du 25 mai 2020, produite au soutien des présentes comme **pièce P-32**;

131. 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-12-f**:

- 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;

132. Le 27 janvier 2022, la Société québécoise des médecins de soins palliatifs (SQMDSP) effectue une sortie publique pour souligner que plusieurs protocoles de détresse respiratoire 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-33**:

- 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;

133. 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;

134. 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;

h. *Mai-septembre 2020 : période inter-vague*

135. 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-34**;
136. Le ou vers le 23 juin 2020, le MSSS publie 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 16 mars 2020 et mentionnée au paragraphe 88 des présentes, tel qu’il appert de l’Annexe COVID-19 produit comme **pièce P-35**;
137. 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 26 et 27 des présentes;

4) Éclosion au CHSLD Sainte-Dorothée

138. Le Plan de 2006 prévoyait que « *Chaque agence régionale de la santé et des services sociaux produira à son tour un Plan régional contre une pandémie d’influenza (PRPI). Les établissements produiront enfin leur plan spécifique en accord avec leur mission. Tous ces plans de lutte à la pandémie d’influenza viendront compléter les plans de mesures d’urgence en santé et services sociaux, à chaque niveau (provincial, régional et local) en plus de s’arrimer aux plans d’urgence plus globaux qui couvrent d’autres missions de l’État, la plupart inscrits au Plan national de sécurité civile (PNSC).* », tel qu’il appert de la **pièce P-5 à la page 13**;
139. Malgré ce qui précède, de 2006 à mars 2020, le CISSS Laval et les entités qui l’ont précédé avant la réforme de 2015 omettent fautivement et négligemment d’adopter un *Plan régional de lutte contre une pandémie d’influenza* et de le mettre à jour;
140. 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;
141. 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;

142. 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;
143. 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;
144. Les deux employés symptomatiques travaillent toute la semaine, soit du 22 au 26 mars 2020, et entrent en contact avec de nombreux employés;
145. 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;
146. 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 de service relations de travail et liste de rappel du CISSS Laval, produit comme **pièce P-36**;
147. Le 26 mars 2020, un premier patient du CHSLD Sainte-Dorothée est déclaré positif à la COVID-19 sur l'unité 1-C, où travaillent toujours les deux employés symptomatiques;
148. 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;
149. 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;
150. 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 les protéger;
151. Le ou vers le 29 mars 2020, les deux travailleurs symptomatiques mentionnés au

paragraphe 141 des présentes sont testés, le résultat s'avérant positif;

152. 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;
153. 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;
154. 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;
155. La « zone rouge » mentionnée au paragraphe précédent 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 frappé d'un interdit de publication à l'enquête publique du coroner, produit comme **pièce P-12-h**;
156. Selon le témoignage d'une infirmière dont le nom est frappé d'un interdit de publication à l'enquête publique du coroner (ci-après « l'infirmière témoin »), au moins trois (3) 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 produit comme **pièce P-12-i**;
157. 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'EPI et se laver les mains et qu'en conséquence, elle devait s'équiper et se présenter au travail. Le travail de l'infirmière symptomatique sur l'unité consistait notamment à distribuer la médication, tel qu'il appert du témoignage produit comme **pièce P-12-i**;
158. 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 produit comme **pièce P-12-i**;
159. Selon l'infirmière témoin, ce même jour, vers 12h30, 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 produit comme **pièce P-12-i**;

160. 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'EPI 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 produit comme **pièce P-37**;
161. 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 produit comme **pièce P-38**;
162. Plusieurs patients dont les résultats du 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 »;
163. 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;
164. 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 produit comme **pièce P-12-j**;
165. Le 2 avril 2020, le CHSLD Ste-Dorothée compte 38 cas confirmés chez les résidents et 4 décès;
166. 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;
167. 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;
168. 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;

169. 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;
170. 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;
171. 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;
172. Dans les jours suivant ce départ massif de personnel, le CHSLD a été aux prises avec un important manque de personnel l'obligeant à faire appel en catastrophe à du personnel délesté et non formé;
173. 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 Ste-Dorothée, à l'enquêteur Frédéric Losier en date du 8 avril 2021, produite au soutien des présentes comme **pièce P-39**;
174. L'infirmière témoin mentionnée au paragraphe 156 des présentes a également témoigné de ce qui suit à l'enquête publique du coroner, tel qu'il appert de ce témoignage produit comme **pièce P-12-i**:
 - a. La médication pour détresse respiratoire n'était pas toujours disponible pour soulager les patients en détresse; il lui a ainsi fallu trente (30) minutes pour trouver la médication nécessaire pour soulager un patient en détresse respiratoire;
 - b. 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;
 - c. Les admissions dans CHSLD se sont poursuivies jusqu'à la fin mars;
 - d. La zone rouge était mal organisée, étant composée de lits séparés par des

rideaux, sans lavabos;

- e. 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 sur son unité et a par la suite été testée positive;
- f. Il n'était pas possible de donner plus de quatre (4) litres d'oxygène aux résidents en raison de l'interdiction d'utiliser les ventimasks, laquelle interdiction découlait de l'absence de masques N-95 au sein du CHSLD;
- g. 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;

175. Une membre du personnel délestée, dont le nom est frappé d'un 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 produit comme **pièce P-12-e** :

- a. 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;
- b. 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;
- c. Le manque de personnel était significatif et elle n'avait pas le temps de donner les soins de base aux patients. Plus précisément:
 - I. Elle n'avait aucun temps pour mobiliser les patients et elle a constaté un déconditionnement significatif chez plusieurs patients;
 - II. Elle a constaté que des patients étaient probablement morts de déshydratation;
 - III. 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;

- IV. Les contentions étaient utilisées de façon généralisée et en violation du protocole d'isolement et de contention du CISSS;
 - V. Elle a dû contensionner 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;
 - VI. Une dame qu'elle a lavée s'est mise à pleurer, tellement elle était contente d'être enfin lavée;
 - VII. Le personnel ne détenait aucune information sur le profil d'autonomie ou les besoins des patients et les bracelets de patients sur l'unité prothétique étaient effacés;
176. 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 produite comme **pièce P-40-a**;
177. 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 produite comme **pièce P-40-b**;
178. Le personnel est également aux prises avec une pénurie d'équipement de protection, les obligeant à recourir à différentes solutions « maison » afin de se protéger;
179. 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;
180. Pendant cette période, la directive ministérielle concernant les transferts hospitaliers mentionnée au paragraphe 117 et produite comme **pièce P-26** a pour effet de rendre pratiquement impossible le transfert de patients du CHSLD Sainte- Dorothee requérant des soins aigus vers un milieu hospitalier, causant le décès de certains patients;
181. 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;
182. 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;

183. 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;
184. 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 produit au soutien des présentes comme **pièce P-41**;
185. 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;
186. 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;
187. Le 8 avril 2020, le DNSP, le docteur Horacio Arruda, annonce une enquête épidémiologique sur la propagation de la COVID-19 au CHSLD Ste-Dorothée;
188. 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, produit au soutien des présentes comme **pièce P-42**;
189. Le protocole mentionné au paragraphe précédent, 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;
190. Le protocole mentionné au paragraphe précédent est également élaboré de manière à limiter le temps requis par l'infirmière au chevet du patient pendant l'administration du protocole;
191. En raison d'une absence quasi systématique de médecins sur place au CHSLD Sainte-

Dorothee en avril 2020, le protocole de détresse respiratoire est le plus souvent prescrit téléphoniquement 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;

192. 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 produit comme **pièce P-43** :
 - a. Certains travailleurs présentant des symptômes compatibles avec la COVID-19 ont continué à travailler;
 - b. Des membres du personnel ont dû réaliser des interventions risquées auprès de patients infectés sans équipement de protection adéquat;
 - c. 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;
193. Le 16 avril 2020, le CHSLD Sainte-Dorothee compte 150 cas chez les résidents, soit 78% du nombre total de résidents, et 56 décès, en plus de 79 cas chez les employés;
194. 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;
195. En raison de la directive ministérielle mentionnée au paragraphe 117 des présentes, les transferts hospitaliers du CHSLD Sainte-Dorothee vers la Cité de la Santé sont très limités, voire inexistant, privant les résidents infectés de soins requis par leur état qui auraient pu leur être bénéfiques;
196. Les résidents du CHSLD Sainte-Dorothee ont également le droit, en vertu de la *Charte des droits et libertés de la personne*, à la vie, ainsi qu'à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté de leur personne;
197. Au terme de l'éclosion, 218 résidents du CHSLD Sainte-Dorothee 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;
198. 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-Dorothee pour faciliter le traitement sur place des personnes infectées;

199. Le 23 septembre 2020, le MSSS publie un rapport d'enquête intitulé *Rapport d'enquête sur l'écllosion 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-44**;

200. Le rapport d'enquête mentionné au paragraphe précédent émet les constats suivants:

- a. Stratégie nationale de préparation de pandémie inadéquate en ce qu'elle cible la préparation des hôpitaux au détriment des CHSLD;
- b. 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;
- c. 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;
- d. Pénurie criante d'équipements de protection individuels (ÉPI) et manque de formation du personnel en matière de port d'ÉPI;
- e. Systèmes de traitement d'information inadéquats ayant empêché les décideurs d'avoir accès à l'information complète quant à l'ampleur de l'écllosion et du manque de personnel;
- f. 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;
- g. Gouvernance déficiente caractérisée par l'absence de gestionnaires de niveaux supérieurs sur le terrain et la lourdeur générale du processus décisionnel;
- h. 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;

5) Infection et décès de madame Anna José Maquet

201. 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;

202. Madame Maquet résidait au CHSLD Sainte-Dorothée depuis le 1^{er} juillet 2014, après un transfert en provenance de l'Hôpital St-Mary;

203. Madame Maquet souffrait de dégénérescence maculaire et d'une perte de mobilité liée à son âge, mais elle conservait ses capacités cognitives;
204. 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;
205. Le 20 mars 2020, la sœur du demandeur, madame Nicole Daubois, est informée par le 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, produite au soutien des présentes comme **pièce P-45**;
206. 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;
207. Le 2 avril 2020, vers 18h00, madame Nicole Daubois communique avec sa mère et celle-ci lui assure qu'elle va bien;
208. Ce même jour, vers 20h00, le demandeur reçoit un appel d'un salarié du CISSS Laval temporairement réassigné aux communications, lequel lui indique que madame Maquet se porte bien;
209. Le 3 avril 2020, vers 6h40, madame Maquet s'étouffe alors qu'elle boit une bouteille d'eau gazéifiée et elle reçoit de l'oxygène, tel qu'il appert du dossier médical de madame Maquet produit comme **pièce P-46**;
210. Vers 8h00, 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*;
211. Vers 8h30, 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;
212. Vers 10h30, 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%;

213. Vers 11h00, la CEPI note que la patiente est toujours dyspnéique mais qu'elle se dit bien;
214. Vers 11h45, la docteure 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;
215. Ce même jour, vers 11h50, 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;
216. Vers 11h50, 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;
217. Vers 12h00, la CEPI effectue un prélèvement aux fins de dépister madame Maquet afin d'établir si elle est ou non atteinte de COVID-19;
218. Vers 12h45, 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*;
219. Vers 15h10, 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;
220. Vers 15h30, la CEPI administre la seconde dose du protocole de détresse respiratoire;
221. Ce même jour, le demandeur et sa sœur se rendent au CHSLD et obtiennent la permission de monter à la chambre de leur mère;
222. 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;
223. Ce même jour, vers 15h00, en présence du demandeur et de sa sœur, une infirmière prend le taux de saturation en oxygène de madame Maquet, lequel est à 42%;
224. Le demandeur et sa sœur, préoccupés par l'état de santé de leur mère, questionnent alors l'infirmière, qui leur indique qu'elle réfèrera leurs questions au médecin de garde;
225. 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;

226. Vers 15h30, 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;
227. Ce même jour, vers 20h08, le décès de madame Maquet est constaté;
228. 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;
229. 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* »;

6) Éclosions dans les autres CHSLD au Québec

230. 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;
231. Par la suite, tout au long de la pandémie, le MSSS met cette liste à jour de façon quotidienne, les statistiques finales des deux premières vagues de COVID-19 étant produites comme **pièces P-1 et P-2**;
232. 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-47**;
233. 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;

234. 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;
235. 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;
236. Le 19 août 2020, le MSSS publie le document « COVID-19 : Plan d'action pour une deuxième vague », **pièce P-48**, lequel comporte également un bilan de la gestion de la pandémie au Québec jusqu'à ce moment;
237. 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;
238. 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.
239. 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;
240. 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;
241. 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;
242. 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;
243. Le 10 décembre 2020, le Protecteur du citoyen publie un rapport d'étape de son enquête mentionnée au paragraphe 134 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-49**;
244. 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;

245. 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;

246. 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;

247. 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;

248. Le 23 novembre 2021, le Protecteur du citoyen publie le rapport final de son enquête mentionnée au paragraphe 134 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-50**;

249. 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;

7) Les reproches à l'encontre des défendeurs

250. Il appert de ce qui précède que les défendeurs ont fait preuve de négligence dans le cadre de la gestion de la pandémie de COVID-19 en lien avec les CHSLD publics du Québec entre le 13 mars 2020 et le 20 mars 2021;

251. Le demandeur est en droit de réclamer au bénéfice des membres du groupe tous les dommages ayant directement résulté de la conduite fautive et négligente des défendeurs dans le cadre de la gestion de la pandémie de COVID-19;

252. De façon générale, la responsabilité du PGQ, ès-qualité de représentant du Ministre et du

DNSP, est recherchée notamment pour les motifs suivants :

- 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-5**, 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-5**, 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 empêché d'adopter une approche de gestion de crise;
- f. Ils ont fautivement et négligemment omis d'activer le plan de 2006, **pièce P-5**, en temps opportun dans les premières phases de la pandémie de COVID-19;
 - i. 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;
 - ii. Ils ont fautivement et négligemment omis de former le personnel de la santé en matière de port d'équipement de protection individuel;
 - iii. 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;
 - iv. 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;

- v. 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 des droits et libertés de la personne* 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 des droits et libertés de la personne*, 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 des droits et libertés de la personne*, 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 palier, 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 précédent, 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 des droits et libertés*;
- m. Ils ont commis des fautes donnant ouverture à des dommages exemplaires en vertu de la *Charte des droits et libertés de la personne du Québec*;

253. De façon générale, la responsabilité du CISSS Laval, défenderesse aux présentes, est recherchée notamment pour les motifs suivants :

- a. Il est un établissement de santé au sens de la *Loi sur les services de santé et services sociaux*;
- 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 mentionnée au paragraphe 114 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 mentionnée au paragraphe 114 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 des droits et libertés de la personne*, 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 ventimasks 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 des droits et libertés de la personne*;
- 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 exemplaires en vertu de la *Charte des droits et libertés de la personne*;

254. De façon générale, la responsabilité des CISSS et CIUSSS défendeurs aux présentes, est recherchée pour les motifs suivants :

- a. Ils sont des établissements de santé au sens de la *Loi sur les services de santé et services sociaux*;
- 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'INSPQ en matière de prévention et contrôle des infections, et plus spécifiquement les directives relatives :
 - I. À la délimitation des zones chaudes, tièdes et froides;
 - II. Au port de l'équipement de protection individuelle;
 - III. Aux règles en matière d'exclusion d'employés symptomatiques ou à risque;
- h. Ils ont fautivement et négligemment omis d'appliquer les directives mentionnées au paragraphe précédent, donnant lieu à des éclosions de COVID-19 et à leur aggravation 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 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;
- k. Ils ont commis des fautes donnant ouverture à des dommages exemplaires en vertu de la *Charte des droits et libertés de la personne*;

8) Les dommages compensatoires

255. 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;
256. 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 5347 morts dans les CHSLD entre le 13 mars 2020 et le 20 mars 2021;

257. Les membres du Groupe sont en droit de réclamer un dédommagement pour tous les préjudices physiques et moraux causés ces fautes des défendeurs;
258. En raison de la conduite fautive et négligente des défendeurs dans leur réponse à la pandémie de COVID-19, les résidents des CHSLD membres du Groupe ont subi et 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 défendeurs, de la mauvaise gestion de la pandémie par les défendeurs 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 qu'ils ont reçu pendant cette période, ceci découlant des directives fautives et négligentes adoptées par les défendeurs, de la mauvaise gestion de la pandémie par les défendeurs et de la pénurie de personnel causée par la pandémie;
 - e. Ils éprouvent beaucoup d'angoisse, 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 qu'ils ont reçu 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 défendeurs 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 5347 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;

259. En raison des fautes des défendeurs, 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 défendeurs, 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 auxquels ils ont eu droit, 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 défendeurs, leurs proches ne se seraient pas retrouvés dans une telle situation;

260. Les héritiers et ayants droit des personnes décédées pourront réclamer, 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;

9) Les dommages exemplaires

261. 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*;

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

263. 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;

264. 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-5**;
- c) L'omission d'activer le plan de 2006, produit au soutien des présentes comme **pièce P-5**, en temps opportun dans les premières phases de la pandémie de COVID-19;
- d) L'omission de planifier un approvisionnement suffisant d'EPI, de former le personnel de la santé en matière de port d'EPI, 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 évités 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;

265. 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 EPI 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 ventimasks;
- 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;

266. 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 EPI 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;

10) Les questions communes

267. Les questions de fait et de droit qui seront traitées collectivement ont été identifiées comme suit dans le jugement du 22 janvier 2024

- 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 du CcQ, de la LSSSS et à 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. 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?
- d. 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?
- e. 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?
- f. 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?
- g. Les fautes commises par les défendeurs 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 défendeurs?
- i. 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?
- j. Les fautes des défendeurs donnent-elles ouverture à des dommages exemplaires pour les résidents des CHSLD? Si oui, quel est le quantum?

268. La présente demande est bien fondée en faits et en droit;

POUR CES MOTIFS, PLAISE À LA COUR :

ACCUEILLIR l'action collective de votre 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 verser à chacun des membres du Groupe, en réparation de tous les dommages et intérêts subis par ces derniers, selon les paramètres suivants :

○ **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 défendeurs :
- 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 défendeurs;
- 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 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;
- **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;

CONDAMNER les défendeurs à payer au demandeur et aux membres du groupe la somme de dix millions de dollars (10 000 000 \$) en dommages exemplaires;

CONDAMNER les défendeurs à payer les intérêts au taux légal sur lesdites sommes, plus l'indemnité additionnelle prévue au *Code civil du Québec* 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 pour 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;

Montréal, le 22 avril 2024



Me Patrick Martin Ménard

MÉNARD, MARTIN, AVOCATS

4950, rue Hochelaga, Montréal (Québec) H1V 1E8

Tél. : (514) 253-8044 / Téléc. : (514) 253-9404

Toute notification par courriel doit être adressée
uniquement à :

notification@menardmartinavocats.com

Avocats du demandeur

Notre dossier : 33 283 (PMM)

AVIS D'ASSIGNATION
(articles 145 et suivants C.p.c.)

Dépôt d'une demande en justice

Prenez avis que la partie demanderesse a déposé au greffe de la Cour Supérieure (Chambre des actions collectives) du district judiciaire de Montréal la présente ***Demande introductive d'instance en action collective.***

Réponse à cette demande

Vous devez répondre à cette demande par écrit, personnellement ou par avocat, au palais de justice de Montréal situé au 1, rue Notre-Dame Est, Montréal, Québec, H2Y 1B6 dans les 15 jours de la signification de la présente demande ou, si vous n'avez ni domicile, ni résidence, ni établissement au Québec, dans les 30 jours de celle-ci. Cette réponse doit être notifiée à l'avocat du demandeur ou, si ce dernier n'est pas représenté, au demandeur lui-même.

Défaut de répondre

Si vous ne répondez pas dans le délai prévu, de 15 ou de 30 jours, selon le cas, un jugement par défaut pourra être rendu contre vous sans autre avis dès l'expiration de ce délai et vous pourriez, selon les circonstances, être tenu au paiement des frais de justice.

Contenu de la réponse

Dans votre réponse, vous devez indiquer votre intention, soit :

- de convenir du règlement de l'affaire ;
- de proposer une médiation pour résoudre le différend ;
- de contester cette demande et, dans les cas requis par le Code, d'établir à cette fin, en coopération avec le demandeur, le protocole qui régira le déroulement de l'instance. Ce protocole devra être déposé au greffe de la Cour du district mentionné plus haut dans les 45 jours de la signification du présent avis ou, en matière familiale, ou, si vous n'avez ni domicile, ni résidence, ni établissement au Québec, dans les trois mois de cette signification ;
- de proposer la tenue d'une conférence de règlement à l'amiable.

Cette réponse doit mentionner vos coordonnées et, si vous êtes représenté par un avocat, le nom de celui-ci et ses coordonnées.

Changement de district judiciaire

Vous pouvez demander au tribunal le renvoi de cette demande introductive d'instance dans le district où est situé votre domicile ou, à défaut, votre résidence ou, le domicile que vous avez élu ou convenu avec le demandeur.

Si la demande porte sur un contrat de travail, de consommation ou d'assurance ou sur l'exercice d'un droit hypothécaire sur l'immeuble vous servant de résidence principale et que vous êtes le consommateur, le salarié, l'assuré, le bénéficiaire du contrat d'assurance ou le débiteur hypothécaire, vous pouvez demander ce renvoi dans le district où est situé votre domicile ou votre résidence ou cet immeuble ou encore le lieu du sinistre. Vous présentez cette demande au greffier spécial du district territorialement compétent après l'avoir notifiée aux autres parties et au greffe du tribunal qui en était déjà saisi.

Transfert de la demande à la Division des petites créances

Si vous avez la capacité d'agir comme demandeur suivant les règles relatives au recouvrement des petites créances, vous pouvez également communiquer avec le greffier du tribunal pour que cette demande soit traitée selon ces règles. Si vous faites cette demande, les frais de justice du demandeur ne pourront alors excéder le montant des frais prévus pour le recouvrement des petites créances.

Convocation à une conférence de gestion

Dans les 20 jours suivant le dépôt du protocole mentionné plus haut, le tribunal pourra vous convoquer à une conférence de gestion en vue d'assurer le bon déroulement de l'instance. À défaut, ce protocole sera présumé accepté.

Pièces au soutien de la demande

Au soutien de sa demande introductive d'instance, la partie demanderesse invoque les pièces suivantes :

- P-1** Tableau du nombre de cas et décès par installation entre le 27 février 2020 et le 11 juillet 2020 (première vague), tel que communiqué par les défendeurs en date du 16 mai 2021 ;

- P-2** Tableau du nombre de cas et décès par installation entre le 23 août 2020 et le 20 mars 2021 (deuxième vague), tel que communiqué par les défendeurs en date du 16 mai 2021

- P-3** Document publié par l'OMS en avril 1999 et intitulé *Influenza Pandemic Plan. The Role of WHO and Guidelines for National and Regional Planning*
- P-4** Guide publié par l'OMS en 2005 et intitulé *WHO global influenza preparedness plan*;
- P-5** Guide publié en 2006 par le MSSS du Québec et intitulé *Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza – mission santé*;
- P-6** Guide publié par le MSSS du Québec avec mises à jour mineures en date de 2008 et intitulé *Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza – mission santé* ;
- P-7** Document publié par l'OMS en 2009 et intitulé *Pandemic Influenza preparedness and response*,
- P-8** Document publié par l'OMS en 2013 et intitulé *Pandemic Influenza Risk Management WHO Interim Guidance*;
- P-9** Document publié par l'OMS en 2017 et 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*;
- P-10** Procès-verbal de la réunion du Comité de gestion du réseau de la santé du Québec du 15 janvier 2020;
- P-11** Procès-verbal de la réunion du Comité de gestion du réseau de la santé du Québec du 22 janvier 2020;
- P-12** Enregistrements audio de témoignages à l'enquête publique de la coroner Géhane Kamel;
- P-12-a** : Témoignage du docteur Horacio Arruda, directeur national de la santé publique;
- P-12-b** : Témoignage de monsieur Yvan Gendron, sous-ministre de la Santé et des Services sociaux;
- P-12-c** : Témoignage de madame Danielle McCann, ministre de la Santé et des Services sociaux;

P-12-d : Témoignage de monsieur Luc Desbiens, sous-ministre adjoint à la direction des infrastructures, de la logistique, des équipements et de l’approvisionnement;

P-12-e : Témoignage d’une membre du personnel délestée au CHSLD Sainte-Dorothée pendant la première vague, dont le nom est frappé d’un interdit de publication;

P-12-f : Témoignage du docteur Vinh-Kim Nguyen, urgentologue;

P-12-g : Témoignage de madame Marguerite Blais, ministre des Aînés et des Proches aidants;

P-12-h : Témoignage d’une infirmière-chef au CHSLD Sainte-Dorothée dont le nom est frappé d’un interdit de publication;

P-12-i : Témoignage d’une infirmière au CHSLD Sainte-Dorothée dont le nom est frappé d’un interdit de publication;

P-12-j : Témoignage de madame Julie Huard, chef de service en prévention et contrôle des infections au CISSS Laval;

P-13 Article du New England Journal of Medicine publié en ligne le 30 janvier 2020 et sur papier dans l’édition du 5 mars 2020, intitulé « Transmission of 2019-nCoV Infection from an Asymptomatic Contact in Germany » ;

P-14 Procès-verbal de la réunion du Comité de gestion du réseau de la santé du Québec du 19 février 2020;

P-15 Procès-verbal de la réunion du Comité de gestion du réseau de la santé du Québec du 26 février 2020;

P-16 Lettre rédigée par monsieur Yvan Gendron, sous-ministre de la Santé et des services sociaux, adressée aux directions des établissements publics de santé et de services sociaux, en date du 3 mars 2020, concernant la préparation à la pandémie;

P-17 Procès-verbal de la réunion du Comité de gestion du réseau de la santé du Québec du 9 mars 2020;

P-18 Courriel en date du 13 mars 2020 rédigé par monsieur Vincent Vermandèle, coordonnateur de l’équipe ministérielle de sécurité civile et responsable de la mission Santé au plan national de sécurité civile, adressé aux directions des établissements publics de santé et services sociaux ;

- P-19** Annexe COVID-19 au Plan actualisé de lutte contre une pandémie d'influenza-mission santé de 2006, du MSSS, daté du 16 mars 2020 ;
- P-20** Annexe COVID-19 au Plan actualisé de lutte contre une pandémie d'influenza-mission santé de 2006, du MSSS, daté du 31 mars 2020 ;
- P-21** 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 ;
- P-22** Lettre rédigée par monsieur Yvan Gendron, sous-ministre de la Santé et des Services sociaux, en date du 15 mars 2020 concernant la directive d'interdiction des visites non essentielles ;
- P-23** Directives du MSSS aux CHSLD en date du 16 mars 2020;
- P-24** Directives du MSSS aux CHSLD en date du 21 mars 2020;
- P-25** Document du MSSS du Québec daté du 20 mars 2020 et intitulé « Note d'information – Coronavirus. Stratégie d'approvisionnement. »
- P-26** Directive publiée le 22 mars 2020 sur le site internet du MSSS concernant le transfert hospitalier des patients de CHSLD;
- P-27** Directive publiée sur le site internet du MSSS le 23 mars 2020 quant aux hospitalisations pendant la période de la pandémie;
- P-28** Arrêté ministériel numéro 2020-009 daté du 23 mars 2020 ;
- P-29** Directives du MSSS aux CHSLD en date du 25 mars 2020;
- P-30** Document intitulé publié le 3 avril 2020 par l'INSPQ et intitulé *Port du masque de procédure en milieu de soins lors d'une transmission communautaire soutenue*;
- P-31** Directives du MSSS aux CHSLD en date du 11 avril 2020;
- P-32** Directives du MSSS aux CHSLD en date du 11 mai 2020;
- P-33** Article de Radio-Canada, publié le 2 février 2022, intitulé « *Des médecins en soins palliatifs inquiets de dosages « potentiellement excessifs »* » ;
- P-34** Directives du MSSS aux CHSLD en date du 18 juin 2020;

- P-35** Annexe COVID-19 au Plan actualisé de lutte contre une pandémie d'influenza-mission santé de 2006, du MSSS, version finale datée du 23 juin 2020 ;
- P-36** Courriel de madame Marie-Hélène Brousseau, chef de service relations de travail et liste de rappel du CISSS Laval, daté du 24 mars 2020 ;
- P-37** Courriel d'une employée anonyme en au docteur Olivier Haeck, officier du service de prévention et contrôle des infections au CISSS Laval, daté du 2 avril 2020 ;
- P-38** Courriel d'une employée anonyme en au docteur Olivier Haeck, officier du service de prévention et contrôle des infections au CISSS Laval, daté du 4 avril 2020 ;
- P-39** Déclaration de France Choquette à l'enquêteur Frédéric Losier, de la Sûreté du Québec, en date du 8 avril 2021 ;
- P-40** Grilles d'inspection du CHSLD Sainte-Dorothée par le MSSS, en liasse;
- P-41** Échange de courriels entre la docteur Thérèse Nguyen, médecin de famille, et le docteur Olivier Haeck, officier du service de prévention et contrôle des infections au CISSS Laval, en date du 4 avril 2020 ;
- P-42** Document rédigé par la docteur Marjorie Tremblay, médecin de famille, en date du 9 avril 2020 et 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* » ;
- P-43** Rapport d'intervention de la CNESST daté du 12 avril 2020;
- P-44** Rapport d'enquête du MSSS rédigé par monsieur Yves Benoit en date du 23 septembre 2020 et intitulé « *Rapport d'enquête sur l'écllosion de la COVID-19 au Centre d'hébergement et de soins de longue durée Sainte-Dorothée* »;
- P-45** Déclaration de Nicole Daubois à l'enquêteur Frédéric Losier, de la Sûreté du Québec, en date du 24 juin 2021 ;
- P-46** Dossier médical complet et intégral de madame Anna-José Maquet auprès du CHSLD Sainte-Dorothée (**sous scellés**);
- P-47** Rapport des Forces armées canadiennes relativement aux observations notées suivant leur premier mois de déploiement dans 25 CHSLD en écloison, rendu public le 27 mai 2020;

- P-48** Document publié par le MSSS en août 2020 et intitulé « *COVID-19 : Plan d'action pour une deuxième vague* »;
- P-49** Rapport spécial du Protecteur du citoyen, daté du 10 décembre 2020, intitulé *Rapport d'étape du Protecteur du citoyen. La COVID-19 dans les CHSLD durant la première vague de la pandémie* ;
- P-50** 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* » ;

Ces pièces sont disponibles sur demande.

Demande accompagnée d'un avis de présentation

S'il s'agit d'une demande présentée en cours d'instance ou d'une demande visée par les Livres III, V, à l'exception de celles portant sur les matières familiales mentionnées à l'article 409, ou VI du Code, la préparation d'un protocole de l'instance n'est pas requise ; toutefois, une telle demande doit être accompagnée d'un avis indiquant la date et l'heure de sa présentation.

N° 500-06-001062-203

**COUR SUPÉRIEURE
(Chambre Action collective)
DISTRICT DE MONTRÉAL**

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

Demandeur,

c.

**CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES
SOCIAUX DE LAVAL,**

-et-

PROCUREURS GÉNÉRAL DU QUÉBEC, ès-qualités de
représentant du **MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX ET DU DIRECTEUR NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE,**

-et-

**CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES
SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE-CENTRE,**

-ET-

AL

Défendeurs

**DEMANDE INTRODUCTIVE D'INSTANCE EN ACTION
COLLECTIVE (Art. 571 et ss. C.p.c.)**

ORIGINAL

Me Patrick Martin-Ménard

N/D : 33283

martinmenardp@menardmartinavocats.com

BM 1315

**Ménard
Martin**
Avocats

4950, rue Hochelaga, Montréal (Québec) H1V 1E8
TÉL. : (514) 253-8044 + TÉLÉC. : (514) 253-9404
Notifications : notification@menardmartinavocats.com

Domiciles élus :

700-407, St-Laurent, Montréal (Québec) H2V 2Y5
800, boul. des Capucins, Québec (Québec) G1J 3R8