

C A N A D A

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 D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE SAINTE-DOROTHÉE, installation du Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval située au 350, boulevard Samson Ouest, dans la ville et le district de Laval, province de Québec, H7X 1J4

-et-

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

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

-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-CENTRE
HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE**,
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 L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE, personne morale de droit public, légalement constituée et ayant son siège au 1, 9e avenue, Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9

-et-

CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA GASPÉSIE, personne morale de droit public, légalement constituée et ayant son siège au 215, boulevard de York Ouest, Gaspé (Québec) G4X 2W2

-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

Défendeurs

**DEMANDE INTRODUCTIVE D'INSTANCE EN AUTORISATION D'EXERCER UNE ACTION
COLLECTIVE ET POUR OBTENIR LE STATUT DE REPRÉSENTANT
MODIFIÉE EN DATE DU 30 AOÛT 2021
(Art. 574 et 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. Votre demandeur désire exercer une action collective contre les défendeurs, pour le compte des personnes physiques faisant partie du Groupe à savoir :

« Toute personne ayant résidé dans un CHSLD public où un ou des résidents ont été infectés à la COVID-19 à tout moment à partir du 13 mars 2020, 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. »

ci-après désignés : « Le Groupe »

A. LES PARTIES

2. 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;
3. 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 (CHSLD Sainte-Dorothée), qui comptait 192 résidents au moment des événements en litige;
 - 3.1 Les défendeurs CISSS et CIUSSS sont les établissements de santé du Québec dont font partie les CHSLD publics ayant présenté des cas de COVID-19 du 13 mars 2020 au jour des présentes, selon l'information publiquement disponible;
 - 3.2 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);
 - 3.3 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 dans l'exercice de leurs responsabilités en santé publique;

- 3.4 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;
4. En tant que centres d'hébergement et de soins de longue durée, 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* »;
5. Les établissements, en vertu de l'article 100 de la LSSSS, ont la mission « *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 (...)* »
6. Les résidents des CHSLD ont, en vertu 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;
7. Les résidents des CHSLD 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;
8. Malgré ce qui précède, les résidents des CHSLD ont été, à partir du 13 mars 2020, traités de façon fautive, négligente et non sécuritaire, tel qu'il sera plus amplement démontré à l'instance;

B. LES FAITS

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

- 8.1 En avril 1999, l'Organisation mondiale de la santé (ci-après l'**OMS**) publie les premières normes en matière de prévention et de gestion de pandémie dans un document intitulé *Influenza Pandemic Plan. The Role of WHO and Guidelines for National and Regional Planning*, produit au soutien des présentes comme **pièce P-5**;

- 8.2 Du 16 novembre 2002 au 19 mai 2004, une épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère, une maladie émergente causée par le coronavirus SARS-CoV, infecte 8096 personnes et fait 774 morts dans 29 pays;
- 8.3 En 2005, l’OMS publie le guide *WHO global influenza preparedness plan*, produit au soutien des présentes comme **pièce P-6**;
- 8.4 En 2006, le MSSS du Québec publie le *Plan québécois de lutte à une pandémie d’influenza – mission santé* (ci-après le « **plan de 2006** »), produit au soutien des présentes comme **pièce P-7**, en s’appuyant sur les normes de l’OMS mentionnées au paragraphe précédent;
- 8.5 Le plan mentionné au paragraphe précédent prévoit 24 actions à entreprendre sur 6 phases de pandémie divisées en 3 périodes, soit : (1) la période interpandémique, partant du moment où il est constaté qu’un virus animal cause un risque pour un humain; (2) la période d’alerte pandémique, partant du moment où une première infection humaine est constatée; (3) la période pandémique, partant du moment où une transmission soutenue est observée dans la population;
- 8.6 Les 24 actions au plan québécois de pandémie incluent :
- a. Une vigie et une surveillance épidémiologique à chaque phase de la pandémie;
 - b. L’adoption de mesures de prévention et contrôle des infections propres à la pandémie;
 - c. La mise en place de mesures de santé publique;
 - d. La valorisation des soins à domicile, uniquement dans la mesure où les gens vulnérables à domicile sont adéquatement desservis;
 - e. Un soutien aux aidants naturels pour favoriser le maintien des personnes vulnérables à domicile;
 - f. Une adaptation de la prestation de soins au contexte pandémique;
 - g. Une coordination des services psychosociaux;
 - h. Un repérage des clientèles, dont les personnes les plus vulnérables;
 - i. Une offre de services adaptée à la situation;

- j. Une structure d'informations rapides à l'ensemble du réseau de la santé;
 - k. Une structure permettant une information claire, rapide et mobilisatrice à la population;
 - l. Des mesures de gestion des mouvements et pénuries de main-d'œuvre, incluant un recrutement de main-d'œuvre additionnelle;
 - m. Des mesures de gestion de l'approvisionnement en médicaments, fournitures et équipements, devant être entreposés adéquatement et distribués en priorité selon la population et les groupes prioritaires;
 - n. La mise en place d'un système automatisé pour permettre une consultation des données en temps réel et une analyse intégrée de tous les indicateurs requis pour soutenir l'intervention à chaque phase du plan de pandémie;
- 8.6.1 En 2007 et 2008, le plan mentionné au paragraphe précédent fait l'objet de mises à jour mineures, tel qu'il appert du *Plan gouvernemental en cas de pandémie d'influenza* daté du 12 février 2008 produit au soutien des présentes comme **pièce P-19**;
- 8.7 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;
- 8.8 En 2009, l'OMS met à jour les normes mentionnées au paragraphe 8.3 et publie un document intitulé *Pandemic Influenza preparedness and response*, produit au soutien des présentes comme **pièce P-8**;
- 8.9 En 2013, l'OMS met à jour les normes mentionnées au paragraphe précédent et produit un document intitulé *Pandemic Influenza Risk Management WHO Interim Guidance*, produit au soutien des présentes comme **pièce P-9**;
- 8.10 En 2017, l'OMS met à jour les normes mentionnées au paragraphe précédent et publie un document intitulé *Gestion des risques de pandémie de grippe. Guide de l'OMS pour prise de décisions éclairées et harmonisation, à l'échelle nationale et internationale, de la préparation et la réponse en cas de grippe pandémique*, produit au soutien des présentes comme **pièce P-10**;
- 8.11 De 2008 à ce jour, 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;

- 8.12 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;
- 8.13 À partir de 2015, le gouvernement québécois omet 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;

1) Évolution de la pandémie COVID-19

9. Le 30 décembre 2019, les autorités municipales de la ville de Wuhan, en Chine, révèlent l'existence d'une pneumonie d'origine inconnue;
10. Le 2 janvier 2020, le virus est isolé en laboratoire et reçoit la désignation 2019-nCov;
- 10.1 Le 6 janvier 2020, le virus fait l'objet d'un premier article détaillé dans le *New York Times*, lequel mentionne qu'il s'agit probablement d'un virus d'origine animale causant des risques pour les humains;
11. Le 10 janvier 2020, le séquençage ADN du virus est partagé publiquement par une équipe de chercheurs chinois;
12. Le 20 janvier 2020, la Commission nationale de la santé de la Chine confirme que le nouveau coronavirus est transmissible d'humain à humain;
- 12.1 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;
- 12.2 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;
- 12.3 Au terme du confinement, 712 passagers contractent le nouveau coronavirus et 14 en décèdent;
- 12.4 L'éclosion de COVID-19 à bord du *Diamond Princess* amène une prise de conscience mondiale quant au haut niveau de contagion et à la virulence de ce nouveau virus;

13. 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;
14. Le 23 janvier 2020, la ville de Wuhan est placée en quarantaine;
15. Le 26 janvier 2020, le premier cas présumé de nouveau coronavirus est identifié au Canada;
- 15.1 Le 30 janvier 2020, l'OMS déclare que le nouveau coronavirus constitue une urgence sanitaire de portée mondiale;
16. 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;
- 16.1 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;
17. Le 11 février 2020, l'OMS donne à la maladie à coronavirus le nom de COVID-19;
- 17.1 Le 21 février 2020, le docteur Ghebreyesus souligne en point de presse que la fenêtre d'opportunité mentionnée au paragraphe 16.1 en est à se refermer;
18. Le 28 février 2020, un premier cas suspecté de COVID-19 est annoncé au Québec;
- 18.1 Ce même jour, 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;
- 18.2 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;
- 18.3 L'éclosion du Life Care Center représente la première éclosion majeure dans une résidence pour personnes âgées en Amérique du Nord;
19. Le 11 mars 2020, l'OMS déclare que la propagation de la COVID-19 représente une pandémie;

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

- 19.1 Le 6 janvier 2020, le monde entre en seconde phase interpandémique au sens du plan de l'OMS repris par le MSSS dans le plan de 2006, suite à l'apparition d'un nouveau coronavirus d'origine animale probable présentant des risques de transmission interhumaine;
- 19.1.1 Le 15 janvier 2020, le Comité de gestion du réseau de la santé du Québec se réunit pour faire le point sur les dossiers importants de l'année à venir et faire les suivis des priorités de l'année qui se termine, en présence notamment du directeur national de santé publique, le docteur Horacio Arruda. Le nouveau virus n'est pas discuté lors de cette rencontre, tel qu'il appert de l'ouvrage *Le printemps le plus long* par le journaliste Alec Castonguay, produit comme **pièce P-22, à la page 52**;
- 19.2 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;
- 19.2.1 Ce même jour, le Comité de gestion du réseau de la santé du Québec se réunit pour faire le point sur le nouveau coronavirus. Lors de cette réunion, l'activation du plan de 2006 n'est fautive et négligemment pas évoquée, tel qu'il appert de la **pièce P-22, à la page 57**;
- 19.3 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;
- 19.3.1 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;
- 19.3.2 Ce même jour, l'Organisation de la sécurité civile du Québec (OSCO) tient une première réunion visant à faire le point sur le nouveau coronavirus. Suite à cette réunion d'une durée d'environ 30 minutes, madame Marie-Pier Langelier envoie un courriel à monsieur Yves Ouellet, secrétaire général et greffier du Conseil exécutif, pour lui dresser un compte-rendu de cette réunion. Dans ce courriel, elle l'informe qu'il n'y a « rien à signaler de majeur à ce stade » et qu'« on peut s'attendre à ce qu'il y ait des cas au Québec, pas impossible, mais mortalité de 4% chez les personnes avec d'autres facteurs de risque et pas de catastrophe épidémique », tel qu'il appert de la **pièce P-22, à la page 66**;
- 19.3.3 Le 29 janvier 2020, le sous-ministre Yvan Gendron envoie à madame Danielle McCann, ministre de la Santé et des Services sociaux, un document intitulé « *État de la situation – Nouveau coronavirus à Wuhan en Chine* » mentionnant notamment que « le risque est évalué par l'OMS comme étant très élevé pour la

Chine, élevé au niveau régional et élevé au niveau mondial. Le risque global pour les Canadiens demeure faible », tel qu'il appert de la **pièce P-22, à la page 68;**

19.3.4 Dans le document mentionné au paragraphe précédent, le bureau du sous-ministre se livre à une évaluation des réserves d'équipement de protection individuelle (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 », tel qu'il appert de la **pièce P-22, à la page 68;**

19.3.5 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 la plupart des établissements de santé ne possédaient que peu ou pas de réserves, tel qu'il appert de la **pièce P-22, à la page 69;**

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

19.3.7 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;

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

19.5 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 8500 décès, tout en générant une pénurie de personnel liée à un taux d'absentéisme de 30 à 35% des employés du système de santé;

19.6 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;

- 19.7 Le 10 février 2020, une « *équipe chargée de surveiller, planifier et coordonner une réponse* » mise en place par le MSSS débuta la mise à jour du plan de 2006 pour en faire un plan à 28 points, cette mise à jour n'étant pas publiée à ce moment, tel qu'il appert du document « *COVID-19 : Plan d'action pour une deuxième vague* » (ci-après le « Plan deuxième vague »), produit au soutien des présentes comme **pièce P-11**;
- 19.7.1 Le 19 février 2020, le sujet du nouveau coronavirus est ajouté à l'ordre du jour du Comité de gestion du réseau de la santé à la dernière minute. Lors de cette réunion, « l'enjeu relatif à la pénurie de masques chirurgicaux de type N95 » est discuté pour la première fois, tel qu'il appert de la pièce P-22, à la page 100;
- 19.7.2 Lors de la réunion mentionnée au paragraphe précédent, la sous-ministre adjointe, Lucie Opatrny, mentionne à ces 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 de la pièce P-22, à la page 100;
- 19.7.3 Lors de la réunion mentionnée au paragraphe précédent, le docteur Arruda mentionne un grand nombre d'éclosions de grippe saisonnière dans les CHSLD mais n'évoque pas le risque que pourrait présenter le nouveau coronavirus pour cette population, tel qu'il appert de la pièce P-22, à la page 99;
- 19.7.4 Le 21 février 2020, Sigma Santé, un organisme sans but lucratif mandaté par le MSSS pour négocier et acheter du matériel médical au nom du gouvernement, publie un avis de contrat sans appel d'offres pour motif de « situation d'urgence où la sécurité des personnes ou des biens est en cause », lequel avis mentionne notamment que « Les établissements de la santé du Québec ainsi que les premiers répondants n'ont plus de stock. L'acquisition des masques doit se faire le plus rapidement possible sous peine de les perdre au profit d'un autre acheteur dans le monde », tel qu'il appert de la pièce P-22, à la page 101;
- 19.7.5 Les démarches de Sigma Santé mentionnées au paragraphe précédent permettent la livraison de 600 000 masques N95, quantité nettement insuffisante pour faire face à la première vague de COVID-19, tel qu'il appert de la pièce P-22, à la page 101;
- 19.8 Ce n'est qu'au moment où « *le cap des 100 000 cas confirmés dans le monde est atteint* », correspondant au 6 mars 2020, qu'une cellule de crise pilotée par le Premier ministre du Québec est mise en place, tel qu'il appert du « Plan deuxième vague », **pièce P-11**;

- 19.9 Ce n'est que suite à la déclaration de pandémie de l'OMS le 11 mars 2020 que le MSSS et le DNSP activent le plan de 2006, la mise à jour de ce plan n'étant toujours pas publiée à ce moment, tel qu'il appert de la pièce P-22, à la page 95;
20. Le 9 mars 2020, le gouvernement du Québec ouvre trois cliniques de dépistage de COVID-19;
- 20.1 Le 10 mars 2020, une cellule de crise est mise en place au sein du gouvernement du Québec et d'importantes mesures de protection sont mises en place autour de l'équipe du premier ministre, incluant l'envoi en télétravail de la majorité de son équipe, à l'exception d'une garde rapprochée ayant comme mot d'ordre de limiter au maximum les contacts avec l'extérieur, tel qu'il appert de la pièce P-22, à la page 125;
- 20.2 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 7000 des 18 000 lits d'hôpitaux du système de santé dans un délai de 10 jours pour faire face à la première vague anticipée de COVID-19, tel qu'il appert de la pièce P-22, à la page 139;
- 20.3 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 2000 personnes âgées sont transférées des milieux hospitaliers vers les CHSLD en mars et avril 2020, tel qu'il appert de la pièce P-22, à la page 141;
- 20.4 En appliquant le plan de délestage mentionné au paragraphe précédent, la sous-ministre Rosebush omet fautivement et négligemment de prendre en compte les données scientifiques connues depuis le 30 janvier 2020 et évoquées par l'INSPQ depuis le 8 février 2020 indiquant l'existence d'une transmission de la COVID-19 en provenance de patients asymptomatiques, tel qu'il appert de la pièce P-22, à la page 142;
- 20.5 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 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;
21. 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* »;

22. 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 quatre reprises depuis;
23. 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;
 - 23.1 La restriction 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;
 - 23.2 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;
 - 23.3 En raison de la négligence du MSSS, à partir du 14 mars 2020, de nombreux résidents de CHSLD meurent de faim, de soif ou d'un déconditionnement 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 et le personnel, déjà en pénurie avant la pandémie, s'absentait en grand nombre en raison d'infections à la COVID-19;
 - 23.3.1 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;
 - 23.4 Le 14 mars 2020, le *Journal de Montréal* publie un article présentant le plan de 2006, sans faire référence aux mises à jour de ce plan mentionnées au paragraphe 19.7 des présentes, et précisant que « *certaines* [des 24 mesures du plan de 2006] *sont déjà en place depuis quelques jours. D'autres mesures pourraient ne jamais*

être déployées ou encore être remises à plus tard (...) », tel qu'il appert de l'article produit au soutien des présences comme **pièce P-12**;

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

23.6 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 Lucie Opatrny, cette liste n'incluant cependant aucun sous-comité sous les CHSLD, tel qu'il appert de la **pièce P-22, à la page 170**;

24. 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-1.0** et de la directive mise à jour en date du 21 mars 2020 produite comme **pièce P-1.1**;

24.0 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-24**;

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

24.2 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. »*

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

« Soins palliatifs et CHSLD

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

25. Le 25 mars 2020, la directive mentionnée au paragraphe 24 est mise à jour et précise que les CHSLD en éclosion doivent prévoir une « zone chaude » où sont

- localisés les cas confirmés ou suspectés et une « zone froide » où sont localisées les personnes asymptomatiques, ces deux zones faisant l'objet de mesures de séparation physique, tel qu'il appert de la directive mise à jour en date du 25 mars 2020 produite comme **pièce P-2**;
- 25.1 Le 3 avril 2020, l'*Institut national de santé publique du Québec* (ci-après l'**INSPQ**) publie un document intitulé *Port du masque de procédure en milieux de soins lors d'une transmission communautaire soutenue*, produit au soutien des présentes comme **pièce P-15**, élaborant les mesures de protection à mettre en place dans les régions où une transmission communautaire soutenue est documentée, incluant : « *Que tous les travailleurs de la santé (hôpitaux, cliniques médicales, 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* »;
- 25.2 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;
- 25.3 Le 11 avril 2020, la directive mentionnée au paragraphe 25 est mise à jour, cette mise à jour étant produite au soutien des présentes comme **pièce P-1.2**, celle-ci incluant :
- a. Assurer la présence d'équipes de prévention et de contrôle des infections dans chaque CHSLD présentant des cas soupçonnés, sous enquête ou confirmés;
 - b. Dépistage systématique des employés avant chaque quart de travail;
 - c. Prise des mesures nécessaires pour assurer que la prévention et le contrôle des infections soient respectés en tout temps par toute personne dans le milieu de vie;
 - d. Formation rapide de l'ensemble du personnel sur les mesures de prévention et de contrôle des infections, incluant le lavage de mains et l'usage d'équipement de protection individuel;
- 25.4 Le 14 avril 2020, confronté à une pénurie de personnel, le premier ministre du Québec, monsieur François Legault, fait appel aux Forces armées canadiennes pour intervenir dans certains CHSLD identifiés comme problématiques;
- 25.5 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;

25.6 À partir du 28 avril 2020, les proches aidants obtiennent des droits d'accès à certains CHSLD selon des conditions très restrictives, la procédure étant finalement détaillée dans une mise à jour du document mentionné au paragraphe 23.3 des présentes et datée du 25 mai 2020, produite au soutien des présentes comme **pièce P-1.3**;

25.6.1 Le 26 mai 2020, le Protecteur du citoyen annonce la tenue d'une enquête impartiale et indépendante sur le déroulement et la gestion gouvernementale de la crise de la COVID-19 dans les CHSLD;

25.7 Le 18 juin 2020, un processus de déconfinement des CHSLD s'amorce, alors que les visiteurs réguliers sont permis et les résidents bénéficient de droits de sortie dans les CHSLD sans éclosion, le tout étant détaillé dans une mise à jour du document mentionné au paragraphe précédent datée du 19 juin 2020, produite au soutien des présentes comme **pièce P-1.4**;

25.8 À une date inconnue à l'été 2020, le MSSS publie le document *Annexe COVID-19. Plan actualisé de lutte contre une pandémie d'influenza – mission santé* (ci-après l'« Annexe », lequel document constitue l'annexe annoncée dans l'article du 14 mars 2020 et mentionnée au paragraphe 23.5 des présentes;

25.9 L'Annexe mentionnée au paragraphe précédent s'appuie principalement sur le Plan de 2006, notamment dans sa délimitation des phases de la pandémie et des objectifs qui y sont rattachés, lesquels sont mentionnés aux paragraphes 8.5 et 8.6 des présentes;

3) **Éclosion au CHSLD Sainte-Dorothée**

(...)

26.1 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;

26. 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;
27. 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;
28. 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;
29. Les deux employés symptomatiques travaillent toute la semaine, soit du 22 au 26 mars 2020, et entrent en contact avec de nombreux employés;
- 30.1 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;
30. 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-3**;
31. 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;
32. Suite à la déclaration du premier cas de COVID-19, les défendeurs omettent 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;

- 32.1 Au contraire, les masques et autres équipements de protection demeurent sous clé dans ce CHSLD pendant plusieurs semaines;
33. 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;
34. 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;
35. Le ou vers le 29 mars 2020, les deux travailleurs symptomatiques mentionnés au paragraphe 26 des présentes sont testés, le résultat s'avérant positif;
36. 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;
37. 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;
38. 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;
- 38.1 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;
- 38.2 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-25**, en liasse;
- 38.3 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-25**, en liasse;

39. 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 »;
40. 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;
 - 40.1 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;
41. Le 2 avril 2020, le CHSLD Ste-Dorothée compte 38 cas confirmés chez les résidents et 4 décès;
 - 41.1 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;
 - 41.2 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;
 - 41.3 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;
42. 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;
43. Devant l'ampleur de l'éclosion, les gestionnaires du CHSLD renoncent fautivement à maintenir une « zone rouge » distincte, maintenant les résidents symptomatiques au même étage que les résidents asymptomatiques;
44. Devant l'ampleur de l'éclosion, le CHSLD est aux prises avec une importante pénurie de personnel donnant lieu à une situation de négligence et de maltraitance systémique envers les résidents;

- 44.1 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 en provenance des milieux hospitaliers;
- 44.2 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 à l’enquêteur Frédéric Losier en date du 8 avril 2021, produite au soutien des présentes comme **pièce P-26**;
45. 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;
46. Les familles et les aidants naturels de résidents, interdits de visite depuis le 14 mars 2020, demeurent pratiquement sans nouvelles 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;
- 46.1 Pendant cette période, la directive ministérielle concernant les transferts hospitaliers mentionnée au paragraphe 24.3 et produite comme **pièce P-14** a pour effet de rendre pratiquement impossible le transfert de patients du CHSLD Sainte-Dorothée requérant des soins aigus vers un milieu hospitalier, causant le décès de certains patients;
- 46.2 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;
- 46.3 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;
- 46.4 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;

- 46.5 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-27**;
- 46.6 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 de Laval;
47. 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;
48. Le 8 avril 2020, le DNSP, le docteur Horacio Arruda, annonce une enquête épidémiologique sur la propagation de la COVID-19 au CHSLD Sainte-Dorothée;
- 48.1 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 de Laval, produit au soutien des présentes comme **pièce P-28**;
- 48.2 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;
- 48.3 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;
- 48.4 En raison d'une absence quasi systématique de médecins sur place au CHSLD Sainte-Dorothée en avril 2020, le protocole de détresse respiratoire est le plus souvent prescrit téléphoniquement par un médecin suite à un rapport verbal de l'infirmière ou de la candidate à l'exercice de profession infirmière (CEPI) en charge du patient;
49. 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-4** :

- 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 équipements de protection adéquats;
 - 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;
50. Le 16 avril 2020, le CHSLD Sainte-Dorothée compte 150 cas chez les résidents, soit 78% du nombre total de résidents, et 56 décès, en plus de 79 cas chez les employés;
51. 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;
52. En raison de la directive du CISSS Laval mentionnée au paragraphe 30, les transferts hospitaliers du CHSLD Sainte-Dorothée 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;
53. Les résidents du CHSLD Sainte-Dorothée 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;
- 53.1 Au terme de l'éclosion, 211 résidents du CHSLD Sainte-Dorothée sont infectés par la COVID-19 et 101 en décèdent, faisant de cette éclosion celle avec le plus grand nombre de décès au Québec, à la fois en terme de chiffre absolu et de proportion des résidents, de même que l'une des pires éclosions au monde ayant eu lieu dans un milieu de vie pour personnes âgées;
54. À tout moment à partir du début de l'éclosion, le CISSS Laval omet fautivement et négligemment de transférer de l'équipement inutilisé au CHSLD Sainte-Dorothée pour faciliter le traitement sur place des personnes infectées;
- 54.1 Le 23 septembre 2020, le MSSS publie un rapport d'enquête intitulé *Rapport d'enquête sur l'éclosion de la COVID-19 au Centre d'hébergement et de soins de longue durée Sainte-Dorothée*, rédigé par l'enquêteur Yves Benoit en date du 15 juillet 2020, tel qu'il apparaît du rapport d'enquête produit comme **pièce P-21**;

54.2 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'éclosion 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;

4) Infection et décès de madame Anna José Maquet

- 55. 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;
- 56. Madame Maquet résidait au Centre d'hébergement et de soins de longue durée Sainte-Dorothée (CHSLD Sainte-Dorothée) depuis le 1^{er} juillet 2014, après un transfert en provenance de l'Hôpital St-Mary;
- 57. Madame Maquet souffrait de dégénérescence maculaire et d'une perte de mobilité liée à son âge, mais elle conservait ses capacités cognitives;

58. 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 lui assure qu'elle va bien;
- 58.1 Le 20 mars 2020, la sœur du demandeur, madame Nicole Daubois, est informée par la docteur Tu Anh Nguyen, médecin de famille, que le niveau de soin de madame Maquet sera diminué aux fins d'éviter un transfert hospitalier, mais elle est assurée que sa mère recevra les soins requis par sa condition et elle n'est pas informée de la capacité limitée des CHSLD à traiter la santé des patients dans le contexte de la pandémie, tel qu'il appert de la déclaration de madame Daubois au sergent Frédéric Losier, enquêteur de la Sûreté du Québec, en date du 24 juin 2021, produite au soutien des présentes comme pièce P-29;
59. 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;
60. Le 2 avril 2020, vers 18h00, madame Nicole Daubois communique avec sa mère et celle-ci lui assure qu'elle va bien;
61. 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;
62. 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-30;
- 62.1 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;
- 62.2 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;
- 62.3 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 augmentée à 2 litres, suite à quoi la patiente sature à 90%;

- 62.4 Vers 11h00, la CEPI note que la patiente est toujours dyspnéique mais qu'elle se dit bien;
- 62.5 Vers 11h45, la docteur Tu Anh Nguyen prescrit à madame Daubois le protocole de détresse respiratoire, consistant alors en l'administration simultanée de morphine, de scopolamine et d'Ativan;
63. 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;
- 63.1 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;
- 63.2 Vers 12h00, la CEPI effectue un prélèvement au fin de dépister madame Maquet afin d'établir si elle est ou non atteinte de COVID-19;
- 63.2 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 ;
- 63.3 Vers 15h10, la CEPI communique directement avec la docteur 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;
- 63.4 Vers 15h30, la CEPI administre la seconde dose du protocole de détresse respiratoire;
64. Ce même jour, le demandeur et sa sœur se rendent au CHSLD et obtiennent la permission de monter à la chambre de leur mère;
65. 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;
- 65.1 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%;

- 65.2 Le demandeur et sa sœur, préoccupés par l'état de santé de leur mère, questionnent alors l'infirmière, qui leur indique qu'elle référera leurs questions au médecin de garde;
- 65.3 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;
- 65.4 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;
66. (...)
67. Ce même jour, vers 20h08, le décès de madame Maquet est constaté;
- 67.1.1 En raison d'une baisse de niveau de soins effectuée dans 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;
- 67.1.2 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 »;

5) Éclosions dans les autres CHSLD au Québec

- 67.1 Le 14 avril 2020, le MSSS publie une liste de 146 CHSLD et RPA comptant au moins un cas de COVID-19, pour un total de 2262 cas, tel qu'il appert de la liste jointe aux présentes comme **pièce P-16**;
- 67.2 Du 15 au 30 avril 2020, le MSSS met cette liste à jour de façon quotidienne;
- 67.3 Le 30 avril 2020, la dernière liste rendue publique fait état de 6624 cas dans 273 CHSLD et RPA, tel qu'il appert de la liste jointe aux présentes comme **pièce P-17**;
- 67.4 Le 27 mai 2020, le Premier ministre du Québec, monsieur François Legault, rend public un rapport des Forces armées canadiennes relativement aux observations notées suivant leur premier mois de déploiement dans 25 CHSLD en éclosion, tel qu'il appert du rapport produit au soutien des présentes comme **pièce P-18**;
- 67.5 Le rapport note trois points problématiques à une échelle généralisée :

- a. Les difficultés dans la création et le respect de zones chaudes, zones tièdes et zones froides en CHSLD;
 - b. Une observance inconstante du port de l'équipement de protection individuel par un personnel mal formé en la matière et au taux de roulement important;
 - c. Une pénurie criante de personnel;
- 67.6 En date du 6 août 2020, le Québec présente un bilan de 5687 décès, dont 5054 décès en CHSLD, résidences privées pour aînés (ci-après « RPA»), ressources intermédiaires (ci-après « RI ») et milieux de soins de longue durée en centre hospitalier, tel qu'il appert du « Plan deuxième vague », **pièce P-11**;
- 67.7 Le 19 août 2020, le MSSS publie le document « COVID-19 : Plan d'action pour une deuxième vague », **pièce P-11**, lequel comporte également un bilan de la gestion de la pandémie au Québec jusqu'à ce moment;
- 67.8 Le rapport mentionné au paragraphe précédent mentionne notamment les problématiques suivantes observées dans les milieux de vie pour aînés :
- 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 qualifié;
- 67.9 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 (EPI) 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.

67.10 Le 10 décembre 2020, le Protecteur du citoyen publie un rapport d'étape de son enquête mentionnée au paragraphe 25.6.1 des présentes intitulé *La COVID-19 dans les CHSLD durant la première vague de la pandémie. Apprendre de la crise et passer à l'action pour respecter les droits et la dignité des personnes hébergées* (ci-après le « Rapport d'étape du Protecteur du citoyen »), tel qu'il appert du rapport produit comme **pièce P-20**;

67.11 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;

67.12 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;

67.13 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 inexistant;

25.14 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;

C. LES REPROCHES À L'ENCONTRE DES DÉFENDEURS

68.0 De façon générale, la responsabilité du PGQ, ès-qualité de représentant du MSSS et du DNSP, est recherchée 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-7**, aux fins de l'adapter à l'évolution des règles de l'art mondiales en matière de pandémie, évolution illustrée par les mises à jour répétées du plan de l'OMS;
- e. Ils ont fautivement et négligemment omis de mettre à jour le plan de 2006, **pièce P-7**, aux fins de l'adapter au changement de structure du système de santé québécois consécutif à l'adoption en 2015 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, créant de ce fait un vide local en matière de gestion dans les CHSLD les ayant empêché d'adopter une approche de gestion de crise;
- f. Ils ont fautivement et négligemment omis d'activer le plan de 2006, **pièce P-7**, 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;
 - h. 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, le tout constituant une faute lourde;
 - i. 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 maltraitance systémique, le tout constituant une faute lourde;
 - j. Ils ont commis des fautes lourdes donnant ouverture à des dommages exemplaires en vertu de la *Charte québécoise des droits et libertés de la personne du Québec* (ci-après la **CDLPQ**);
68. De façon générale, la responsabilité du CISSS Laval, défendeur aux présentes, est recherchée 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 connaissait ou aurait dû connaître les risques particuliers que présentait la COVID-19 pour les résidents du CHSLD Sainte-Dorothée;
- e. 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* »;
- f. Il a fautivement et négligemment omis de respecter la directive ministérielle mentionnée au paragraphe 68e. 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;
- g. 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;
- h. 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;
- i. 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;
- j. Il a fautivement et négligemment omis de respecter la directive ministérielle mentionnée au paragraphe 68e. en obligeant une infirmière symptomatique en attente du résultat d'un test de COVID-19 à se présenter au travail le 16 avril 2020;

- k. 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 avril 2020;
- l. 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;
- m. 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, le tout constituant une faute lourde;
- n. Il a fautivement et négligemment adopté un protocole de détresse respiratoire qui constituait en réalité un protocole de fin de vie, plaçant systématiquement et prématurément les patients de niveau de soins 3 et 4 sur ce protocole dès l'apparition de signes de détresse respiratoire légère et entraînant de nombreux décès prématurés de patients qui auraient pu bénéficier d'une assistance respiratoire, le tout constituant une faute lourde;
- o. Il a commis des fautes lourdes donnant ouverture à des dommages exemplaires en vertu de la CDLPQ;

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

- e. 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;
- f. 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;
- g. 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;
- h. Ils ont commis des fautes lourdes donnant ouverture à des dommages exemplaires en vertu de la CDLPQ;

D. LES DOMMAGES

- 69. Les fautes des défendeurs telles que décrites au paragraphe 68 sont la cause directe et probable de l'éclosion fulgurante de COVID-19 qui a frappé la totalité des résidents du CHSLD Sainte-Dorothée en mars 2020, faisant rapidement de cette éclosion de loin la plus dévastatrice au Québec à la fois quant au nombre de personnes infectées, quant au nombre de décès et quant au taux de résidents atteints;
- 69.1 Les fautes des défendeurs telles que décrites aux paragraphes 68.0 et 68.1 sont la cause directe et probable des éclosions qui ont frappé plus de 270 CHSLD, infecté plus de 14 620 résidents et fait plus de 5000 morts dans les milieux de vie pour aînés depuis mars 2020;
- 70. Les membres du Groupe sont en droit de réclamer un dédommagement pour les préjudices physiques et moraux causés les fautes des défendeurs;
- 71. En raison des fautes des défendeurs, 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 de devoir vivre cette épreuve seul, leurs proches étant interdits de visite et sans possibilités d'appels téléphoniques, et en raison de leur crainte de mourir;
 - c. Ils ont été victimes de maltraitance systémique, ne recevant pas les soins de santé requis par leur condition et les soins hygiéniques de base en temps utile en raison notamment de la forte pénurie de personnel causée par les fautes des défendeurs, le tout ayant porté atteinte de façon importante à leur intégrité physique et psychologique et ayant causé chez certains résidents une détérioration irréversible de leur état physique ou cognitif, voire leur décès;
 - d. Ils éprouvent beaucoup d'angoisse, de tristesse, de douleurs, de souffrance et d'inconvénients en raison de leur situation causée par les fautes des défendeurs;
 - e. Les fautes des défendeurs ont causé les infections de 211 résidents du CHSLD Sainte-Dorothée et d'au moins 14 620 résidents de CHSLD à l'échelle du Québec, et le décès d'au moins 101 résidents du CHSLD Sainte-Dorothée et d'au moins 5000 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;
72. En raison des fautes des défendeurs, les aidants naturels, les enfants et les petits-enfants des résidents décédés des CHSLD membres du Groupe ont subi et subissent toujours les dommages suivants :
- a. Ils ont éprouvé et éprouvent toujours une importante détresse psychologique en raison de la situation de leurs proches au CHSLD Sainte-Dorothée;
 - 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 et 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 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;
73. Les héritiers et ayants droit des personnes décédées pourront réclamer, en plus des sommes prévues pour les dommages moraux 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;
74. En raison du caractère exceptionnel et de la grossière négligence des défendeurs, le demandeur est en droit d'exiger une somme d'un million de dollars en paiement de dommages exemplaires;

E. LES CRITÈRES DE L'AUTORISATION D'UNE ACTION COLLECTIVE (ART. 575 SS. C.P.C.)

1) Les demandes des membres soulèvent des questions de droit ou de fait identiques, similaires ou connexes

75. La situation vécue par le Demandeur, tant personnellement qu'en sa qualité d'héritier de feu Anna José Maquet, a également été vécue par tous les autres membres du Groupe. En effet, l'éclosion de COVID-19 survenue au CHSLD Sainte-Dorothée a causé, en date du 18 avril 2020, au moins 150 cas et 56 décès;
76. Ainsi, chacun des résidents des CHSLD membres du groupe a contracté la COVID-19 ou vécu dans l'angoisse de le contracter;
77. Chacun des résidents des CHSLD membres du groupe a de plus vécu la situation de maltraitance systémique rattachée à l'éclosion de COVID-19 au sein de cette installation;
78. Chacun des aidants naturels, enfants et petits-enfants membres du groupe a vécu dans l'angoisse face au diagnostic de COVID-19 de leur proche ou face au risque qu'il l'ait contractée;
79. Les questions de droit ou de fait identiques, similaires ou connexes qui intéressent tous les membres du groupe sont les suivantes :

- a. Les CISSS et CIUSSS défendeurs ont-ils fautivement et négligemment contraint des employés symptomatiques ou à risque à travailler en CHSLD, contrevenant de ce fait aux directives ministérielles en vigueur?
- b. Les défendeurs ont-ils fautivement et négligemment omis de mettre en place en temps utile les mesures d'isolement conformément aux directives ministérielles du 25 mars 2020 et de ses mises à jour subséquentes, 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 indiquée?
- c. Les défendeurs ont-ils 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?
- d. Les défendeurs ont-ils fautivement et négligemment omis d'approvisionner leur personnel en équipement de protection adéquat?
- e. (...)
- f. Les fautes commises par les défendeurs sont-elles causales des dommages des membres du Groupe?
- g. Quels sont les dommages subis par les membres du Groupe?
- h. Le MSSS et le DNSP ont-ils fautivement et négligemment omis de mettre à jour et d'appliquer le plan de pandémie de 2006 dans le contexte de la pandémie de COVID-19?
- i. Quelle est la portée de l'immunité conférée au gouvernement et à tout fondé de pouvoir par l'article 123 de la Loi sur la santé publique?
- j. Le MSSS et le DNSP ont-ils 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?
- k. Le MSSS et le DNSP ont-ils 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?

2) Les faits allégués paraissent justifier les conclusions recherchées

80. Les faits allégués dans la présente demande justifient amplement les conclusions recherchées;
81. Les défendeurs avaient l'obligation de préserver la vie, la santé, la sécurité, la dignité et le bien-être des résidents des CHSLD et de leur prodiguer 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;
82. Tel que plus amplement décrit aux paragraphes 68.0, 68 et 68.1 des présentes et tel qu'il sera démontré lors de l'audience, les défendeurs ont commis de nombreuses fautes dans le cadre de la prévention et de la gestion de l'éclosion de COVID-19 survenue au CHSLD Sainte-Dorothée à partir de mars 2020;
83. Ces manquements sont la cause directe et probable de l'ampleur, de la durée et de la gravité de l'éclosion de COVID-19 survenue dans les CHSLD à partir de mars 2020;
84. En date du 21 septembre 2020, l'éclosion de COVID-19 au CHSLD Sainte-Dorothée a infecté la totalité des 193 résidents, et 101 de ces victimes en sont décédées;
- 84.1 En date du 21 janvier 2021, la COVID-19 a causé 5022 décès dans les CHSLD (...);

3) La composition du groupe rend difficile ou peu pratique l'application des règles sur le mandat d'ester en justice pour le compte d'autrui ou sur la jonction d'instance

85. La composition du groupe rend difficile ou peu pratique l'application des règles sur le mandat d'ester en justice pour le compte d'autrui ou sur la jonction d'instance en ce que :
 - a. Il existe plus de 10 000 personnes pouvant éventuellement faire partie du groupe à titre de résidents de CHSLD, de même qu'un nombre inconnu pouvant faire partie du groupe à titre d'aidants naturels, d'enfants, de petits-enfants, d'héritiers ou d'ayants droit;
 - b. Parmi ces personnes, certaines sont décédées et d'autres sont très affectées par la COVID-19, alors que l'ensemble des résidents survivants des CHSLD (...) ont été longtemps isolés au sein de l'installation sans droit de visite. Votre Demandeur n'a aucun moyen de rejoindre tous les résidents, leurs aidants naturels, leurs enfants et petits-enfants de même que leurs héritiers ou ayants droit;

- c. Il est par ailleurs impossible pour le moment d'obtenir la liste nominative de tous les résidents de CHSLD, en raison des règles de confidentialité des dossiers médicaux;
- d. Les défendeurs devraient être en mesure de connaître les noms de tous les résidents de CHSLD, de même que leurs aidants naturels, leurs enfants et petits-enfants de même que leurs héritiers ou ayants droit;
- e. Il n'est pas souhaitable que chaque victime tente elle-même un recours contre les défendeurs, pour des raisons de proportionnalité et d'utilisation efficace des ressources du système judiciaire;

4) Le Demandeur est en mesure d'assurer une représentation adéquate des membres

86. Votre Demandeur, monsieur Jean-Pierre Daubois, est en mesure d'assurer une représentation adéquate des membres du Groupe pour les raisons suivantes :
- a. Il a subi, tant personnellement qu'en sa qualité d'héritier de sa défunte mère, feu Anna José Maquet, des dommages comparables aux autres membres du Groupe;
 - b. Il est disponible pour s'acquitter des obligations que la Cour voudra bien lui imposer;
 - c. Il connaît très bien les faits du présent litige;
 - d. Il a participé à de nombreux reportages à la télévision et dans les journaux afin de parler de son histoire et de l'éclosion de COVID-19 survenue au CHSLD Sainte-Dorothée à partir de mars 2020;
 - e. Il connaît plusieurs membres du Groupe, à la fois au CHSLD Sainte-Dorothée et dans d'autres installations;
 - f. Il est disposé à investir les ressources et le temps nécessaires à l'accomplissement de toutes les formalités et tâches nécessaires à l'exercice de la présente action collective et il s'engage à collaborer pleinement avec ses avocats;
 - g. Il est en mesure de fournir à ses avocats soussignés des informations utiles à l'exercice de la présente action collective;
 - h. Il agit de bonne foi dans le seul but d'obtenir justice pour lui-même et pour les autres membres du Groupe;

87. Les conclusions que recherche votre Demandeur sont les suivantes :

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 de CHSLD, sans égard à leur infection au COVID-19:**
 - Une somme de base de 20 000 \$ au membre en compensation des douleurs, stress et inconvénients associés à la situation qui prévaut au CHSLD Sainte-Dorothée;
 - (...)
 - (...)
- **Pour les résidents de CHSLD infectés à la COVID-19 ayant survécu à l'infection et les résidents de CHSLD ayant subi une atteinte irréversible à leur état physique ou psychologique en raison d'une rupture ou de lacunes dans les soins de base d'hygiène, d'aide aux repas ou de mobilisation :**
 - Une somme additionnelle de 30 000 \$ au membre en compensation des douleurs, stress et inconvénients associés à la contamination à la COVID-19 ou aux lacunes dans les soins de base d'hygiène, d'aide aux repas ou de mobilisation en raison de la conduite fautive des défendeurs;
 - 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 fautiveusement 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;
 - Le membre a subi des pertes pécuniaires;
 - Le membre a subi à la fois une infection à la COVID-19 et une atteinte irréversible à son état physique ou psychologique 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 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 de 2 500 \$ à ses petits-enfants en compensation des douleurs, stress et inconvénients associés à la contamination de leurs grands-parents 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 de CHSLD 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 héritiers et ayants droit du défunt, sous réserve de la preuve de leur qualité d'héritier ou

d'ayant droit, 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 30 000 \$ 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 d'un million de dollars (1 000 000 \$) en dommages exemplaires;

CONDAMNER les défendeurs à payer les intérêts sur lesdites sommes, plus l'indemnité additionnelle prévue au Code civil du Québec à compter de l'assignation;

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

88. Il est opportun d'autoriser l'exercice de l'action collective pour le compte des membres du Groupe;
89. Le Demandeur propose que le recours collectif soit exercé devant la Cour supérieure siégeant dans le district de Montréal puisque d'après les informations que détient le Demandeur, la majorité des enfants, petits-enfants, aidants naturels, héritiers et ayants droit des résidents de CHSLD membres du groupe habitent dans la grande région de Montréal;
90. La nature du recours qu'entend exercer le Demandeur au nom des membres du Groupe est une poursuite en dommages et intérêts;

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

POUR CES MOTIFS, PLAISE À LA COUR :

ACCUEILLIR la présente *Demande introductive d'instance pour autorisation d'exercer une action collective modifiée en date du 30 septembre 2020*;

ATTRIBUER au Demandeur, monsieur Jean-Pierre Daubois, personnellement et ès qualités d'héritier de sa mère, feu Anna José Maquet, le statut de représentant aux fins d'exercer ladite action collective pour le compte du Groupe de personnes physiques ci-après décrit :

« Toute personne ayant résidé dans un CHSLD public où un ou des résidents ont été infectés à la COVID-19 à tout moment à partir du 13 mars 2020, 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. »

IDENTIFIER comme suit les principales questions de faits et de droit qui seront traitées collectivement :

- a. Les CISSS et CIUSSS défendeurs ont-ils fautivement et négligemment contraint des employés symptomatiques ou à risque à travailler en CHSLD, contrevenant de ce fait aux directives ministérielles en vigueur?
- b. Les défendeurs ont-ils fautivement et négligemment omis de mettre en place en temps utile les mesures d'isolement conformément aux directives ministérielles du 25 mars 2020 et de ses mises à jour subséquentes, 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 indiquée?
- c. Les défendeurs ont-ils 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?
- d. Les défendeurs ont-ils fautivement et négligemment omis d'approvisionner leur personnel en équipement de protection adéquat?
- e. (...)
- f. Les fautes commises par les défendeurs sont-elles causales des dommages des membres du Groupe?

- g. Quels sont les dommages subis par les membres du Groupe?
- h. Le défendeur Procureur général du Québec, en sa qualité de représentant du ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec et du Directeur national de santé publique, a-t-il fautivement et négligemment omis de mettre à jour et d'appliquer le plan de pandémie de 2006 dans le contexte de la pandémie de COVID-19?
- i. Le défendeur Procureur général du Québec, en sa qualité de représentant du ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec et du Directeur national de santé publique, a-t-il 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?
- j. Le défendeur Procureur général du Québec, en sa qualité de représentant du ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec et du Directeur national de santé publique, a-t-il 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?
- k. Quelle est la portée de l'immunité conférée au gouvernement et à tout fondé de pouvoir par l'article 123 de la Loi sur la santé publique?

IDENTIFIER comme suit les conclusions recherchées qui s'y rattachent :

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

CONDAMNER les défendeurs à payer les intérêts sur lesdites sommes, plus l'indemnité additionnelle prévue au Code civil du Québec à compter de l'assignation;

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

ORDONNER que la présente action collective soit entendue dans le district de Montréal;

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

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

DÉCLARER que sauf exclusion, les membres du Groupe seront liés par tout jugement à intervenir sur l'action collective de la manière prévue par la loi;

FIXER le délai d'exclusion à trois mois, délai à l'expiration duquel les membres du Groupe qui ne se seront pas prévalus des moyens d'exclusion seront liés par tout jugement à intervenir;

ORDONNER la publication d'un avis aux membres du Groupe dans les journaux suivants :

La Presse
Le Journal de Montréal
Le Courrier de Laval

RÉFÉRER le dossier au juge en Chef pour la détermination d'un juge pour l'entendre;

LE TOUT frais à suivre, sauf en cas de contestation, incluant tous les frais d'experts ainsi que les frais inhérents à la préparation des différents rapports d'experts, les frais d'assistance technique lors de l'audition à être soumis aux fins de la présentation de la demande.

Montréal, le 30 août 2021



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)

C A N A D A

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**

Demandeur

-c.-

CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE SAINTE-DOROTHÉE

-et-

CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LAVAL

-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

-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-CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE, 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 L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE, personne morale de droit public, légalement constituée et ayant son siège au 1, 9e avenue, Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9

-et-

CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA GASPÉSIE, personne morale de droit public, légalement constituée et ayant son siège au 215, boulevard de York Ouest, Gaspé (Québec) G4X 2W2

-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

Défendeurs

**ATTESTATION D'INSCRIPTION AU RÉPERTOIRE NATIONAL DES ACTIONS COLLECTIVES
MODIFIÉE EN DATE DU 30 AOÛT 2021
(Article 55 du Règlement de la Cour supérieure du Québec en matière civile)**

Le demandeur, par ses a avocats soussignés, atteste que la Demande pour autorisation d'exercer une action collective et pour être représentant sera inscrite au Répertoire national des actions collectives.

Montréal, le 30 août 2021



Me Patrick Martin Ménard
MÉNARD, MARTIN, AVOCATS
Avocats du demandeur

NO : **500-06-001062-203**

COUR SUPÉRIEURE (Actions collectives)
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 D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE SAINTE-
DOROTHÉE**,
-et-
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.

**DII EN AUTORISATION D'EXERCER UNE ACTION COLLECTIVE
ET POUR OBTENIR LE STATUT DE REPRÉSENTANT**

MODIFIÉE EN DATE DU 30 AOÛT 2021

ORIGINAL

Notre dossier : 33 283 (PMM) Code : BM 1315

martinmenardp@menardmartinavocats.com - Me Patrick Martin-Ménard


Ménéard, Martin
Avocats

Téléphone: (514) 253-8044 - Télécopieur: (514) 253-9404
4950, Hochelaga, Montréal (Québec) H1V 1E8
Domiciles élus: 407, St-Laurent #700, Montréal (Québec) H2V 2Y5
800, boul. des Capucins, Québec (Québec) G1J 3R8