

Rapport d'enquête

Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant 53 décès survenus dans des milieux d'hébergement au cours de la première vague de la pandémie de la COVID-19 au Québec

M^e Géhane Kamel
2020-EP00265-96

Personnes décédées

Sam Abracen (2020-02503)	John Kirkpatrick (2020-02897)
William George Adams (2020-02487)	Paul-Émile Leblanc (2020-02696)
Thelma Jean Allo (2020-02504)	Lucille Lecompte (2020-02547)
Albert F. Arpin (2020-02542)	Maria Lermytte (2020-06624)
Samuel Willem Atkins (2020-02545)	Jacques Levesque (2020-02767)
Leon Barrette (2020-02501)	Gordon MacLaren (2020-02791)
Thomas Baur (2020-02505)	Olga Maculedicius (2020-02480)
Agop Bel (2020-02552)	Thérèse Maltais (2020-02898)
Viviane Blanchard (2020-02477)	Federico Manfredi (2020-02553)
Huguette L. Blondin (2020-02479)	Anna José Maquet (2020-05801)
Huguette M. Bouchard (2020-02896)	Jeanne-Mance Mercier (2020-02484)
Denis Boucher (2020-02544)	Athanasios Pappas (2020-02548)
Yvan Luc Brodeur (2020-06434)	Anna Pauluk (2020-02486)
Maurice Chubry (2020-02550)	Hanna Piechuta (2020-02546)
Marcel Dubé (2020-02695)	Stanley E. Pinnell (2020-02495)
Benoit Dunn (2020-02899)	Florian Poissant (2020-02508)
Joan Lorraine Franklin (2020-02549)	Rodrigue Quesnel (2020-02672)
Patricia Gaudet (2020-02482)	Joseph C. Richard (2020-02494)
Lucille Gauthier (2020-02443)	Rachel Rodrigue (2020-02543)
Hermann Girard (2020-02485)	Mahalingam Sinnathamby (2020-02481)
Ephrem Grenier (2020-07081)	Winifred Smith (2020-02488)
Raymonde Haggar (2020-02671)	Elfriede Sorger (2020-02490)
Bernice Alice Hazen (2020-02496)	Edwin Stevens (2020-02673)
Clifford Jacques (2020-02792)	Michael Szabo (2020-02697)
Mary Kaplan (2020-02476)	Denise Blanche Therriault (2020-02499)
Fahmeeda Khan (2020-02478)	Mary Ruth Wayland (2020-02489)
	John Whitehead (2020-02498)

Table des matières

INTRODUCTION	1
CHSLD HERRON.....	3
Historique médical des 47 résidents décédés entre le 12 mars et le 1^{er} mai 2020	3
M. Sam Abracen.....	3
M. William George Adams	4
Mme Thelma Jean Allo.....	4
M. Albert F. Arpin	5
M. Samuel Willem Atkins	6
M. Leon Barrette	7
M. Thomas Baur.....	8
M. Agop Bel	9
Mme Viviane Blanchard	10
Mme Huguette L. Blondin	11
Mme Huguette M. Bouchard.....	12
M. Denis Boucher	12
M. Maurice Chubry	13
M. Marcel Dubé	13
M. Benoit Dunn	14
Mme Joan Lorraine Franklin	15
Mme Patricia Gaudet.....	16
M. Hermann Girard	17
Mme Raymonde Hagggar	17
Mme Bernice Alice Hazen	18
M. Clifford Jacques	18
Mme Mary Kaplan	19
Mme Fahmeeda Khan	20
M. John Kirkpatrick.....	20
M. Paul-Émile Leblanc	21
Mme Lucille Lecompte.....	21
M. Gordon MacLaren.....	22
Mme Olga Maculedicius.....	23
Mme Thérèse Maltais	24

M. Frederico Manfredi	25
Mme Jeanne-Mance Mercier	25
M. Athanasios Pappas	26
Mme Anna Pauluk.....	27
Mme Hanna Piechuta	28
M. Stanley E. Pinnell	29
M. Florian Poissant	30
M. Rodrigue Quesnel	31
M. Joseph C. Richard.....	32
Mme Rachel Rodrigue.....	33
M. Mahalingham Sinnathamby.....	33
Mme Winifred Smith	34
Mme Elfriede Sorger	34
M. Edwin Stevens	35
M. Michael Szabo.....	36
Mme Denise Blanche Therriault.....	37
Mme Mary Ruth Wayland	38
M. John Whitehead.....	39
Le Protecteur du citoyen	41
Le coroner	42
CHSLD Herron et CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	42
CHSLD des Moulins	56
Mme Lucille Gauthier	56
CISSS de Lanaudière et CHSLD des Moulins	58
CHSLD Sainte-Dorothée	61
Mme Anna José Maquet	61
CISSS de Laval et CHSLD Sainte-Dorothée	63
CHSLD Yvon-Brunet.....	68
M. Ephrem Grenier	68
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et CHSLD Yvon-Brunet	70
CHSLD René-Lévesque	74
M. Yvan Luc Brodeur.....	74
CISSS de la Montérégie-Est et CHSLD René-Lévesque	77

Manoir Liverpool.....	80
M. Jacques Levesque	80
CISSS Chaudière-Appalaches et Manoir Liverpool.....	83
CHSLD Laflèche.....	86
Mme Maria Lermytte.....	86
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec et CHSLD Laflèche	87
Le volet national	91
Environnement légal, réglementaire et ministériel d’une RPA, d’une ressource intermédiaire, d’un CHSLD privé et public	91
Agrément Canada.....	93
La ligne du temps de la crise sanitaire	94
L’avis de certains experts	96
Mes constats	96
L’INSPQ : La veille scientifique et la progression du virus	97
Les acteurs du gouvernement et les plans mis en place	98
La ministre des Aînés et des Proches aidants et sa sous-ministre	103
Le directeur national de santé publique et les directeurs régionaux	104
Les systèmes d’information.....	106
L’approvisionnement en masques et le principe de précaution.....	106
Les proches aidants	108
L’impasse des CHSLD	109
Les solutions.....	116
L’armée devant un ennemi invisible	117
L’Hôpital chinois de Montréal et sa réussite.....	118
Conclusion	119
Recommandations – gouvernement du Québec	122
Recommandations – ministère de la Santé et des Services sociaux.....	122
Recommandations - CISSS et CIUSSS	123
Recommandations – Collège des médecins du Québec	123
ANNEXE I – LA PROCÉDURE.....	124
ANNEXE II – LISTE DES PIÈCES	127
ANNEXE III – NIVEAUX D’INTERVENTIONS MÉDICALES.....	193

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES

AELDPQ	Association des établissements de longue durée privés du Québec
AEPC	Association des établissements privés conventionnés
AVC	Accident vasculaire cérébral
AVQ	Activités de la vie quotidienne
CDE	Clinique désignée de dépistage et d'évaluation COVID-19
CGR	Comité de gestion du réseau
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CINQ	Comité sur les infections nosocomiales du Québec
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CMQ	Collège des médecins du Québec
CUSM	Centre universitaire de santé McGill
DNSP	Directeur national de santé publique
DPCP	Directeur des poursuites criminelles et pénales
DPN	Dyspnée paroxystique nocturne
DRH	Direction des ressources humaines
DRSP	Direction régionale de santé publique
DSI	Directeur ou directrice de soins infirmiers
EPC	Établissement privé conventionné
EPI	Équipement de protection individuelle
FIQ–SPSME	Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec – Syndicat des professionnelles en soins de Montérégie-Est
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FSSS/CSN	Fédération de la santé et des services sociaux, affiliée à la Confédération des syndicats nationaux
IET	Intubation endotrachéale
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IV	Intraveineux
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MCAS	Maladie coronarienne athérosclérose
MMSE	<i>Mini-mental state examination</i>
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PAB	Préposé(e) aux bénéficiaires
PCI	Prévention et contrôle des infections
PDG	Président-directeur général, présidente-directrice générale
PDGA	Président-directeur général adjoint ou présidente-directrice générale adjointe
PDSB	Principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires
PICC <i>line</i>	<i>Peripherally inserted central catheter line</i>
PII	Plan d'intervention interdisciplinaire (ou intégré)
PO	<i>Per os</i> , soit par la bouche

RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RCR	Réanimation cardiorespiratoire
RDOS	<i>Respiratory distress observation scale</i>
RI-RTF	Ressource intermédiaire et de type familial
RPA	Résidence privée pour aînés
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SDRA	Syndrome de détresse respiratoire aiguë
SICRA	Système d'information pour la coordination régionale des admissions
SLD	Soins de longue durée
SNT	Site non traditionnel de soins
SPVM	Service de police de la Ville de Montréal
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère
SWAT <i>team</i>	<i>Special weapons and tactics team</i>
USI	Unité de soins intensifs

INTRODUCTION

Le 11 avril 2020 vers 1 h 35, la présidente-directrice générale (PDG) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal fait un appel au 9-1-1 afin de déclarer une situation de négligence potentielle au CHSLD Herron, pour laquelle on compte 31 décès survenus entre le 27 mars et 10 avril 2020.

Le 11 avril 2020, de concert avec les autorités du CIUSSS, les enquêteurs des crimes majeurs du Service de police de la Ville de Montréal (SPVM) prennent en charge l'enquête policière.

Le 12 avril 2020, le Bureau du coroner prend acte des dossiers et annonce une investigation sur tous les décès qui sont survenus au Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) Herron depuis le 12 mars 2020.

Le 17 juin 2020, devant l'ampleur des décès survenus au Québec au cours de la 1^{re} vague de COVID-19, la coroner en chef, M^e Pascale Descary, ordonne une enquête publique sur la situation qui a prévalu en CHSLD et en résidences privées pour aînés (RPA) au courant de celle-ci. Les décès survenus au CHSLD Herron entre le 12 mars 2020 et le 1^{er} mai 2020 ont constitué un tronc commun pour l'analyse de la présente enquête avec un échantillonnage régional d'autres milieux d'hébergement où sont survenus un nombre de décès significatif. Ce sont donc 53 décès qui ont constitué la base de cette enquête. Le docteur et coroner Jacques Ramsay a été nommé comme assesseur, notamment pour m'assister en ce qui concerne le volet médical.

D'entrée de jeu, il est important de rappeler que le coroner a compétence sur tous les décès survenus au Québec, mais que son investigation est obligatoire uniquement dans certaines circonstances, et que les morts naturelles de causes connues ne font généralement pas l'objet d'une investigation. Les coroners interviennent dans les cas de décès violents, obscurs ou qui pourraient être liés à de la négligence. Les décès survenus hors de ces balises, dont ceux qui découlent uniquement d'une infection au coronavirus, ne sont pas examinés par les coroners, car ce sont des décès d'origine naturelle.

Ainsi, pour être analysés dans le cadre de cette enquête, les décès sélectionnés devaient répondre aux critères suivants :

- le décès est survenu alors que la personne résidait dans un CHSLD, une RPA ou un milieu d'hébergement pour personnes vulnérables ou en perte d'autonomie;
- le décès est survenu au cours de la période du 12 mars au 1^{er} mai 2020;
- le décès a fait l'objet d'un avis au coroner en raison de son caractère violent, obscur ou parce qu'il est possiblement lié à de la négligence.

L'analyse des événements ayant conduit aux décès des résidents en CHSLD et en ressources intermédiaires couvrira les aspects suivants : un historique sommaire de la trajectoire de soins des personnes visées par l'enquête, la préparation et l'application des mesures pour contrer la COVID-19 par les autorités du milieu d'hébergement visé, les organismes publics ayant pour fonctions de soutenir ceux-ci, l'encadrement et les normes applicables aux différents types d'hébergement, et une chronologie de certains événements liés à la gestion de la crise sanitaire qui a sévi au Québec. Ces deux derniers points seront traités dans le segment du volet national du présent rapport.

Afin de comprendre la situation, la présente enquête a permis d'entendre un peu plus de 220 témoins pouvant circonscrire les événements entourant les 53 décès des personnes

visées. Nous avons rédigé le présent rapport en analysant la réalité de chacun des établissements visés par l'enquête.

Le volet national a quant à lui été majoritairement consacré à la compréhension de la gestion de la crise sanitaire par les autorités québécoises en regard des milieux d'hébergement, de même qu'à des témoignages de nature à m'éclairer sur des aspects propres au virus de la COVID-19 ou aux mesures mises en place pour le contrer, et ce, pour prévenir ou réduire la survenance des décès en cause. La perte d'une vie humaine, alors qu'il est compris que le décès aurait pu être évité, demeure toujours une tragédie pour les proches ainsi que pour la société, mais des conditions déplorables, voire choquantes entourant cette perte sont aussi des éléments qui peuvent et doivent être pris en compte dans la présente enquête et lors d'éventuelles recommandations.

Pour atteindre ce but, nous avons questionné de manière très large tout ce qui est en lien avec les décès, y compris les structures étatiques et administratives qui prennent part à la protection des résidents en CHSLD et en RPA.

Par ailleurs, la présente enquête n'a pu s'attarder longuement sur les causes probables de chacun des décès ciblés comme une enquête de coroner le fait habituellement. En effet, les dépouilles ayant été remises aux familles concernées et les rites funéraires accomplis dans la grande majorité des cas, je ne disposais pas des moyens habituels pour éclaircir les causes probables des décès, tels que des examens ou des prélèvements post-mortem.

Cependant, je tiens à signaler que mon rapport d'enquête contient une portion traitant des profils médicaux de chacune des personnes dont le décès a été ciblé par mon enquête et que le D^r Jacques Ramsay (assesseur) et moi-même avons fourni un résumé et une opinion quant aux causes probables respectives des 53 décès en cause.

CHSLD HERRON

Les audiences publiques devaient se tenir en février et mars 2021. Le 15 février 2021, une requête est déposée par l'avocate des propriétaires du CHSLD Herron afin de surseoir les audiences publiques jusqu'à ce qu'une décision du Directeur des poursuites criminelles et pénales (DPCP) soit rendue à la suite de la réception du rapport d'enquêtes policières. Le 16 février 2021, sans m'engager sur les prétentions légales de ladite requête, j'ai accepté de surseoir les 11 jours d'audiences et de les reporter en septembre 2021 afin de demeurer maître de l'agenda de l'enquête publique.

Le 26 août 2021, le directeur des poursuites criminelles et pénales rendait sa décision de ne pas engager de poursuite criminelle à l'égard des propriétaires du CHSLD Herron.

Les audiences ont eu lieu du 7 au 21 septembre 2021 et du 25 au 27 octobre 2021 au palais de justice de Longueuil.

Historique médical des 47 résidents décédés entre le 12 mars et le 1^{er} mai 2020

M. Sam Abracen

M. Abracen vivait avec sa conjointe à leur résidence. Son état de santé précaire associé à une perte d'autonomie et des chutes à son domicile conduisent M. Abracen au CHSLD Herron. Il y vit depuis le 10 décembre 2018.

M. Abracen est connu pour plusieurs antécédents médicaux, dont de la dysphagie de longue date, de l'hypertension artérielle et un risque de chute, comme mentionné plus haut. Il a d'ailleurs été hospitalisé en fin d'année pour une pneumonie d'aspiration associée à de la déshydratation et à un épisode de confusion. Le 13 février 2020, une note à son dossier médical indique que M. Abracen souffre de dysphagie et que la nourriture est trop dure pour lui, que des solutions de remplacement ont été tentées, mais que ce n'est pas toujours possible. Devons-nous comprendre que devant un homme dysphagique, un plan de nutrition n'a pas été adapté à ses besoins? Il est difficile de le confirmer ou de l'infirmer, l'information n'étant pas toujours disponible.

Le 2 avril 2020, bien que sa condition médicale soit très précaire, M. Abracen signe un refus de transfert en centre hospitalier.

Le 3 avril, on note l'apparition d'une fièvre qui s'accompagne d'inappétence. M. Abracen reste au lit. Le 4 avril, la fièvre demeure malgré la prise d'acétaminophène. M. Abracen fait 38,8 °C en soirée. Il n'y a pas de congestion ou de détresse respiratoire. Le rythme respiratoire est néanmoins légèrement augmenté. Toujours le 4 avril 2020, des signes apparents de déshydratation sont notés. On lui offre de l'eau épaissie et on tente de le soulager. Les notes médicales¹ sont très peu documentées et il n'est pas rare d'y voir des périodes d'un mois sans aucune note au dossier. La dernière note du médecin est inscrite en date du 3 mars 2020.

M. Abracen décède le 6 avril 2020, et la cause de son décès est difficile à préciser. Il pourrait s'agir d'une nouvelle aspiration, d'une infection à la COVID-19 ou même d'une déshydratation. Dans les circonstances, la cause de décès est indéterminée.

¹ La dénomination *notes médicales* réfère pour tout le texte aux notes des médecins et des infirmières et infirmières auxiliaires.

M. William George Adams

M. Adams a été admis au CHSLD Herron le 9 juillet 2019. Il avait été hospitalisé à l'Hôpital général du Lakeshore à la suite d'une chute et une évaluation de ses capacités résiduelles avait mené à la recommandation d'un placement en milieu d'hébergement supervisé.

M. Adams est connu pour plusieurs antécédents médicaux dont de démence d'Alzheimer, de l'hypertension artérielle et un cancer. Il est également à risque de chute. M. Adams avait besoin d'aide pour l'ensemble de ses activités de la vie quotidienne (AVQ). Il est connu pour son équilibre précaire et de l'incontinence urinaire.

Selon une évaluation en physiothérapie en date du 31 juillet 2019, il était recommandé que M. Adams continue ses exercices afin de maintenir sa mobilité. Or, depuis son arrivée au CHSLD Herron, il n'avait pas fait ses exercices et il était désormais limité à son fauteuil roulant. Les seules notes d'évolution faisant mention d'un soutien en physiothérapie sont marginales et sont notées le 21 août 2019, le 16 septembre 2019, le 1^{er} octobre 2019 et finalement le 7 janvier 2020.

Sa conjointe (aidante naturelle) le visitait tous les jours. M. Adams pouvait devenir agité et non collaborateur en l'absence de sa femme. Les visites s'étant interrompues en date du 14 mars 2020, il est tout à fait probable que la condition médicale de M. Adams se soit détériorée en l'absence d'un visage significatif à ses côtés. Les notes médicales ne sont pas constantes et il est difficile de suivre l'évolution de son état de santé. À titre d'exemple, il n'y a aucune note médicale entre le 23 janvier 2020 au 7 février 2020, entre le 15 au 22 février 2020 et entre le 26 février et le 8 mars 2020, ainsi de suite jusqu'au 31 mars 2020.

Le 31 mars 2020, on lui fait passer un test de dépistage pour la COVID-19, lequel est positif, et son état de santé se dégrade, et ce, malheureusement, jusqu'à son décès le 7 avril 2020.

Mme Thelma Jean Allo

Mme Allo vit au CHSLD Herron depuis le 27 janvier 2015. Elle est connue pour plusieurs antécédents médicaux, dont de l'insuffisance cardiaque, de l'hypertension artérielle, du diabète de type 2, de l'anémie et de l'hypothyroïdie. Mme Allo est autonome pour l'ensemble de ses activités quotidiennes. Elle n'a pas besoin de soutien pour manger, se vêtir ou faire sa toilette.

Le dossier médical de Mme Allo indique que le 23 février 2020, on aurait oublié de lui apporter à manger. Un test de dépistage de sa glycémie doit être fait une fois par mois. Le dernier test a été fait en date du 26 février 2020. Quant au registre de la prise de la pression artérielle, jusqu'au 24 janvier 2020, elle est prise sur une base quotidienne, puis de manière irrégulière jusqu'au 24 mars 2020, date à laquelle la dernière inscription est indiquée.

Le 25 février 2020, le médecin note l'accumulation de liquide dans les jambes et s'interroge à savoir s'il y a accélération de l'insuffisance cardiaque. Il ajuste alors sa médication en conséquence. Le 3 mars 2020, il constate que Mme a perdu 1 kg. C'est l'équivalent de la perte de 1 litre de liquide, ce qui indique que le traitement fonctionne.

Le 8 mars 2020, elle a une baisse d'énergie. Le 14 mars 2020, des difficultés respiratoires apparaissent et s'accroissent les jours suivants. Elle fait un usage sporadique d'oxygène dans les semaines suivantes.

Dans la nuit du 6 au 7 avril 2020, vers 2 h 30, on trouve Mme Allo au lit, cherchant son souffle. Il s'agit vraisemblablement d'un épisode de dyspnée paroxystique nocturne (DPN) propre à l'insuffisance cardiaque. En position couchée, il y a redistribution du liquide des jambes vers les poumons, provoquant de ce fait une sensation d'étouffement. Malgré tout, on parvient à calmer Mme Allo en reprenant l'apport en oxygène.

Au matin, le préposé aux bénéficiaires trouve la bonbonne vide, mais la patiente dort paisiblement, peut-être parce qu'on a suffisamment relevé sa tête et son thorax.

On repart l'oxygène, mais, en l'absence d'une modification de traitement de l'insuffisance cardiaque, Mme Allo fait vraisemblablement un nouvel épisode de DPN durant la nuit suivante, lequel échappe au personnel, qui fonctionne à équipe réduite à cette époque, et qui est manifestement débordé. On trouve Mme Allo au matin en asystolie et le corps froid.

Pour traiter son insuffisance cardiaque, Mme Allo avait, tel qu'il avait été recommandé comme stratégie de base, une triple thérapie avec diurétique, bêtabloquant et antagoniste des récepteurs de l'angiotensine.

À court terme, le traitement de la surcharge aurait consisté en une augmentation du diurétique de l'anse avec ajout potentiel d'un diurétique minéralocorticoïde. Parmi les options thérapeutiques disponibles pour le traitement de base figurait une augmentation du bêtabloquant en diminuant au besoin le bloqueur des canaux calciques. Le changement de l'inhibiteur de la DPP-4 vers un inhibiteur de la SGLT-2 était problématique dû à la fonction rénale diminuée.

Mme Allo est décédée le 8 avril 2020, à la suite d'une insuffisance cardiaque insuffisamment soignée.

M. Albert F. Arpin

M. Arpin vit au CHSLD Herron depuis le 15 juin 2018. Il est connu pour plusieurs antécédents médicaux, dont le port d'un stimulateur cardiaque, un problème d'angine, de l'hypertension artérielle et de l'arthrite. Il est également à risque de chute. Les notes médicales du dossier du CHSLD Herron sont bien documentées. Par ailleurs, on ne note aucune inscription entre le 8 mars 2020 et le 25 mars 2020. Le 25 mars 2020, M. Arpin a une toux sèche et semble plus fatigué. Il est placé en isolement préventif dû à la COVID-19.

Entre le 27 mars et le 2 avril 2020, le dossier médical ne contient aucun suivi. Le 2 avril 2020, nous pouvons lire que la condition médicale de M. Arpin s'est détériorée, il a de la difficulté à avaler et est au lit avec des symptômes pouvant s'apparenter à la COVID-19.

Dans la soirée du 5 avril 2020, le pronostic est sombre et sa famille vient à son chevet. Des soins palliatifs lui sont prodigués. M. Arpin décède le 6 avril 2020 et la cause de son décès est fort probablement attribuable à une infection à la COVID-19 dans un contexte d'épidémie au CHSLD Herron.

M. Samuel Willem Atkins

M. Atkins est transféré au CHSLD Herron le 21 janvier 2020. Il souffrait notamment d'une maladie pulmonaire obstructive chronique due à une histoire tabagique, d'hypertension artérielle et de dysphagie. Il a subi une chirurgie de remplacement de la hanche en 2008.

Il est vu par le médecin de la résidence en téléconsultation le 17 mars 2020 pour la première fois pour un abcès qu'il avait au visage. La note suivante était le 24 mars 2020 pour la même raison, puis le 4 avril 2020, mais cette dernière note ne comprend que très peu d'informations et ne semble pas reprendre les informations associées à la COVID-19 ni à la toux.

Les notes infirmières n'ont pas été faites de façon quotidienne, de telle sorte qu'il pouvait y avoir jusqu'à dix jours entre les notes au dossier. Cependant, les notes ont été plus présentes entre le 18 mars 2020 et le 26 mars 2020 en raison de l'abcès au niveau du visage, puis elles ont été faites quotidiennement après le 2 avril 2020, sauf pour la journée du 8 avril 2020, qui ne comporte aucune inscription.

Le 2 avril 2020, il a une toux congestive. Un test de dépistage pour la maladie à coronavirus a été fait le 3 avril 2020. Un résultat positif est transmis au CHSLD Herron le 5 avril 2020.

Il est ensuite noté qu'il a peu d'appétit et s'hydrate moins au cours des jours suivants. La note du médecin du 9 avril 2020 soulignait que l'infirmière lui avait communiqué que M. Atkins était un peu déshydraté, mais la note infirmière n'est pas claire à ce sujet. Un soluté a toutefois été installé le même jour.

Pour contrer une possible surinfection bactérienne accompagnant l'infection à la COVID-19, des antibiotiques oraux sont également prescrits par le médecin le 9 avril 2020 en soirée et débutés le 10 avril 2020. Ils sont sans effets. M. Atkins devient de plus en plus léthargique à compter du 12 avril 2020 et un nouvel antibiotique est débuté le même jour. Après une discussion avec la famille, il est toutefois convenu de se limiter à des soins de confort. Son état continue à se détériorer et toute la médication orale est cessée le 13 avril 2020. M. Atkins cesse ensuite de s'alimenter le matin du 14 avril 2020, avant de sombrer dans un état comateux.

Les signes vitaux n'étaient pas pris tous les jours. Le document de suivi comprend ainsi des inscriptions à l'arrivée pour les 22 et 24 janvier 2020, ensuite pour le 2 février 2020, puis les 9, 11, 13 et 14 avril 2020.

La médication semble avoir été donnée comme prescrit, du moins celle prescrite en avril 2020. M. Atkins est décédé le 15 avril 2020, et la cause de son décès est fort probablement attribuable à une infection à la COVID-19.

M. Leon Barrette

M. Barrette vivait en résidence pour personnes âgées semi-autonomes. Après trois hospitalisations rapprochées au Centre universitaire de santé McGill (CUSM), il est admis au CHSLD Herron le 27 mars 2020.

M. Barrette est d'abord hospitalisé brièvement au CUSM à partir du 16 janvier 2020 à la suite d'une chute ayant provoqué un saignement intracrânien sans trop de conséquences. Il est de retour le 20 janvier jusqu'au 12 février 2020. Il y subit une résection d'une tumeur de la vessie avant d'être évalué pour des chutes à répétition dont, conclut-on, les causes sont multiples. Une évaluation de ses capacités résiduelles est entreprise au centre hospitalier. Un retour à sa résidence est tenté avec le soutien du CLSC, mais sans succès.

Du 17 février 2020 au 27 mars 2020, M. Barrette est de retour au CUSM. Il a aussi des saignements gastriques pour lesquels il reçoit plusieurs transfusions sanguines. On s'inquiète également de difficultés respiratoires que l'on attribue à une défaillance cardiaque et qui nécessitent d'admettre M. Barrette aux soins intensifs. Il y a accumulation de liquide entre le poumon gauche et son enveloppe. Le 18 mars 2020, on procède à une thoracocentèse où l'on retire 1300 cc au thorax gauche. Je n'ai pas trouvé les analyses biochimiques de cet épanchement pleural. J'en conclus qu'il ne s'agissait vraisemblablement pas d'un épanchement malin, mais plutôt du résultat de l'insuffisance cardiaque, la cause, de fait, la plus fréquente.

Même si l'insuffisance cardiaque ainsi que les saignements sont bien stabilisés, cette situation rend le pronostic médical plutôt sombre. Considérant sa condition médicale qui s'est dégradée, il est convenu avec la famille de modifier le niveau de soins et de s'orienter vers des soins de confort.

Le dossier médical en provenance du CUSM est incomplet. En particulier, il manque les notes infirmières qui nous auraient donné un portrait plus juste de l'état de M. Barrette dans les dernières semaines.

Les notes médicales sont aussi plutôt rares en mars. L'épisode de soins n'est plus considéré comme actif et on est alors en attente d'un placement en CHSLD.

Il y a néanmoins une note du psychiatre en date du 24 mars 2020 qui concerne une demande de M. Barrette afin d'obtenir l'aide médicale à mourir. Le psychiatre note une certaine ambivalence, le patient alternant entre le souhait de mourir et celui d'être déplacé dans un milieu plus convivial que l'hôpital. Le psychiatre ne parvient pas à trancher et mentionne vouloir s'entretenir à nouveau avec lui. Entre-temps, M. Barrette obtient son transfert vers le CHSLD Herron.

La note de départ, rédigée le 27 mars 2020, fait mention, outre un délirium hypoactif, d'une insuffisance cardiaque et d'une pneumonie. Un test de dépistage de la COVID-19 fait le 18 mars 2020 s'avère négatif. Même si M. Barrette et sa famille ne souhaitent que des soins de confort, nulle part, toutefois, est-il fait mention d'une mort imminente.

Lorsque la famille est informée d'une place disponible au CHSLD Herron, personne au CHSLD ne la met au courant qu'au moins deux personnes sont infectées par la COVID-19.

La suite est encore plus difficile à documenter, car il n'y a aucune visite médicale une fois au CHSLD Herron. Nous savons que M. Barrette est sous oxygène à son arrivée (2 L/min) et qu'il ne se plaint de rien sinon qu'il est fatigué et veut simplement se reposer. Il ne s'alimente pas et ne boit pas non plus malgré qu'une préposée aux bénéficiaires le lui offre. En soirée, on note que M. Barrette est très faible et requiert deux préposés aux bénéficiaires pour toute mobilisation. Essentiellement, il n'est aucunement en mesure de s'aider. C'est donc dire que l'état général de M. Barrette s'est détérioré de façon marquée entre le début janvier, où, avec sa marchette, il fait encore ses courses avec sa fille et la fin mars, où il ne peut même plus se lever seul.

Le 29 mars 2020, l'infirmière indique dans sa note que vers 10 h 30, M. Barrette a été trouvé dans son lit, sans signes vitaux, son corps froid. Le médecin est informé une heure plus tard. M. Barrette est décédé le 29 mars, soit à peine deux jours après son arrivée. Les informations au dossier médical sont si pauvres, qu'on a l'impression qu'il a été oublié dans sa chambre et qu'il y est décédé seul.

En l'absence de prodrome infectieux ou de tout signe pouvant laisser croire à un décès secondaire au virus, il serait surprenant que M. Barrette soit décédé d'une infection à la COVID-19. La cause la plus probable est un décès secondaire à l'insuffisance cardiaque.

Ainsi, si M. Barrette a été placé en décubitus dorsal sans qu'on relève la tête avec quelques oreillers et en remontant la tête du lit (par exemple à 30 °C), il peut avoir fait de l'orthopnée (difficulté à dormir à plat) ou encore une dyspnée paroxystique (essoufflement soudain lorsque la personne est couchée). La plupart des insuffisants cardiaques reconnaissent ces situations et vont spontanément se lever, facilitant ainsi le retour à une respiration normale. Toutefois, dans l'état d'extrême faiblesse dans lequel M. Barrette se trouvait, il n'a vraisemblablement pas été en mesure de se mobiliser. Par conséquent, il y a eu accumulation d'eau sur les poumons et le décès s'est ensuivi. C'est la cause la plus probable même si on ne peut exclure d'autres causes telle une arythmie, également fréquente chez les insuffisants cardiaques. La décision de le transférer dans un établissement en éclosion l'aura privé de mourir dignement, entouré de ses proches.

M. Thomas Baur

M. Baur est admis au CHSLD Herron le 28 février 2020 à la suite d'un séjour prolongé à l'Hôpital général juif.

M. Baur est connu pour plusieurs antécédents médicaux, dont du diabète de type 2 sous insuline, une insuffisance rénale aiguë, une hyperplasie bénigne de la prostate, un cancer de la langue avec glossectomie partielle, des autogreffes cutanées et une trachéotomie. M. Baur doit se déplacer à l'aide d'un déambulateur, subséquemment à la pose d'une prothèse de hanche en 2018.

Les notes infirmières confirment la présence d'un plan thérapeutique qui est approprié. M. Baur est alimenté par un tube et les soins de sa trachéotomie sont respectés. M. Baur n'a pas de problème cognitif.

Le 14 mars 2020, il est transféré à l'Hôpital général juif pour des rougeurs au pourtour de la trachéostomie. Il y demeure jusqu'au 17 mars 2020. Il revient au CHSLD Herron avec une prescription d'antibiotiques. Il est isolé 48 heures. Le 18 mars 2020, les résultats de prélèvement sanguins démontrent une insuffisance rénale aiguë nécessitant la dialyse. Une discussion entre le médecin du CHSLD Herron et la fille de M. Baur a

lieu le même jour quant au niveau de soins à offrir au patient compte tenu de sa condition médicale. Plutôt que de s'orienter vers la dialyse, il est convenu de s'orienter vers des soins de confort, soit un niveau de soins D. Cette discussion n'a par ailleurs pas eu lieu avec M. Baur qui, faut-il le rappeler, n'a pas de problème cognitif et doit donc être considéré comme apte à consentir ou non à ses soins.

Le 19 mars 2020, considérant la mise en quarantaine du CHSLD, sa fille joint son père par Zoom. Le 20 mars 2020, on modifie les antibiotiques (Septra). La condition médicale de M. Baur est stable. Le 24 mars, vers 14 h, M. Baur devient soudainement dyspnéique puis tombe rapidement en choc. Le service d'urgence 9-1-1 est appelé, mais le médecin décline le transfert à l'hôpital en accord avec la fille de M. Baur. Le protocole de soins de fin de vie est amorcé et on lui administre de la morphine et de la scopolamine.

La fille et la petite-fille sont appelées. Les deux se rendent à son chevet pour les soins de fin de vie. M. Baur décède le 28 mars à 0 h 45.

M. Baur a une santé qui est très hypothéquée. Il est notamment connu pour une anémie sévère et une insuffisance rénale préterminale. Bien qu'un décès lié à la COVID-19 doive être considéré, la cause de décès la plus probable dans le contexte d'un événement subit tel que décrit est une obstruction de la canule de trachéotomie soit par formation d'un bouchon muqueux, généralement par suite d'un défaut d'humidification, soit par un déplacement de la portion distale de la canule qui vient alors s'appuyer contre la paroi et engendre une obstruction. Autrement, une étiologie cardiaque sur bas débit est aussi possible.

La trachéotomie de M. Baur nécessite des soins réguliers avec succion et humidification. Dans les circonstances, une diminution de la surveillance et des soins infirmiers requis peuvent certainement avoir contribué au décès. En l'occurrence, c'est la cause que je retiens comme la plus probable.

M. Agop Bel

M. Bel vivait en résidence privée pour aînés au Manoir Pierrefonds. Il a été admis au CHSLD Herron le 3 avril 2018. Il souffrait notamment de diabète de type 2, d'une maladie cardiaque athérosclérotique et d'un trouble neurocognitif majeur.

Il a peu vu le médecin entre son admission au CHSLD Herron et novembre 2019, mais les notes médicales étaient plus fréquentes à compter de janvier 2020.

La dernière note médicale date du 5 février 2020 et reprend essentiellement les résultats d'analyses sanguines que le médecin avait prescrites. Rien d'autre de particulier n'a été noté à cette date.

Une autre note datée du 26 mars 2020 reprend une conversation entre la famille de M. Bel et le médecin concernant le niveau de soins attendu si son état de santé se détériorait, mais ne contient pas d'évaluation médicale.

M. Bel a fait deux chutes les 22 et 28 mars 2020 selon des rapports de déclaration d'incident ou d'accident, mais n'a pas subi de conséquences de ces chutes selon ces documents. Une surveillance post-chute a été effectuée dans les deux cas et a été documentée au dossier.

M. Bel a eu un vomissement semblant être alimentaire le 31 mars 2020, mais n'était pas en mesure d'exprimer s'il était toujours nauséux par la suite. Selon les notes

postérieures, il n'avait plus de nausée et n'a pas verbalisé de douleur ou d'inconfort jusqu'au 1^{er} avril 2020.

La note infirmière suivante était datée du 4 avril 2020 et était très courte, se limitant à souligner que la condition de M. Bel était stable. Il n'y a ensuite pas eu d'autres notes infirmières jusqu'au 7 avril 2020 à 19 h, de telle sorte qu'il est difficile de préciser quand la condition de M. Bel s'est détériorée, aucun symptôme particulier ne se retrouvant au dossier qui a été transmis au coroner.

Le 7 avril 2020 vers 18 h 24, une infirmière du CHSLD Herron communique par téléphone avec le médecin de garde pour l'aviser que M. Bel est léthargique dans son lit, est dyspnéique (respiration rapide) et est tachycarde (pouls rapide). Il est d'autre part impossible de vérifier sa saturation en oxygène. Le médecin demande alors à l'infirmière de communiquer immédiatement avec le 9-1-1, puis M. Bel est conduit à l'Hôpital général du Lakeshore, où il arrive vers 19 h 34.

L'état de conscience de M. Bel étant fortement altéré et ses signes vitaux étant inquiétants, le médecin émet dès l'arrivée de M. Bel l'opinion qu'il a un pronostic sombre. Un test de dépistage pour la maladie à coronavirus est fait et s'avère positif.

Sa condition reste semblable au cours des heures suivantes et son décès est officiellement constaté par un médecin à 21 h 35. Il est difficile de savoir si M. Bel a reçu sa médication comme prescrit, comme il y a un document d'administration des médicaments pour certains mois, alors que ce document n'a pas été transmis au coroner pour d'autres mois.

Les notes infirmières au dossier de M. Bel étaient irrégulières et il pouvait s'écouler plus de deux semaines entre les notes. Par ailleurs, l'absence de notes entre le 1^{er} avril 2020 et le 7 avril 2020, mis à part la note succincte et peu parlante du 4 avril 2020, fait en sorte qu'il est impossible de connaître la prise en charge en temps réel au cours de ses derniers jours.

Le médecin du CHSLD a très peu vu M. Bel et il s'est écoulé en fait plus d'un an entre deux consultations. Il a été vu après son admission pour la première fois le 25 septembre 2018, puis le 23 octobre 2018, et ensuite le 13 novembre 2019.

M. Bel décède le 7 avril 2020 des suites d'une infection à la COVID-19.

Mme Viviane Blanchard

Mme Blanchard est admise au CHSLD Herron le 22 octobre 2019. Elle avait été préalablement hébergée dans une résidence pour personnes âgées semi-autonomes, mais son état de santé a nécessité des soins plus aigus.

Mme Blanchard est connue pour plusieurs antécédents médicaux, dont de la démence avec errance, et du diabète de type 2. Elle est également à risque de chutes.

Mme Blanchard était autonome pour se nourrir et se déplacer, mais elle requérait un soutien pour ses besoins de base (hygiène). Le dossier médical révèle qu'entre le 22 octobre 2019 et le 21 décembre 2019, Mme Blanchard aurait fait 6 chutes au sol de sa propre hauteur. À la suite du mois de décembre 2019, aucune chute n'est consignée au dossier, ce qui est pour le moins étonnant. Mme Blanchard était connue pour un risque de chute important, pourtant rien au dossier ne fait état d'un plan thérapeutique

pour accroître la supervision ou élaborer des mesures correctives pour éviter ces chutes.

En décembre 2019, elle est hospitalisée pendant 8 jours à l'Hôpital général du Lakeshore à la suite d'une déshydratation. La cause de cette déshydratation n'est pas consignée au dossier médical du CHSLD.

Les notes médicales ne sont pas constantes, si bien qu'il est difficile de bien situer les soins qui lui ont été réellement administrés. À titre d'exemple, aucune note ne figure au dossier entre le 1^{er} janvier 2020 et le 10 janvier 2020, ni entre le 21 février 2020 et le 1^{er} mars 2020.

Mme Blanchard présente des symptômes dès le 21 mars 2020. En effet, entre les 21 et 23 mars, les notes font état de la présence d'une toux associée à un état subfébrile. S'il s'agit d'un prodrome de la COVID-19, cela en ferait une des premières résidentes du CHSLD Herron à en être atteinte. Toutefois, par la suite, les notes du 25 mars, du 31 mars et du 2 avril sont anodines. Il n'est plus fait mention de toux ou de fièvre. Le 3 avril, il y a inappétence et une température un peu élevée avec une légère désaturation en oxygène. Le lendemain, il y a une véritable fièvre pour laquelle Mme Blanchard reçoit de l'acétaminophène. Le 5 avril 2020, on note des difficultés respiratoires avec un début de cyanose. Un soluté intraveineux est installé pour prévenir la déshydratation. Ce soluté perfuse au moins jusqu'en soirée le lendemain. Le 6 avril 2020, Mme Blanchard est mise sous oxygène. À deux reprises, le personnel change les bonbonnes alors que celles-ci sont vides. On ne sait combien de temps Mme Blanchard est restée sans assistance. La condition de Mme Blanchard se détériore et elle sombre bientôt dans un coma duquel elle ne se réveillera plus. Mme Blanchard décède le 7 avril 2020.

Le médecin du CHSLD, qui ne l'a pas vue, attribue la cause de son décès à une infection probable à la COVID-19. C'est la cause la plus probable.

Mme Huguet L. Blondin

Mme Blondin est admise au CHSLD Herron le 23 novembre 2018 à la suite d'un transfert de la résidence Manoir Pierrefonds. Elle est connue pour plusieurs antécédents médicaux, dont un trouble neurocognitif. Elle est aussi en rémission d'un cancer du sein.

Elle a commencé à avoir une toux à la fin du mois d'octobre 2019, que le médecin a attribué à une infection virale. L'auscultation des poumons de Mme Blondin était alors sans particularité sans la présence de râles. Une recrudescence des symptômes amène le médecin à demander une radiographie pulmonaire le 5 février 2020. Il y a broncho-pneumonie et le médecin prescrit des antibiotiques à Mme Blondin. Son état est demeuré stable par la suite et elle ne s'est pas plainte de symptômes particuliers. Le 30 mars 2020, Mme Blondin mentionne au personnel soignant avoir une difficulté respiratoire. Ses signes vitaux sont cependant dans les limites de la normale. Le lendemain, elle a une toux et sa saturation en oxygène est un peu plus basse. Un test de dépistage pour la maladie à coronavirus est fait le 1^{er} avril 2020, mais son résultat ne s'est jamais retrouvé au dossier de Mme Blondin.

Le 2 avril 2020, Mme Blondin a une légère fièvre et elle commence à avoir des frissons au cours des jours suivants, alors que la fièvre se maintient. Le médecin est appelé le 4 avril 2020 et prescrit de l'oxygène pour l'aider à mieux respirer ainsi que de l'acétaminophène aux six heures. La fièvre augmente légèrement à compter du 5 avril 2020 et sa saturation en oxygène chute. Mme Blondin refuse par ailleurs de s'alimenter

à compter de cette date, puis refuse sporadiquement l'oxygène à partir du 6 avril 2020. L'équipe traitante, de concert avec la famille, l'oriente vers des soins de confort et il est convenu de ne pas forcer l'hydratation de Mme Blondin par voie intraveineuse. Le 10 avril 2020, vers 16 h, Mme Blondin est en détresse respiratoire importante et ne répond plus aux stimuli. Son décès est officiellement constaté par un médecin à 18 h 15. La cause de son décès est fort probablement attribuable à une infection à la COVID-19.

Mme Huguette M. Bouchard

Mme Bouchard est admise au CHSLD Herron le 26 janvier 2018. Elle est connue pour plusieurs antécédents médicaux dont une maladie de Parkinson, de l'obésité morbide, de l'asthme, des problèmes pulmonaires, de l'anémie, un hémithorax résolu et de l'anxiété.

Le dossier de Mme Bouchard ne comporte que très peu de notes médicales si bien qu'il est difficile de valider les soins obtenus au CHSLD Herron. La rareté des informations cliniques est inquiétante.

Le 7 avril 2020, une rare note clinique indique que le médecin du CHSLD a communiqué avec la famille pour l'informer de la détérioration de l'état de santé de Mme Bouchard. On suspecte qu'elle est atteinte de la COVID-19. Il est dès lors convenu que selon la progression de son état, des soins de confort lui seraient offerts, ce à quoi la famille est en accord. Le même jour, sa saturation en oxygène est à 68 % et un transfert en centre hospitalier est requis. Sa condition médicale se dégrade à l'Hôpital général du Lakeshore et elle se trouve en insuffisance respiratoire. Elle décède le 16 avril 2020 des suites probables d'une infection à la COVID-19.

M. Denis Boucher

M. Boucher séjournait dans une résidence privée qui ne répondait plus à ses besoins en raison d'une errance en lien avec un trouble neurocognitif. Une évaluation de ses capacités résiduelles a été faite le 8 janvier 2020 et une recommandation pour une unité prothétique avait été demandée en urgence par une intervenante du CISSS Montérégie-Ouest. N'ayant pas de place pour l'accueillir dans le réseau public, il sera admis au CHSLD Herron le 18 février pour une période temporaire et indéterminée.

M. Boucher a été hospitalisé à l'Hôpital du Suroît le 11 janvier 2020 et le 28 janvier 2020. Il y a d'abord été admis à la suite d'une chute sans hématome puis pour des tremblements et une infection urinaire. M. Boucher est connu pour plusieurs antécédents médicaux, dont de la démence, un accident vasculaire cérébral (AVC), de la surdité, de l'incontinence fréquente.

Le 26 février 2020, le 17 mars 2020 et le 5 avril 2020, M. Boucher fait trois chutes de sa propre hauteur. Un suivi post-chute est mis en place après chaque incident. À compter du 28 février 2020, plusieurs notes indiquent l'état de confusion et d'agitation de M. Boucher et son refus à plusieurs occasions de recevoir des soins de base, comme son bain. Entre le 24 mars 2020 et le 2 avril 2020, aucune note n'est consignée à son dossier médical. Le 9 avril 2020, il est couché au lit et refuse de s'alimenter et de prendre sa médication. Le 10 avril 2020, un médecin est avisé par une infirmière que M. Boucher est léthargique. On suspecte qu'il soit infecté par le coronavirus. Son fils est alors joint pour discuter du niveau de soins. Il est convenu avec la famille de lui offrir des soins de confort.

Le 11 avril 2020, le même médecin se déplace pour évaluer l'état de santé de M. Boucher. Ce dernier a fait une chute, mais n'a pas de blessure. Les mains de M. Boucher sont froides et un apport de fluide a été débuté pour corriger une éventuelle hypovolémie ou déshydratation. La famille est mise au courant. Un test de dépistage de la COVID-19 lui est fait. Ce test se révélera positif.

Sa condition médicale s'est malheureusement dégradée rapidement et il décède le 12 avril 2020, d'une infection à la COVID-19, dans un contexte de pandémie et dans une ressource qui n'était sans doute pas adaptée à ses besoins considérant l'évaluation initiale de ses capacités et ce que le CHSLD Herron pouvait lui offrir.

M. Maurice Chubry

M. Chubry vivait à son domicile avec son épouse et ils étaient soutenus par leur fille pour les activités quotidiennes. La condition médicale de M. Chubry s'est détériorée et la famille a dû se résoudre à envisager le placement en CHSLD. Il est admis au CHSLD Herron le 31 janvier 2020.

M. Chubry est connu pour plusieurs antécédents médicaux, dont de la démence avec perte d'autonomie sévère. Il doit se déplacer à l'aide d'un déambulateur. Il souffre également de désorientation, d'anxiété, d'incontinence urinaire, de fibrillation auriculaire sous anticoagulation, de régurgitation mitrale modérée et de surdité.

Le 27 février 2020, M. Chubry fait une chute de sa propre hauteur qui entraîne un trauma crânien nécessitant une visite à l'urgence et une hospitalisation. Le 4 mars 2020, à son retour au CHSLD, on le transfère au 1^{er} étage pour assurer une meilleure surveillance. Entre le 9 mars 2020 et le 1^{er} avril 2020 (23 jours), il n'y a aucune note infirmière à son dossier médical. Il est donc impossible d'évaluer la progression de l'état de santé de M. Chubry.

Le 1^{er} avril 2020, on note au dossier que M. Chubry a des frissons associés à une hypotension sévère (55/38 mmHg), une tachycardie (101/min), une tachypnée (24/min), une saturation en oxygène à 85 % et une température à 36,0 °C. Il est alors transféré à l'Hôpital général du Lakeshore.

Un test de dépistage du coronavirus confirme le diagnostic d'une infection à la COVID-19. Par ailleurs, M. Chubry souffre également d'une insuffisance rénale aiguë avec hypernatrémie (secondaire à une déshydratation). Le 4 avril, il est transféré au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et est admis dans une unité COVID-19. Il n'a pas de difficulté respiratoire, mais M. Chubry est confus et très agité. En accord avec la famille, il est convenu d'offrir des soins de confort. M. Chubry décède le 8 avril, vers 17 h 30, d'une infection à la COVID-19.

M. Marcel Dubé

M. Dubé est transféré de l'Hôpital du Suroît au CHSLD Herron le 28 janvier 2020. Il y a précédemment été hospitalisé du 10 septembre 2019 au 28 janvier 2020 pour un problème neurologique avec humeur paranoïaque.

Il est connu pour plusieurs antécédents médicaux, dont de l'hypertension artérielle, un diabète de type 2, de la surdité, de l'anémie, une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), de la démence, de l'épilepsie, une insuffisance rénale et un ancien AVC. M. Dubé est également à haut risque de chute.

Comme de fait, le 9 février 2020, M. Dubé fait une chute au sol dans sa chambre. Le 15 février 2020, il est trouvé au sol dans la salle de conférence du CHSLD. Le 29 février 2020, il est trouvé au sol dans sa chambre. Le 3 mars 2020, il fait une chute dans sa chambre en tentant de se rendre à la salle de bain. Le 8 mars 2020, il est trouvé au sol, dans le corridor, près de sa chambre. Le 14 mars 2020, il est retrouvé au sol dans sa chambre. Le 8 avril 2020, il est retrouvé au sol dans sa chambre. Un suivi post-chute est fait chaque fois durant les jours suivants. Malgré ses nombreuses chutes, aucun plan de prévention de chute ne figure au dossier.

Il y a plusieurs notes au dossier qui sont manquantes. À titre d'exemple, aucune note n'est inscrite entre les 1^{er} et 9 février 2020, entre les 16 et 19 mars 2020, entre les 25 et 27 mars 2020, ni entre les 10 et 13 avril 2020.

Le 13 avril 2020, un test de dépistage de la COVID-19 s'avère positif. Le 15 avril 2020, le tableau clinique est peu reluisant. M. Dubé est léthargique et sa saturation en oxygène est à 77 %. La famille est avisée que le pronostic de survie est sombre et que des mesures palliatives seront mises en place pour soulager M. Dubé. Le 16 avril 2020, M. Dubé a un léger regain d'énergie, mais qui est de courte durée, car le 19 avril 2020, on enregistre sa température à 40 °C. De la morphine lui est administrée vers 10 h 44 et il mourra quelques heures plus tard. La cause de son décès est donc attribuable à une infection à la COVID-19.

M. Benoit Dunn

M. Dunn est admis au CHSLD Herron le 12 mars 2020. C'est le curateur public qui a la charge de M. Dunn, car il n'est malheureusement plus considéré comme étant apte.

Il est connu pour plusieurs antécédents médicaux dont de l'hypertension artérielle, du diabète de type 2, de la démence mixte avec trouble du comportement et délirium, une insuffisance rénale, de la fibrillation auriculaire et de l'insuffisance cardiaque. M. Dunn est également à haut risque de chute.

Son dossier médical du CHSLD Herron contient peu de notes. On peut cependant y lire que le 15 mars 2020, M. Dunn présente une détérioration de son état général avec un épisode d'hypotension orthostatique.

Il n'y a aucune note au dossier entre le 15 mars 2020 et le 7 avril 2020. Le 7 avril 2020, on indique que M. Dunn aurait fait deux chutes dans sa chambre. L'examen médical est apparemment normal. Le 8 avril 2020, on décide toutefois de le transférer à l'Hôpital général du Lakeshore pour, apparemment, des douleurs au bras et au dos.

Quoiqu'il en soit, à l'admission de M. Dunn à l'urgence de l'hôpital, la note médicale mentionne que le motif de consultation est pour de la fièvre, de la toux, un mal de gorge et des chutes récentes. Subséquemment, une fois hospitalisé, on confirme qu'il s'agit d'un cas de COVID-19 avec début de pneumonie bactérienne. Bien que M. Dunn soit aussi connu pour des problèmes d'ordre cardiaque, le pronostic demeure positif et il répond bien au traitement d'antibiotiques (céphalosporine et doxycycline). À telle enseigne que le 20 avril 2020, on mentionne que le patient n'exige plus de soins actifs et pourrait obtenir son congé.

Malheureusement, le 25 avril 2020, en début d'après-midi, le médecin est appelé pour une toux et une dyspnée apparues durant le repas. À l'examen médical, M. Dunn fait de la fièvre et est somnolent. Un apport en oxygène est nécessaire et on suspecte alors

une pneumonie d'aspiration. L'évolution de sa condition médicale n'est pas bonne et se détériore avec une pneumonie et une détresse respiratoire nécessitant de l'oxygène à 100 %.

M. Dunn décède à l'Hôpital général du Lakeshore le 29 avril 2020 à 15 h 5 des suites d'une pneumonie consécutive à une aspiration.

Mme Joan Lorraine Franklin

Mme Franklin est hospitalisée à l'Hôpital général du Lakeshore du 26 février 2019 à la fin mars 2019. Elle est en perte d'autonomie et un retour à son domicile n'est pas envisagé. Compte tenu des soins qu'elle requière, une orientation vers un CHSLD est requise. Mme Franklin est admise au CHSLD Herron le 1^{er} avril 2019.

Mme Franklin est connue pour plusieurs antécédents médicaux, dont une maladie d'Alzheimer, des délires psychotiques, de l'insuffisance rénale et une perte d'autonomie importante.

Les notes médicales à son dossier indiquent une prise en charge difficile. Mme Franklin tient des propos incohérents (a peur d'être agressée) et refuse régulièrement de prendre ses médicaments. L'implication importante de la famille aide Mme Franklin à diminuer ses états d'agitation. Entre le 14 février 2020 et le 9 avril 2020, les notes médicales sont plus rares. Dans les faits, aucune note n'est inscrite à son dossier entre le 16 mars 2020 et le 2 avril 2020. Le 4 avril 2020, on mentionne que Mme Franklin est confuse et refuse sa médication.

Dans l'après-midi du 8 avril 2020, Mme Franklin est subfébrile (37,6 °C). La progression est foudroyante, car en début de nuit, Mme est retrouvée en détresse respiratoire avec forte fièvre (40,2 °C, température rectale). Le sensorium est affecté. Elle est transportée à l'Hôpital général du Lakeshore. Elle est fiévreuse, mais n'a pas de toux. Sa situation médicale est instable et se détériore dans les heures suivant son hospitalisation. À l'arrivée au centre hospitalier, la température de Mme Franklin est de 38,6 °C, elle est cyanosée, tachypnéique et dyspnéique. On procède à une intubation endotrachéale et son état est stabilisé dans la nuit. Le dossier de l'hôpital est malheureusement incomplet. L'intensiviste voit Mme Franklin en fin de matinée et indique dans sa note, de façon assez étonnante du fait de ses comorbidités, qu'il souhaite qu'elle soit transférée aux soins intensifs. Quoiqu'il en soit, on ne sait pas si la chose s'est faite. Mme Franklin est décédée, le 9 avril 2020, vers 13 h 30, ainsi qu'il est indiqué sur le constat de décès.

La note fait état d'une discussion avec la famille. Mme Franklin a-t-elle simplement été extubée après discussion avec la famille?

Il n'y a pas au dossier de résultat pour la COVID-19. Il est néanmoins raisonnable de penser que Mme Franklin soit décédée d'une infection à la COVID-19 avec une pneumonie ou un choc septique.

Il est par ailleurs difficile de dire si Mme Franklin a reçu les soins requis pour son état de santé les jours précédents son hospitalisation étant donné l'absence de notes au dossier.

Mme Patricia Gaudet

Mme Gaudet vivait à la résidence pour personnes âgées Sunrise à Dollard-Des Ormeaux. Compte tenu des soins requis, la famille a dû se résoudre à un transfert au CHSLD Herron le 23 mars 2020.

Mme Gaudet est connue pour plusieurs antécédents médicaux, dont de la haute pression artérielle, de l'anxiété, une infection urinaire, de la démence sévère, de l'hypothyroïdie, et de l'arthrite.

Mme Gaudet est admise le 23 mars 2020 alors que l'urgence sanitaire est déjà en place. Même si elle a besoin de beaucoup de soins, son état de santé est stable au moment de son transfert, si l'on fait exception de l'historique de chutes nombreuses à la RPA où elle demeurait. La résidente ne communique plus verbalement et répond à l'occasion par un oui ou un non. Dès son arrivée, elle est mise en isolement et les notes d'évolution sont bien détaillées les 23, 24 et 25 mars. Ses signes vitaux sont pris régulièrement, sa température est normale et il est indiqué qu'elle a besoin de l'aide de deux personnes pour se mobiliser.

À partir du 26 mars 2020, les notes de suivis sont plus marginales. Une seule note est indiquée pour cette date, soit vers 21 h 55. Ses signes vitaux et sa température sont alors pris et on indique qu'elle a bien mangé son repas du soir. La nuit du 26 au 27 s'est bien déroulée selon la note inscrite. Le 27, la seule note prise est aussi en soirée, soit à 21 h 20. Les signes vitaux et la température sont pris et elle a mangé son repas du soir. Le 28 mars, la note à 10 h 50 fait référence au déjeuner bien mangé. Les signes vitaux indiquent alors une pression plus basse que les autres lectures, mais sa température demeure normale.

Le 4 avril, la seule note indiquée est à 6 h 30 et mentionne que Mme Gaudet dort. Le 6 avril 2020, Mme Gaudet a une fièvre de 37,8 °C et on lui donne de l'acétaminophène. Sa pression est un peu basse, sa fréquence cardiaque est un peu rapide (95/min) et son taux d'oxygénation est de 90 %. Le 8 avril 2020, la note mentionne que Mme Gaudet a des difficultés respiratoires, son taux d'oxygénation est de 71 % et son pouls est de 48 à l'arrivée d'un membre du personnel, elle décède peu de temps après.

Il est difficile de dire si la fièvre observée le 6 avril 2020 était présente avant cette date puisque les notes médicales sont avares en renseignements cliniques. Aussi, il ne semble pas y avoir eu de suivi à partir du 6 avril 2020 concernant ses signes vitaux ni de signalement au médecin de garde concernant des médicaments qui auraient pu soulager les difficultés respiratoires de Mme Gaudet, lesquels sont concevables considérant le niveau de saturation de 71 % le 8 avril 2020 et le décès le même jour.

La cause du décès est inconnue. Il est certes possible que ce soit un décès secondaire à la COVID-19. Le décès survient effectivement durant la période principale de l'éclosion au CHSLD Herron. L'absence de prodrome (symptôme avant-coureur de la maladie) est un peu surprenante, mais cela pourrait s'expliquer par le manque de personnel au CHSD Herron durant cette période. Mme Gaudet aurait donc eu des symptômes. Ceux-ci n'auraient simplement pas été détectés par un personnel en remplacement et peu familier avec une clientèle gériatrique.

Par ailleurs, Mme Gaudet était dépendante des préposés aux bénéficiaires pour ses repas et son hydratation. Un jeûne forcé durant cette période pourrait avoir provoqué une acidose métabolique, laquelle entraîne une compensation respiratoire sous la forme d'une augmentation de la respiration. Celle-ci se produit généralement aux jours 3 et

4 du jeûne. Plus importante, la déshydratation peut aussi entraîner des changements au niveau de la respiration, celle-ci devenant profonde et accélérée. Il n'est donc pas possible d'éliminer une telle cause pour expliquer le décès.

Dans un contexte d'urgence sanitaire, la question demeura entière : pourquoi avoir autorisé un transfert au CHSLD Herron? Cette question est fondamentale pour Mme Gaudet comme pour tous les résidents qui ont été transférés pendant cette période.

M. Hermann Girard

M. Girard vit au CHSLD Herron depuis le 29 octobre 2018. Il est connu pour plusieurs antécédents médicaux, dont de la démence, de l'insuffisance rénale et une embolie pulmonaire résolue. Le 25 mars 2020, lors d'une consultation médicale, le médecin suspecte un état de déshydratation et prescrit une hydratation par voie orale.

Il n'y a aucune note médicale entre le 7 février et le 26 mars 2020, puis aucune du 26 au 30 mars. Plusieurs chutes sont répertoriées aux rapports de déclaration d'incident/d'accident au dossier médical durant cette période.

Le 1^{er} avril 2020, un test de dépistage pour la COVID-19 est fait. Le motif du test n'est pas clair dans le dossier médical.

Le 3 avril 2020, M. Girard va moins bien, il est subfébrile (37,4 °C) et possiblement plus confus. Le 4 avril 2020, on lui administre de l'acétaminophène pour de la fièvre (38,8 °C). Le lendemain, soit le 5 avril 2020, M. Girard est toujours au lit à 13 h 30. Il est difficilement éveillable. Il y a des râles audibles. La température atteint près de 40 °C et la désaturation est prononcée (70 %). On lui installe de l'oxygène par lunettes nasales.

Par ailleurs, le dossier de M. Girard est pêle-mêle et plusieurs parties sont retrouvées parmi les dossiers d'autres résidents. Il nous est donc très difficile de suivre l'évolution médicale de M. Girard. Un test de dépistage de la COVID-19 aurait été effectué le 1^{er} avril, mais le résultat n'a jamais été trouvé. Une fois cette réserve notée, la cause la plus probable du décès semble être une infection à la COVID-19.

M. Girard est décédé en fin de matinée le 5 avril 2020.

Mme Raymonde Haggar

Mme Haggar est admise au CHSLD Herron le 17 janvier 2018. Elle est connue pour plusieurs antécédents médicaux, dont de la surdité, de l'hypertension artérielle, de la démence, une hémorragie digestive et une perte d'autonomie sévère.

Le 9 mars 2020, on note au dossier médical que Mme Haggar a une toux sèche, mais ne fait pas de fièvre. Elle demeure relativement stable jusqu'au 29 mars 2020. Le 29 mars 2020, on note que la toux s'accroît, qu'elle présente de la fièvre et des difficultés respiratoires. On suspecte la présence d'une infection au coronavirus. Mme Haggar est transportée à l'Hôpital général de Lakeshore où son état se complique d'une pneumonie et d'une hypernatrémie.

En date du 4 avril 2020, elle est transférée au Centre hospitalier Pierre-Boucher où on lui offre des soins de confort jusqu'à son décès, soit le 7 avril 2020. Un test positif de

dépistage de la COVID-19 est noté au dossier. La cause de son décès est fort probablement attribuable à une pneumonie, une complication de la COVID-19.

Mme Bernice Alice Hazen

Mme Hazen est admise au CHSLD Herron le 10 janvier 2020 à la suite d'une longue hospitalisation de 51 jours à l'Hôpital général du Lakeshore, au terme de laquelle il fut déterminé que Mme Hazen ne pouvait plus retourner à son domicile. Elle est connue pour plusieurs antécédents médicaux, dont une MPOC, de l'hypertension artérielle, des problèmes coronariens et une insuffisance rénale chronique.

À son congé de l'hôpital, elle quitte avec de l'oxygène à cause de sa MPOC, un cathéter Foley pour incontinence, et des antibiotiques pour une colite à *C. difficile*. Elle requiert également des soins de peau pour un ulcère de pression au coccyx, ceci témoignant évidemment d'une perte d'autonomie importante. Mme Hazen requiert une aide pour tous ses transferts. Ses déplacements sont minimaux.

Le 21 février 2020, Mme Hazen crie à l'aide, elle est à sa chambre et a un mal de dos. On l'informe d'utiliser sa cloche d'assistance lorsqu'elle a besoin d'un membre du personnel. Le 28 février 2020, le fils de Mme Hazen informe l'infirmière que sa mère a mal à une cheville. Ses signes vitaux sont pris et tout semble normal.

Le 4 mars 2020, elle se plaint de douleurs aux jambes, on lui administre du Tylenol®. Il n'y a aucune note infirmière entre les 4 et 15 mars 2020. Le 15 mars 2020, une note brève indique une évaluation de l'état de santé de Mme Hazen puis il n'y a plus aucune note infirmière jusqu'au 29 mars 2020, où il est indiqué que Mme Hazen refuse de manger et elle est transférée au fauteuil pour regarder la télévision. Le 30 mars 2020, vers 12 h 55, elle est trouvée dans un état léthargique dans son lit. Elle ne mange toujours pas et refuse ses médicaments. On note une toux non productive. Son état s'est nettement dégradé.

Un prélèvement pour le dépistage de la COVID-19 est fait. La famille est invitée à venir à son chevet et des soins de confort sont initiés. Au matin du 31 mars 2020, la mort est imminente. Il y a désaturation en oxygène importante. La mort survient à 9 h 30.

La cause de décès la plus probable semble être une infection à la COVID-19. Par ailleurs, le résultat du test de dépistage effectué le 30 mars 2020 n'est pas au dossier médical.

M. Clifford Jacques

M. Jacques était hospitalisé à l'Hôpital Royal Victoria avant d'être admis au CHSLD Herron le 8 août 2019. Il est connu pour plusieurs antécédents médicaux, dont de l'hypertension artérielle, de la dysphagie sévère, une maladie coronarienne et un ancien cancer de la gorge.

La famille de M. Jacques s'est dit satisfaite de manière générale des soins reçus au CHSLD Herron. Les notes médicales au dossier de M. Jacques ne sont pas constantes. À titre d'exemple, le 13 février 2020, il est déshydraté. On met un protocole en place pour s'assurer que cette situation ne se reproduise plus. Le suivi de ce protocole est mal documenté. Le 18 février 2020, ses signes vitaux sont pris puis le 24 février 2020, on note que M. Jacques est léthargique et que l'on doit accroître la surveillance de son état. En mars 2020, il n'y a qu'une seule note consignée au dossier et elle est datée du

2 mars 2020. Il n'est donc pas possible de confirmer que M. Jacques a reçu les soins requis par sa condition.

Le 1^{er} avril 2020, M. Jacques est déclaré positif au test de dépistage de la COVID-19. Il est convenu avec la famille de modifier le niveau de soins de M. Jacques si sa condition médicale se dégrade et de ne pas tenter de moyens extraordinaires de survie, mais plutôt de s'assurer qu'il reçoive des soins de confort adaptés à sa condition médicale. Le 2 avril 2020, il a une température corporelle à 38 °C. Le médecin de garde est avisé. Le 3 avril 2020, il est retrouvé au sol de sa chambre. Un protocole post-chute est mis en place. Le 8 avril 2020, sa médication doit lui être donnée 30 minutes avant son repas. Il est noté que cette médication n'est pas disponible et de s'assurer qu'elle le soit pour le lendemain. Le 11 avril 2020, il a beaucoup de sécrétions et une toux grasse.

Le 16 avril 2020, M. Jacques a un regain d'énergie. Ses difficultés respiratoires semblent s'amenuiser et on arrive à l'asseoir au fauteuil. La famille confirme qu'il doit recevoir ses soins et ce n'est qu'en cas de détérioration marquée qu'elle acceptera les soins de dernier recours. Ce répit est de courte durée, car le 20 avril 2020, M. Jacques voit à nouveau son état se dégrader. Il faut se résoudre à débiter les soins de confort. M. Jacques décède le 23 avril 2020, fort probablement d'une infection à la COVID-19.

Mme Mary Kaplan

Mme Kaplan vivait dans une résidence pour personnes âgées semi-autonomes, soit le Château royal. Le 22 janvier 2020, elle y fait une chute et est admise à l'Hôpital général de Montréal pour un œdème au visage et des côtes fracturées. Lors de cette hospitalisation, les capacités résiduelles de Mme Kaplan sont évaluées. Un retour en résidence semi-autonome aurait nécessité du soutien, soutien qu'une proche avait déjà demandé en vain au CLSC. Mme Kaplan se déplace avec un déambulateur et est à haut risque de chute. Devant ce portrait clinique, il est convenu de privilégier une relocalisation. Elle est alors admise au CHSLD Herron le 24 février 2020.

Outre la perte d'autonomie, Mme Kaplan est connue pour plusieurs antécédents médicaux, dont une scoliose, de la démence ainsi que de l'arythmie maligne ayant provoqué un arrêt cardiovasculaire en 2018.

Les notes médicales dès son arrivée au CHSLD Herron sont documentées. Un suivi quotidien est fait auprès de Mme Kaplan, mis à part le 29 mars, où aucune note n'est consignée. La chronologie de son état de santé est inscrite au dossier médical.

Le 30 mars 2020, on note au dossier médical que Mme Kaplan est plus fatiguée et qu'un suivi sera effectué en ce qui a trait aux symptômes de la COVID-19. Elle ne fait par ailleurs pas de fièvre et n'a pas de toux sèche. Sa condition médicale se dégrade dans les jours qui suivent. Les 3 et 6 avril 2020, elle fait deux chutes et les rapports de déclaration d'incident ou d'accident sont consignés au dossier. Le 6 avril 2020, un membre du personnel du CHSLD Herron communique avec la fille de Mme Kaplan pour lui expliquer que l'état de sa mère se détériore et que l'on suspecte la COVID-19. Le 7 avril 2020, on informe la famille que le résultat du test de dépistage s'est avéré positif et que son état est critique. Elle décède malheureusement le 10 avril 2020 des suites de son infection à la COVID-19.

Mme Fahmeeda Khan

Mme Khan a été admise au CHSLD Herron le 27 août 2018. Elle est connue pour plusieurs antécédents médicaux, dont un diabète de type 2, une hypertension artérielle ainsi qu'un trouble neurocognitif.

À la fin février 2020, autour du 24, Mme Khan se fracture la cheville droite probablement après que son pied s'est pris sous le fauteuil roulant. Le médecin du CHSLD la voit le 26 février 2020 et Mme est amenée le 28 février à l'Hôpital du Lakeshore, où une orthèse plâtrée est appliquée. Le 11 mars 2020, on mentionne que Mme Khan est dans son état normal, à l'exception de sa fracture à la cheville. Il s'agit de la dernière visite du médecin responsable de l'unité de Mme Khan jusqu'à son décès.

Mme Khan est connue pour chuter, mais plusieurs mesures sont en place pour minimiser les conséquences de celles-ci.

Une note infirmière indique que Mme Khan commence à avoir de la fièvre le 4 avril 2020 et de l'acétaminophène lui est alors donné. Elle n'a cependant pas de toux ni d'autres symptômes. La fièvre se maintient au cours des jours suivants et Mme Khan commence à tousser et à être plus confuse le 6 avril 2020.

Le 7 avril 2020, elle est léthargique et sa saturation en oxygène est suffisamment diminuée pour qu'on lui administre de l'oxygène. Elle ne peut plus manger. Le médecin et la famille sont avisés.

Le 8 avril 2020, elle respire de façon superficielle et cesse complètement de s'alimenter. Elle apparaît toujours léthargique. Vers 15 h, le médecin demande qu'une perfusion soit installée, mais on ne semble pas avoir été en mesure de le faire. L'oxygène est augmenté, mais la condition de Mme Khan continue de se détériorer et elle décède le lendemain, soit le 9 avril 2020.

Dans le cadre de l'éclosion qui a cours au CHSLD Herron, il apparaît hautement probable que Mme Khan soit décédée d'une infection à la COVID-19. Il n'y a pas de confirmation par un test de dépistage, mais cliniquement, c'est le diagnostic le plus probable.

M. John Kirkpatrick

M. Kirkpatrick a été admis au CHSLD Herron le 26 août 2014. Il est connu pour des antécédents médicaux, parmi lesquels une maladie de Parkinson, une hypertrophie bénigne de la prostate ainsi qu'une symptomatologie de dépression et d'anxiété. Il est également à risque de chute.

Les notes médicales sont très peu documentées depuis son admission au CHSLD Herron. Le 13 avril 2020, la note de l'infirmière fait état que M. Kirkpatrick est confus et qu'il ne se sent pas bien. Le 14 avril 2020, un médecin du CHSLD constate qu'il est léthargique et que son niveau de saturation est bas. Il semble également déshydraté. Il est convenu de le transférer en centre hospitalier. L'état du dossier ne me permet pas de confirmer que M. Kirkpatrick a reçu les soins adéquats à sa condition pendant cette période.

Le 15 avril 2020, M. Kirkpatrick est transféré à l'Hôpital général du Lakeshore. Le tableau clinique est inquiétant. Bien qu'il ait été déclaré négatif au test de dépistage de

la COVID-19, il a les symptômes qui y sont associés. Le 17 avril 2020, le médecin de l'hôpital communique avec la famille. Il l'informe que l'état de santé de M. Kirkpatrick s'est détérioré. La famille convient qu'advenant une aggravation de son état général, elle ne souhaite pas de mesures extraordinaires telles que la réanimation cardiorespiratoire (RCR) et l'intubation endotrachéale. Le 18 avril 2020, sa condition médicale s'est dégradée et il est convenu avec la famille de lui offrir des soins de confort. M. Kirkpatrick décède le 23 avril 2020 et la cause de son décès est fort probablement attribuable à une infection à la COVID-19.

M. Paul-Émile Leblanc

M. Leblanc a été hospitalisé en octobre 2019 à l'Hôpital Santa Cabrini. Il avait été amené par les policiers à la suite d'un appel concernant des idées de complot contre lui par ses voisins. Lors de l'évaluation en milieu hospitalier, M. Leblanc est orienté, et malgré une légère confusion, ses propos restent cohérents. Selon la famille, cette situation s'est répétée à quelques reprises et elle est inquiète que ces épisodes de délire puissent amener une dégradation de sa situation. Un hébergement en CHSLD est envisagé. Il est admis au CHSLD Herron le 20 novembre 2019.

Outre le délirium, le début de trouble neurocognitif et la perte d'autonomie, les antécédents médicaux de M. Leblanc incluent une maladie coronarienne athérosclérose (MCAS), une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et une insuffisance rénale.

Les notes médicales indiquent que l'adaptation de M. Leblanc à son nouvel environnement s'est relativement bien passée. On note plusieurs chutes qui ont été suivies par un protocole post-chute. En février 2020, il reçoit un déambulateur pour le soutenir à la marche, ce qui, à notre avis, aurait dû être proposé dès ses premières chutes pour éviter ces incidents. Entre le 13 mars 2020 et le 2 avril 2020, aucune note médicale n'est indiquée au dossier. Il est donc difficile de confirmer que M. Leblanc a reçu les soins adéquats à sa condition pendant cette période.

Le 2 avril 2020, le médecin du CHSLD communique avec la famille. Il l'informe que le niveau de démence de M. Leblanc s'est accentué. La famille convient qu'advenant une détérioration de son état général, ils ne souhaitent pas que des moyens extraordinaires tels que le RCR et l'intubation soient mis en place. Le 11 avril 2020, on suspecte que M. Leblanc soit atteint de la COVID-19. La famille en est informée. Le 12 avril 2020, il est au lit, confus et léthargique. Le 13 avril 2020, le test de dépistage de la COVID-19 est positif. M. Leblanc est soulagé avec de l'acétaminophène. Le 15 avril 2020, sa condition médicale se détériore. Sa saturation est à 80 % et M. Leblanc refuse l'oxygène. Une communication avec la famille est établie et elle convient de lui offrir des soins de confort et de débiter le protocole de détresse respiratoire. M. Leblanc décède le 18 avril 2020 de l'infection à la COVID-19.

Mme Lucille Lecompte

Mme Lecompte vivait à la résidence Cambridge. Elle est admise au CHSLD Herron le 9 septembre 2019 sur une base temporaire et indéterminée faute de place dans le réseau public. Elle est en perte d'autonomie sévère et elle est à risque de chute. Elle arrive cependant à se déplacer en fauteuil roulant.

Mme Lecompte est connue pour plusieurs antécédents médicaux, dont un ancien AVC et un ancien infarctus. On note aussi une difficulté à mastiquer.

Le dossier médical de Mme Lecompte est assez bien documenté à la résidence. Bien qu'il n'y ait pas d'entrée de notes quotidienne, il nous est possible de voir l'évolution de l'état de santé de Mme Lecompte. Dès son arrivée, un bilan de santé est fait et un plan nutritionnel est établi. Le 6 janvier 2020, on note une fatigue plus importante, des douleurs polyarticulaires et des reflux gastriques. Un suivi médical est mis en place. Le 3 février 2020, comme les symptômes gastriques persistent, on envisage une consultation en gastrologie, ce que Mme Lecompte refuse. Le 10 février 2020, elle est nauséuse, mais refuse toujours la consultation en gastrologie. Elle est soulagée par de la médication. Le 18 mars 2020, un membre de la famille transmet un courriel et exprime son mécontentement de ne pas pouvoir joindre un membre du personnel par téléphone. Les informations semblent être transmises au compte-goutte, ce qui a pour effet d'inquiéter la famille. Entre le 26 mars 2020 et le 29 mars 2020, aucune note médicale ne figure au dossier. Nous ne pouvons donc pas confirmer si Mme Lecompte a reçu les soins de base. À titre d'exemple, le dernier repas servi et indiqué au dossier est le 26 mars à 13 h.

Le 29 mars 2020, une évaluation de son état général indique une nette détérioration. Elle est trouvée au sol de la salle de bain, avec une faiblesse marquée au côté droit de son corps. En accord avec les membres de la famille, elle est transférée le même soir en centre hospitalier.

Le transfert de Mme Lecompte au CHUM se fait dans un contexte de dysarthrie et d'une paralysie avec détérioration motrice aiguë. Elle n'a pas de fièvre ni de toux. On émet l'hypothèse de la présence de la COVID-19 ou d'un nouvel AVC. Chez les personnes ayant déjà subi un infarctus ou un AVC, les études ont démontré que le risque d'un nouvel AVC est certainement augmenté en présence de la COVID-19.

On lui fait passer un test de dépistage le même jour, qui s'est avéré positif. Le scan cérébral révèle également des changements ischémiques aigus en regard de la convexité frontale gauche. Le 31 mars 2020, il y a une nette détérioration du tableau clinique. Une discussion avec la famille a lieu le même jour et il est convenu d'offrir un traitement conservateur, sans acharnement thérapeutique. Le 1^{er} avril 2020, on opte pour un niveau de soins D, soit des soins de confort. Le 3 avril 2020, son état se complique d'une pneumonie et on lui prodigue les soins nécessaires pour la soulager. Elle décède le 8 avril 2020, des suites de son AVC et des complications liées à la COVID-19.

M. Gordon MacLaren

M. MacLaren a été admis au CHSLD Herron le 12 mars 2019 en provenance de l'Hôpital général du Lakeshore. Il est connu pour plusieurs antécédents médicaux, dont de la démence, un arrêt cardiovasculaire, de la haute pression artérielle, un risque de chute, une diverticulose et un œdème au pied gauche.

Les notes médicales au dossier de M. MacLaren ne sont pas constantes et sont difficiles à suivre. Le 18 mars 2020, il se plaint de douleurs à la poitrine et il est hospitalisé à l'Hôpital général du Lakeshore jusqu'au 19 mars 2020, où sa situation est suffisamment stabilisée pour le réintégrer au CHSLD.

Le 21 mars 2020, M. MacLaren s'est enfermé dans une salle de bain du CHSLD, et ce, malgré plusieurs appels de cloche pour obtenir de l'aide. C'est la seconde fois depuis son admission. Il est retrouvé au sol par un membre du personnel médical. Il est à nouveau retrouvé au sol pour une troisième fois le 31 mars 2020, sans plus

d'informations, sinon qu'il ne se plaint pas de douleurs. Il n'y a aucune évaluation post-chute. Les communications avec le CHSLD Herron sont difficiles et la famille peine à obtenir des réponses. Ces seules situations sont alarmantes.

Le 4 avril 2020 et les jours suivants, on note une toux intermittente. Les 11 et 18 avril 2020, on évalue son état de santé. Bien qu'il soit connu positif à la COVID-19, il demeure relativement stable. Sa condition médicale se détériore le 20 avril 2020, si bien que des soins de confort lui sont prodigués. Il décède le 22 avril 2020. La cause retenue est l'infection à la COVID-19.

Mme Olga Maculedicius

Mme Maculedicius vit au CHSLD Herron depuis le 28 mars 2019. Elle est connue pour plusieurs antécédents médicaux, dont de la fibrillation auriculaire, de l'hypertension artérielle, de l'anémie, de l'hypothyroïdie, un cancer de la langue et des cellules cancéreuses à la joue gauche. On note également un déclin de sa condition médicale dans la dernière année ainsi que le révèle un ulcère de pression à la fesse gauche très avancé. Elle est également à risque de chute. Des chutes ont été notées au dossier médical. Cependant, aucun rapport de déclaration d'incident ou d'accident n'a été consigné pour ces chutes.

Mme Maculedicius mange seule, mais a besoin de supervision. En janvier 2020, il est noté au dossier médical un second épisode de déshydratation et de désordres électrolytiques, dont le dernier épisode se serait produit du 19 au 24 janvier 2020.

Le 26 mars 2020, on ne signale aucun problème majeur. Puis, on ne retrouve plus aucune note à son dossier pour les cinq jours suivants. Même si on ne peut inférer du manque de soins pour expliquer l'absence de notes durant cette période, nous savons que les soins ont été réduits à leur plus simple expression durant cette période du fait du manque de personnel, qui a été bien documenté à l'enquête.

La note suivante est datée de la nuit du 31 mars au 1^{er} avril 2020 : « Mme est irritable ». La note ne dit pas pourquoi l'infirmière souhaitait évaluer la résidente à 3 h 15 du matin (par ailleurs, si Mme Maculedicius était assoupie, on peut concevoir qu'elle ait été perturbée de se faire réveiller en plein milieu de la nuit). L'infirmière indique que le rythme respiratoire est un peu élevé, mais sans détresse observable. Il n'y a pas de fièvre. Quoiqu'il en soit, il y a vraisemblablement plus, car à la visite suivante, vers 5 h 50, Mme Maculedicius est décédée et son corps est déjà froid.

La première cause de décès chez l'insuffisant rénal est la maladie cardiovasculaire. C'est la cause qu'il faut retenir ici.

Autrement, dans un contexte de soins insuffisants, bien documenté à l'enquête, un troisième épisode de déshydratation doit évidemment être considéré chez une résidente qu'on sait fragile (premier épisode en décembre 2019 et second en janvier 2020). En l'absence d'une routine où on s'assure que Mme Maculedicius boit régulièrement, elle pourrait à nouveau s'être déshydratée. La déshydratation provoque une insuffisance rénale aiguë (sur une insuffisance rénale chronique connue pour cette résidente).

L'insuffisance rénale aiguë amène une acidose métabolique (un pH qui s'abaisse). Pour compenser l'acidose, la respiration s'accélère — c'est ce qu'on appelle la respiration de Kussmaul — pour contrebalancer au moins partiellement avec une alcalose respiratoire. C'est possiblement ce qu'a observé l'infirmière vers 3 h lorsqu'elle a constaté un rythme respiratoire augmenté à 22 resp./min. En acidose, le risque d'arythmie maligne

augmente considérablement. Mme Maculedicius pourrait donc être décédée d'une arythmie cardiaque. Dans un tel scénario, c'est le manque de soins de base qui aurait généré le décès.

Je ne pense pas que Mme Maculedicius est décédée de la COVID-19. Toutefois, dans une zone où il y a une éclosion significative, une infection à la COVID-19 avec un schéma clinique moins classique doit quand même faire partie du diagnostic différentiel.

Mme Maculedicius est décédée le 1^{er} avril 2020, vers 5 h 50.

Mme Thérèse Maltais

Mme Maltais est admise au CHSLD Herron le 25 mai 2019. Elle est connue pour plusieurs antécédents médicaux, dont une maladie coronarienne, une maladie de Parkinson, une démence, de l'hypothyroïdie et un risque de chute.

Les notes de suivi au dossier médical ne sont pas constantes et plusieurs jours y sont manquants. En décembre 2019, deux chutes y sont notées sans avoir le détail de celles-ci. Le protocole post-chute est par ailleurs documenté. Le 7 janvier 2020, Mme Maltais se plaint de douleurs thoraciques. Elle est transportée par les ambulanciers, le même jour, à l'Hôpital général du Lakeshore et y demeure jusqu'au 9 janvier 2020.

Entre le 11 janvier 2020 et le 3 février 2020, aucune note n'est inscrite au dossier médical. Le 5 février 2020, elle se plaint de la rudesse d'un employé lors de son transfert du lit à la chaise. La famille est informée de l'incident. Entre le 21 février 2020 et le 19 mars 2020, il n'y a aucune note au dossier médical.

Le 12 mars 2020, la famille de Mme Maltais est informée que le CHSLD est mis en confinement et qu'aucun visiteur ne sera admis. Le 23 mars 2020, ils apprennent que Mme Maltais n'a pas reçu de bain. Ils tentent d'entrer en communication avec un responsable du CHSLD. La même situation se répète le 25 mars 2020. Le 27 mars 2020, ils réussissent à parler avec un employé de la résidence qui confirme que les bains ont été donnés et consignés au dossier. Or, il n'y a aucune note au dossier pour les 23 et 25 mars 2020.

Le 25 mars 2020, on note que Mme Maltais est léthargique et a de la difficulté à s'alimenter seule. Il n'y a pas de notes par la suite jusqu'au 9 avril 2020, où l'on note uniquement qu'elle n'a aucune plainte et qu'elle doit être bien. Cette situation est pour le moins inquiétante, n'ayant pu confirmer si Mme Maltais a reçu les soins requis avant son transfert à l'Hôpital général du Lakeshore.

Mme Maltais est admise le 11 avril 2020 à l'Hôpital général du Lakeshore. À son arrivée au centre hospitalier, on note que Mme Maltais est somnolente, que sa saturation est stable et qu'elle a des douleurs thoraciques et une basse pression artérielle. Elle est également considérée comme atteinte de la COVID-19. Dans les jours qui suivent, son état se dégrade. Mme Maltais ne s'alimente pas, ne s'hydrate plus et ne prend pas ses médicaments. Un PICC *line* (accès veineux central inséré dans la veine d'un membre supérieur pour recevoir des médicaments intraveineux) est envisagé, mais, compte tenu de l'intervention invasive de ce traitement, la famille ne souhaite pas d'acharnement thérapeutique. Le 19 avril 2020, il est convenu de lui offrir des soins de confort. Le 21 avril 2020, elle a des râles bronchiques et elle ne répond plus aux stimuli. À regret, la famille, malgré la difficulté à prendre cette décision, consent à cesser la médication et de débiter un protocole de soins de fin de vie. Mme Maltais décède le 23 avril 2020 d'une infection à la COVID-19.

Nous avons pu obtenir les observations de son conjoint dans un mémo qui a été rédigé par ce dernier et qui était consigné au dossier. Il a notamment fait référence à l'état léthargique de sa conjointe avec la prise de médicament et s'en inquiétait. La famille de Mme Maltais était très présente et était un soutien important pour cette dernière. La qualité des soins leur tenait à cœur. En ce sens, une plainte avait été déposée en février 2020 concernant la qualité des soins reçus.

M. Frederico Manfredi

M. Manfredi vivait à la résidence pour personnes âgées Château royal avant son transfert au CHSLD Herron le 30 novembre 2018.

M. Manfredi souffrait notamment de diabète de type 2, d'une maladie cardiaque athérosclérotique, d'une maladie pulmonaire obstructive chronique, de fibrillation auriculaire, d'hypertension artérielle, de dyslipidémie et d'un trouble neurocognitif majeur.

Selon une note médicale, il a commencé vers la mi-décembre 2019 à avoir une toux grasse. Le médecin a diagnostiqué une bronchite le 30 décembre 2019. Cette information ne se retrouvait cependant pas aux notes infirmières, qui ne comportaient qu'une seule mention de toux sèche sporadique pour cette période, soit en date du 30 décembre 2019. La mention de toux était cependant plus fréquente par la suite et des antibiotiques ont été prescrits le 7 janvier 2020.

M. Manfredi commence à présenter à nouveau une toux le 26 mars 2020 et est aussitôt placé en isolement, conformément au protocole en place au CHSLD Herron. Il commence également à avoir de la fièvre en soirée et est congestionné.

Les notes infirmières au dossier de M. Manfredi sont irrégulières et il peut s'écouler jusqu'à six semaines environ entre certaines notes. Par exemple, les notes post-bronchite de décembre 2019 sont du 12 janvier 2020, ensuite le 27 février 2020 et le 26 mars 2020.

Un test de dépistage pour la maladie à coronavirus est ensuite effectué le 30 mars 2020 et s'avère ultérieurement positif. Après discussion avec la famille, le médecin remplit le même jour le formulaire de niveau de soins précisant qu'aucune manœuvre de réanimation ne doit être tentée.

Le 31 mars 2020, le personnel constate que M. Manfredi est léthargique et difficile à éveiller. Sa saturation en oxygène est également basse et le 9-1-1 est appelé afin qu'il soit conduit à l'Hôpital général du Lakeshore, où il arrive vers 11 h 19. Son état se détériore progressivement au cours des jours suivants et il est décidé, le 5 avril 2020, après une discussion avec la famille, de se limiter à des soins de confort. Il fait de plus en plus de pauses respiratoires à compter du 7 avril 2020 et respire de façon très superficielle à partir du 8 avril 2020. Son décès est officiellement constaté par un médecin le 9 avril 2020 à 14 h. Son décès est attribuable à une infection à la COVID-19.

Mme Jeanne-Mance Mercier

Mme Mercier était hébergée depuis 2009 au Manoir Pierrefonds. Son autonomie diminue et, lorsque le milieu n'est plus suffisant, elle est admise au CHSLD Herron à la fin de l'année 2016.

Mme Mercier est connue pour plusieurs antécédents médicaux, dont un déficit intellectuel, du diabète, de l'épilepsie, de l'ostéopénie, une dépression et de la haute pression artérielle.

Les notes d'évolution ne sont pas prises tous les jours en 2017, 2018 et 2019, mais son dossier contient les différents tests sanguins effectués au fil de ces années ainsi que le dossier de sa vaccination pour l'influenza. De plus, une évaluation d'un possible début de dysphagie est effectuée en janvier 2019. Aucune diète particulière n'est débutée à ce moment, car le diagnostic est plutôt que la résidente mange trop vite et parle en mangeant.

En janvier 2020, elle fait une chute et un rapport de déclaration d'incident ou d'accident est rédigé. Par la suite, une surveillance de 48 heures est effectuée pour s'assurer que la résidente va bien. Le 7 février 2020, les notes indiquent que la résidente semble s'étouffer en mangeant et une attention particulière est portée à chaque repas et tout semble rentrer dans l'ordre. En mars 2020, il n'y a que deux notes au dossier médical, soit les 8 et 18 mars 2020.

La prochaine note d'évolution est datée du 1^{er} avril. À ce moment, la résidente a une température corporelle normale le jour, mais elle débute une toux la nuit et sa température est un peu plus élevée. Le 2 avril 2020, la résidente fait de la fièvre (39 °C), elle tousse, est léthargique et ne veut pas manger. Son taux d'oxygénation est bon (94 %), mais un test de dépistage de la COVID-19 est demandé et un traitement antibiotique de 5 jours est débuté, car un diagnostic de pneumonie probable est posé. La famille est avisée et détermine qu'en cas de détérioration, elle ne souhaite pas que Mme Mercier soit transférée à l'hôpital. Les infirmières ne notent rien de particulier au cours des 48 heures suivantes, mais dans la nuit du 5 avril, on trouve Mme Mercier dyspnéique et cyanosée. La famille est avisée du début des soins de confort. On donne de l'oxygène à la résidente, car son taux de saturation est bas (73 %). On cesse le traitement antibiotique et on débute la morphine.

Le 8 avril 2020, vers 5 h, avec de l'oxygène augmenté à 4 L/minute, la résidente a un taux de saturation de 68 %. Son décès est constaté vers 7 h.

Le test de dépistage de la COVID-19 effectué s'avère négatif. Cependant, le médecin croit qu'il s'agit d'un faux négatif en raison des symptômes de la résidente, qui s'apparentent à ceux de la COVID-19. Cette résidente était connue pour circuler dans les autres chambres. Il est possible qu'elle se soit contaminée en entrant dans une chambre où se trouvait un résident positif. Comme cette dame détestait être touchée, il n'est pas surprenant que le test soit négatif. Il s'agit possiblement d'un écouvillonnage insatisfaisant. L'absence de réponse au traitement antibiotique avec quinolone supporte également une étiologie virale.

La cause du décès probable est donc une infection à la COVID-19. Par ailleurs, l'absence de notes médicales entre le 18 mars et le 1^{er} avril 2020 ne nous permet pas d'établir si Mme Mercier a reçu les soins requis à son état de santé.

M. Athanasios Pappas

M. Pappas est transféré au CHSLD Herron le 20 février 2020. Il était hospitalisé à l'Hôpital général juif à la suite d'une pneumonie et d'une perte d'autonomie sévère. M. Pappas souffrait notamment de fibrillation auriculaire, d'insuffisance surrénalienne, d'un syndrome myélodysplasique, d'une maladie cardiaque athérosclérotique et avait subi un remplacement de la valve aortique en 2014.

Il a été hospitalisé le 6 février 2020 en raison de toux et de fièvre, le rendant plus léthargique. Un diagnostic de pneumonie multifocale avec un possible élément d'aspiration a alors été posé après une radiographie thoracique. Des antibiotiques sont alors débutés. Après son hospitalisation, il est dirigé vers le CHSLD Herron, soit le 20 février 2020.

Il a ensuite été vu hebdomadairement par le médecin du CHSLD jusqu'au 23 mars 2020. Le 23 mars 2020, M. Pappas commence à avoir une toux grasse et est aussitôt isolé des autres résidents. Des antibiotiques oraux sont débutés le 24 mars 2020, une pneumonie étant suspectée. Cependant, l'état de M. Pappas se dégrade vers le 26 mars 2020, notamment en raison d'une forte fièvre, et il présente des signes de réaction allergique aux antibiotiques, qui sont donc immédiatement cessés. Le transfert en centre hospitalier est demandé par le médecin du CHSLD Herron, où il sera transféré le même jour à l'Hôpital général juif. À l'arrivée des ambulanciers, M. Pappas était dans son lit, mais ils n'ont pas été en mesure de quitter immédiatement avec lui, puisque sa culotte était souillée de matières fécales et qu'il devait d'abord être changé. À son arrivée au centre hospitalier, un test de dépistage du coronavirus est effectué et se révèle positif. Il est le premier cas avéré de COVID-19 au CHSLD Herron.

Il y avait des notes infirmières au dossier tous les jours jusqu'à son transfert à l'Hôpital général juif, mais pas de notes sur les soins d'hygiène de base. Rien de particulier n'a été noté quant à une possible déshydratation et des notes infirmières des 23 et 25 mars 2020 soulignent qu'il semblait bien s'alimenter.

Le dossier de M. Pappas comprenait un document résumant l'aide qui lui était apportée de façon quotidienne, telle que le rasage, les bains, le changement de culotte, etc. Cependant, ce document va du 20 au 29 février 2020 et aucun document n'est au dossier pour mars 2020.

Considérant la détérioration rapide de son état, il est convenu avec la famille le 27 mars 2020 de se limiter à des soins de confort.

M. Pappas est décédé le 28 mars 2020 des suites d'une infection à la COVID-19.

Mme Anna Pauluk

Mme Pauluk et son mari sont déménagés au CHSLD Herron le 15 septembre 2014 après avoir séjourné à la RPA Manoir Pierrefonds.

Mme Pauluk est connue pour plusieurs antécédents médicaux, dont de la haute pression artérielle, de l'Alzheimer, de la dyslipidémie, de la cachexie et de l'ostéoporose. Elle est également à risque de chute.

Les notes d'évolution obtenues ne sont pas prises tous les jours, mais lorsqu'elles sont prises, les signes vitaux et la saturation de Mme Pauluk y sont notés. Il y a une récurrence de notes indiquant que Mme Pauluk ne se sent pas bien sans avoir de plainte bien définie.

En juillet 2018, elle fait de la fièvre et elle est encouragée à bien s'hydrater (les dates semblent correspondre à la vague de chaleur qui a affecté le Québec d'une canicule). Son conjoint semble l'aider pour différents déplacements et il est avisé que ceci n'est pas sécuritaire en raison du risque de chute de Mme Pauluk. Le dossier contient aussi

des rapports de déclaration d'incident ou d'accident en lien avec les chutes de Mme Pauluk et son mari semble toujours présent et l'assiste au moment des chutes.

Il y a peu de notes en janvier et février 2020 et le 4 mars 2020, la résidente semble avoir une plaie dans le haut du dos qui nécessite des soins, mais il n'est pas indiqué comment cette plaie est survenue. Les notes suivantes sont du 16 et du 23 mars. On mentionne encore la plaie au haut du dos et les soins requis en soulignant que cette plaie est à surveiller.

Le 2 avril 2020, Mme Pauluk fait de la fièvre et on lui administre de l'acétaminophène. Le 4 avril 2020, on lui donne à nouveau de l'acétaminophène. Le 5 avril 2020, sa fièvre augmente et elle ne mange pas. Son taux de saturation est de 90 %. Sa respiration commence à être difficile.

Le 7 avril 2020, on lui donne de l'oxygène pour maintenir la saturation en haut de 90 % et aussi un lien intraveineux pour maintenir l'hydratation. Son niveau de soins est modifié au niveau C avec l'accord de sa famille. Le 8 avril, à 6 h 30, une note indique que le soluté est vide et qu'il n'y a pas d'autres sacs disponibles. On en trouve un à 8 h. On doit alors réinstaller la perfusion. Deux infirmières s'y essayent, mais n'y parviennent pas, de sorte que la réhydratation est suspendue. Le décès survient le lendemain.

Il est difficile de connaître l'état de santé de Mme Pauluk entre le 23 mars et le 2 avril 2020, les notes y étant peu documentées. De plus, le manque d'équipement de base comme des solutés pour assurer la réhydratation est certainement de nature à accélérer le décès. Cela étant dit, Mme Pauluk est décédée le 9 avril 2020 d'une infection à la COVID-19.

Mme Hanna Piechuta

Mme Piechuta est admise au CHSLD Herron le 21 juin 2016. Elle est connue pour plusieurs antécédents médicaux dont les principaux sont une démence sévère, une fibrillation auriculaire et une insuffisance rénale sévère nécessitant des traitements de dialyse.

Mme Piechuta a eu une évaluation générale à son admission et il semble qu'elle était autonome pour se nourrir. Le risque de chute a alors été évalué à modéré. Manifestement, ce risque a augmenté au cours des années suivantes, car entre le 4 janvier 2020 et le 27 mars 2020, elle fait sept chutes. Les détails de ces chutes ne sont pas tous notés au dossier médical et aucun plan thérapeutique n'est consigné.

Les notes de suivis médicaux ne sont pas constantes. Il y a plusieurs jours manquants, dont du 26 février 2020 au 12 mars 2020 et du 29 mars 2020 au 2 avril 2020. Il est donc difficile d'établir les soins réels que Mme Piechuta a reçus les jours précédant son décès.

Nous avons pu lire que le 12 mars 2020, elle fait de la fièvre et que le personnel lui administre du Tylenol®. Mme Piechuta quitte pour ses soins de dialyse. C'est le département de dialyse du centre hospitalier qui constate que Mme Piechuta présente des symptômes de désaturation. Elle est alors hospitalisée du 13 au 25 mars 2020, où on lui découvre une septicémie à *S. Aureus* secondaire à la contamination de son cathéter de dialyse.

De retour au CHSLD Herron, Mme Piechuta fait une chute le 27 mars 2020. Entre le 28 mars et le 2 avril 2020, il n'y a pas de notes. Le 3 avril 2020, Mme Piechuta présente

des symptômes de désaturation à l'arrivée du personnel de la résidence. Il n'y a aucune bonbonne d'oxygène disponible. « Les bonbonnes d'oxygène sont en chemin », selon ce que l'on peut lire dans une note au dossier, faisant référence à un approvisionnement in extremis de l'hôpital. C'est donc dire que Mme Piechuta est en détresse respiratoire et que le matériel requis n'est pas disponible. Sa température grimpe lentement jusqu'à 38,1 °C. Elle est transférée le même jour à l'Hôpital général du Lakeshore. La note à l'urgence parle de température (39,5 °C à l'arrivée) ainsi que de toux depuis 2 jours. Avant d'être vue par le consultant en médecine interne, Mme Piechuta décède le 4 avril 2020. Un test de dépistage pour la COVID-19 aurait été fait à l'arrivée, mais ce résultat n'a pas été retrouvé au dossier.

Le manque d'équipement de base comme des bonbonnes d'oxygène ainsi que des solutés intraveineux dans le but de la garder hydratée et le piètre suivi de sa condition médicale sont certainement des facteurs qui ont contribué à accélérer son décès. La note à l'admission fait effectivement mention de la présence d'un pli cutané, signe habituel de déshydratation. Ce signe est toutefois parfois présent chez la personne âgée même sans déshydratation. Le SRAS-CoV-2, dans le contexte de l'éclosion de la COVID-19 au CHSLD, ainsi qu'une possible déshydratation sont les causes les plus probables du décès chez cette dame autrement très hypothéquée et fragile, relevant à peine d'une septicémie.

M. Stanley E. Pinnell

M. Pinnell est admis au CHSLD Herron le 30 novembre 2016 après avoir séjourné à la résidence Les Floralties de LaSalle. Il a un niveau de soins B. Il habitait auparavant une maison avec un proche et est déménagé à la résidence Les Floralties, car son milieu de vie n'était plus adéquat en lien avec sa condition médicale.

M. Pinnell est connu pour des antécédents médicaux, dont de la haute pression artérielle, un cancer colorectal de stade 2, de la fibrillation auriculaire, une maladie vasculaire périphérique sévère, un anévrisme de l'aorte ascendante, une diverticulose diffuse, une vue très faible et de la démence.

M. Pinnell vivait à la résidence Les Floralties avant d'être transféré au CHSLD Herron.

Les notes d'évolution au dossier débutent à l'été 2017. M. Pinnell semble avoir des hallucinations et est souvent agité. Les notes font état d'une augmentation de la dose de quétiapine à l'été 2018. Il a aussi un épisode d'étouffement alimentaire en mars 2019 et on note ses signes vitaux de façon plus régulière à partir de ce moment.

En novembre 2019, il semble avoir plus de difficulté à manger et on mentionne qu'on élève son lit à 60 degrés pour éviter une pneumonie d'aspiration. Un autre épisode d'étouffement alimentaire est noté le 16 novembre 2019 et M. Pinnell est transféré au CUSM pour un suivi et un éventuel traitement de sa pneumonie d'aspiration. Il revient au CHSLD Herron le 17 novembre 2019. On surveille sa condition selon les notes subséquentes.

Le 15 mars 2020, il est extrêmement agité et il crie des propos incohérents dans la salle à manger. On lui donne du Seroquel et on le surveille. La note suivante est du 22 mars 2020. Le résident a fait une chute dans sa chambre à 5 h 20 et il est écrit que la famille sera avisée. Le rapport de déclaration d'incident ou d'accident corrobore les notes d'évolution. Cependant, selon le résumé fait par la famille et transmis au coroner, la chute serait survenue à 13 h à la salle à manger et la famille est uniquement avisée le

23 mars 2020. Des suivis post-chute sont faits les 23, 24 et 25 mars et M. Pinnell semble bien. Il est alerte, n'a pas de douleurs et ses signes vitaux sont bons.

Le 2 avril 2020, il est indiqué que la famille est avisée qu'il se porte bien et que sa température est normale. Le 6 avril 2020, M. Pinnell a moins d'appétit et le 7 avril 2020, les notes indiquent qu'il est moins alerte que d'habitude. Sa pression est basse, sa température est un peu élevée et aucune lecture de saturation n'est possible. Rien ne laisse présager un état grave. On encourage M. Pinnell à s'hydrater. Le même jour, à 21 h 40, dans un développement surprenant, la note indique que les soins de fin de vie sont débutés après discussion avec le médecin. On donne au résident de la morphine apparemment pour de la dyspnée et de la douleur. Les signes vitaux montrent une tachypnée à 26 respirations à la minute. Durant la nuit, on continue l'administration de la morphine et on lui donne de l'oxygène. À 6 h 45, M. Pinnell cesse de respirer.

Des photos sont au dossier concernant les plaies de M. Pinnell à ses pieds. J'ignore la date des photos, mais les plaies semblent sévères, ce qui est fort préoccupant. Une évaluation en réadaptation pour aider à la mobilité de M. Pinnell fait état de ces plaies dès le mois de novembre 2019, mais la première mention aux notes d'évolution est faite en janvier 2020. Aussi, même si la famille est éloignée, elle est très impliquée. Nous savons que plusieurs tentatives de communication avec le CHSLD Herron entre le 23 mars 2020 et le début avril 2020 ont été infructueuses.

Une des filles de M. Pinnell indique qu'elle lui a parlé le 26 mars 2020 et que, déjà, il tousse. Il n'y a aucun test de dépistage de la COVID-19 au dossier et il est étonnant que soudainement, le 7 avril 2020, on décide de lui donner des soins de fin de vie sans autrement documenter l'évolution de sa condition. Finalement, je suis aussi perplexe concernant la cause de décès indiquée sur le SP-3 comme étant une COVID-19 possible sans autre cause contributive. Je me questionne donc sur les soins prodigués à M. Pinnell un peu avant le début de l'urgence sanitaire et sur les soins qu'il a réellement reçus entre le 26 mars et le 7 avril 2020.

M. Pinnell décède le 8 avril 2020, à 6 h 45. Par ailleurs, il me serait hasardeux de conclure à une infection à la COVID-19 compte tenu du peu d'informations à ma disposition. Pour tout dire, il n'y a aucune évaluation médicale et l'évaluation infirmière est on ne peut plus superficielle.

M. Florian Poissant

M. Poissant vit au CHSLD Herron depuis le 14 février 2020. Il est connu pour plusieurs antécédents médicaux, dont de l'hypertension artérielle, un reflux œsophagien, de l'hypothyroïdie et une hyperplasie bénigne de la prostate. Son principal problème de santé est son trouble neurocognitif. M. Poissant est aussi connu pour des problèmes cognitifs sévères.

Les notes médicales nous apprennent qu'au moins 4 chutes ont été recensées entre les 15 et 18 mars 2020. Les infirmières notent aux rapports de déclaration d'incident ou d'accident les mêmes heures aux constats de chute et les mêmes heures pour les événements en soi, ce qui est techniquement impossible. Dans la mesure où, avec raison, la famille ne souhaite pas avoir recours aux contentions physiques, la prévention des chutes est effectivement difficile chez un résident encore mobile dont l'équilibre est précaire.

M. Poissant est hospitalisé du 1^{er} au 7 mars 2020 pour le traitement antibiotique intraveineux d'une pneumonie de même que pour des saignements intestinaux bas qui,

finalement, cessent sans investigation ou intervention. On note également un état de déshydratation qui se corrige rapidement avec une perfusion intraveineuse d'eau stérile, une pratique désuète (pour autant déconseillée, car dangereuse).

À la suite de cet épisode, il est convenu avec la famille de modifier le niveau de soins de M. Poissant et de lui offrir des soins de confort au CHSLD Herron (niveau de soins D). Il est donc de retour le 10 mars 2020. Les notes infirmières ne font état d'aucun fait inquiétant jusqu'au 26 mars 2020 au matin lorsqu'il est noté que M. Poissant est fébrile avec une fièvre à 38,7 °C. Plus tard, on note la présence de diaphorèse (transpiration abondante).

Dans la soirée du 26 mars 2020, il respire superficiellement et rapidement. Étant donné le niveau de soins, la décision de ne pas transférer M. Poissant à l'hôpital est prise après qu'on a eu revérifié les volontés de la famille.

La médication usuelle en fin de vie est initiée peu après. À 23 h, il semble confortable. Il est découvert sans vie peu après minuit. La maladie est courte, moins de 24 heures, et semble dominée par un épisode fébrile. Bien que les causes d'une fièvre soient nombreuses, un état infectieux demeure néanmoins probable. En l'absence d'investigation, il est difficile d'être plus précis.

Il pourrait certainement s'agir d'un décès secondaire à la COVID-19. Bien que rapide, la présentation clinique n'est pas contraire à ce qui a été observé avec la maladie. Si tel est le cas, il s'agirait du ou d'un des premiers cas de l'éclosion au CHSLD Herron parmi les résidents. Étant donné le délai entre le transfert du centre hospitalier et le décès, il est peu probable qu'il s'agisse d'un cas de transmission hospitalière. Il est plus probable que le résident ait été infecté par un membre du personnel avec un équipement de protection insuffisant. La diaphorèse (transpiration) est peu typique d'une déshydratation.

M. Rodrigue Quesnel

Selon les informations recueillies lors de notre investigation, M. Quesnel vit au CHSLD Herron depuis 2017. Il est admis pour perte d'autonomie sans atteinte des fonctions cognitives (MMSE 30/30).

Il est connu pour plusieurs antécédents médicaux, dont de l'anémie, de l'arythmie, de la fibrillation auriculaire, une diverticulose, de l'hypertension artérielle, de l'ostéoporose sévère et une hypertrophie bénigne de la prostate. M. Quesnel se déplace en fauteuil roulant.

Le 24 octobre 2019, la famille est avisée que la perte d'autonomie de M. Quesnel s'est aggravée et qu'il a plus de difficulté à réaliser ses activités de la vie quotidienne.

Le 22 mars 2020, M. Quesnel a une diarrhée sévère. Le 25 mars 2020, on note qu'il fait de la fièvre. Le 27 mars 2020, une infirmière du CHSLD Herron communique avec la famille pour faire le point sur l'état de santé de M. Quesnel. Il y a tout lieu de croire qu'il est atteint de la COVID-19, mais aucun test de dépistage n'est disponible. M. Quesnel refuse catégoriquement d'être transféré en centre hospitalier. Il est convenu avec la famille de soulager ses symptômes, mais de ne pas le transférer à l'hôpital ni d'engager une réanimation si sa condition médicale se dégrade. On convient de garder M. Quesnel en isolement à sa chambre.

Toutefois, le 28 mars 2020, M. Quesnel est confus et les soins deviennent plus difficiles à gérer. Compte tenu d'un diagnostic probable d'infection à la COVID-19, et considérant que son voisin de chambre est lui-même décédé de la COVID-19, il est transféré à l'Hôpital général du Lakeshore par ambulance et sous escorte policière, car il ne veut pas être hospitalisé. À l'Hôpital général du Lakeshore, on confirme le diagnostic d'une infection à la COVID-19. L'état du patient est rapidement stabilisé, sans qu'on parvienne toutefois à le sevrer de l'oxygène.

Le 4 avril 2020, M. Quesnel est donc transféré vers l'Hôpital Santa Cabrini (où se trouve selon les notes médicales une unité COVID-19). Les notes médicales du centre hospitalier indiquent des épisodes de désaturation importante (65 % à l'air libre).

Dans la soirée du 11 avril 2020, M. Quesnel décompense. Il lui faut désormais de l'oxygène à haut débit (15 L/min). Il est désormais fébrile, somnolent et désorienté. Seul un support par ventilation mécanique pourrait l'aider (avec néanmoins un très mauvais pronostic). En accord avec le niveau de soins, on garde plutôt M. Quesnel confortable avec l'oxygène. Il décède le 12 avril 2020, à 6 h 15, des suites d'une insuffisance respiratoire secondaire à la COVID-19.

M. Joseph C. Richard

Selon les informations recueillies lors de notre investigation, M. Richard vit au CHSLD Herron depuis le 25 novembre 2017.

Il est connu pour plusieurs antécédents médicaux, dont deux accidents vasculaires cérébraux et deux infarctus du myocarde, une fibrillation auriculaire, une insuffisance cardiaque congestive, une maladie pulmonaire obstructive chronique, un cancer de la prostate en rémission et une insuffisance surrénalienne avec un épisode de décompensation en août 2019.

Le 25 janvier 2020, M. Richard fait de la fièvre et sa condition médicale se dégrade. Sa famille est à son chevet. M. Richard se rétablit. Entre le 25 février 2020 et le 26 mars 2020, il n'y a aucune note infirmière nous permettant d'évaluer la condition de M. Richard. Le 28 mars 2020, on note de la diarrhée et un échantillon de selles est pris pour analyse. Manifestement, les visites sont espacées jusqu'en après-midi le 1^{er} avril, lorsque l'on trouve M. Richard cyanosé et en choc avec une température de 34,4 °C. M. Richard ne répond pas à l'appel. Le frottement sternal parvient à peine à lui faire ouvrir les yeux. La fréquence cardiaque et le rythme respiratoire sont normaux. La saturation est légèrement diminuée et se corrige avec un apport en oxygène. Le médecin est avisé par téléphone et prescrit la médication de fin de vie. La famille est contactée pour les informer du sombre pronostic. Elle accepte la recommandation de s'orienter vers des soins de confort.

M. Richard décède le même jour plus tard en soirée. On ne sait trop comment la diarrhée a évolué entre le 28 mars et le 1^{er} avril. Ce qui est certain, cependant, est que l'hydrocortisone n'a pas été augmentée malgré la recommandation en cas d'épisode infectieux.

En tout état de cause, M. Richard est décédé le 1^{er} avril 2020 et son décès est le plus probablement attribuable à une insuffisance surrénalienne provoquée par l'épisode infectieux.

Mme Rachel Rodrigue

Mme Rodrigue vivait à son domicile avec son conjoint, qui agissait comme aidant naturel. En janvier 2020, lorsque les soins s'alourdissent, ce dernier doit se résoudre à placer Mme Rodrigue en hébergement au CHSLD Herron. Le placement à cette ressource était indiqué comme étant temporaire et pour une durée indéterminée. Nous ne savons pas si cette note était inscrite pour signifier l'attente d'un transfert vers un CHSLD public.

Mme Rodrigue est connue pour plusieurs antécédents médicaux, dont une maladie d'Alzheimer, de l'hypercholestérolémie, du diabète et des reflux gastriques.

Mme Rodrigue est également à risque de chute. Nous avons pu observer qu'entre le 28 janvier 2020 et le 11 mars 2020, plus de 7 chutes ont été notées au dossier médical et qu'un protocole post-chute a été mis en place à chaque chute. Par ailleurs, le nombre élevé de chutes en une si courte période demeure préoccupant. Entre le 14 mars 2020 et le 4 avril 2020, aucune note médicale n'est consignée au dossier. Nous ne savons donc pas quels soins a reçus Mme Rodrigue pendant cette période.

Le 5 avril 2020, Mme Rodrigue fait de la fièvre et est soulagée avec du Tylenol®. Le 10 avril 2020, elle a de la toux et est visiblement plus fatiguée. Le 11 avril 2020, à la suite de symptômes développés, on suspecte que Mme Rodrigue est infectée par la COVID-19. Sa saturation en oxygène est à 84 % et elle a de la difficulté à respirer. Elle est également léthargique. Sa condition médicale ne s'améliore pas le lendemain ni les jours suivants. Le médecin du CHSLD communique avec un membre de la famille et il est convenu, compte tenu des circonstances, d'offrir à Mme Rodrigue des soins palliatifs. Le 13 avril 2020, le résultat du test de dépistage de la COVID-19 est positif. Elle décède le 15 avril 2020 de son infection à la COVID-19.

M. Mahalingham Sinnathamby

M. Sinnathamby vivait au domicile d'une proche avant son admission au CHSLD Herron le 8 avril 2019.

M. Sinnathamby est connu pour plusieurs antécédents médicaux, dont un diabète de type 2, un cancer de la prostate, une démence avec problèmes de comportements et une hypotension orthostatique. Il est également à risque de chute. Le registre des tests de glycémie n'est pas consigné. Il est donc difficile de vérifier si le suivi a été fait adéquatement. Quant aux chutes, cinq ont été consignées à son dossier médical entre octobre 2019 et février 2020. Les rapports de déclaration d'incident ou d'accident ne sont pas rédigés systématiquement.

M. Sinnathamby avait besoin d'aide pour certaines activités de la vie quotidienne (AVQ) et était incontinent. Par ailleurs, il refusait régulièrement les soins. Il refusait également parfois de manger.

Les notes médicales ne sont pas constantes, si bien qu'il est difficile de bien situer les soins qui lui ont été réellement administrés. À titre d'exemple, aucune note ne figure au dossier entre le 8 novembre 2019 et le 1^{er} janvier 2020, entre les 9 et 15 mars 2020, et entre le 27 mars et le 2 avril 2020. À compter du 2 avril 2020, M. Sinnathamby manifeste le souhait de rester au lit, mange peu et refuse la plupart de ses médicaments.

Le 7 avril 2020, M. Sinnathamby ne se sent pas bien. Alors que le personnel médical le couche dans le lit, M. Sinnathamby se met à vomir et s'étouffe avec ses vomissements malgré qu'on l'asseye, qu'on aspire le liquide de ses voies respiratoires avec la succion et qu'on le mette sous l'oxygène. Le personnel du CHSLD communique avec le 9-1-1. M. Sinnathamby est malheureusement décédé avant l'arrivée des ambulanciers.

Il s'agit donc d'un décès accidentel. La détérioration de son état général au cours des jours précédents laisse croire qu'il était possiblement infecté par le SRAS-CoV-2 alors en éclosion. En l'absence d'un test de dépistage positif, les symptômes de M. Sinnathamby demeurent néanmoins trop vagues pour l'affirmer.

Mme Winifred Smith

Mme Smith vivait seule à son domicile puis a été hospitalisée pendant un mois à l'Hôpital général du Lakeshore en raison d'une perte d'autonomie importante. Elle a été admise au CHSLD Herron le 15 février 2019.

Mme Smith est connue pour plusieurs antécédents médicaux, dont une insuffisance cardiaque avec fibrillation auriculaire, une insuffisance rénale, une maladie pulmonaire obstructive chronique, un diabète non insulino-dépendant et un lymphome de type non hodgkinien en rémission.

Une note infirmière indique que Mme Smith ne se sent pas bien en début de nuit le 1^{er} avril 2020. Elle a alors de la fièvre et de l'acétaminophène lui est donné. Le dossier ne comporte pas de notes pour le 2 avril 2020, mais seulement pour le 3 avril 2020. Il y est mentionné que Mme Smith a de la difficulté à respirer et une administration d'oxygène est débutée, sa saturation en oxygène étant basse. Au matin, on note qu'elle tousse sans expectorations. Elle refuse l'oxygène, mais y consent un peu plus tard. Un test de dépistage pour la maladie à coronavirus est fait le même jour et le résultat est positif. Aucune note infirmière n'est au dossier de Mme Smith pour les 5, 6 et 7 avril 2020.

Le 8 avril 2020, sa saturation en oxygène chute de nouveau malgré l'administration d'oxygène. Elle a peu d'appétit et refuse de s'alimenter. Le 9 avril 2020, Mme Smith semble de plus en plus inconfortable et il est convenu, après une discussion avec la famille, de se limiter à des soins de confort.

Le 10 avril 2020, vers 11 h 15, un membre du personnel trouve Mme Smith en asystolie. Son décès est officiellement constaté à distance par un médecin du CHSLD. La cause probable de son décès est une infection à la COVID-19.

De manière générale, les notes infirmières au dossier de Mme Smith sont irrégulières et il pouvait parfois s'écouler plusieurs semaines entre certaines notes. À titre d'exemple, une note est datée du 18 novembre 2019, où l'on indique une réaction allergique alimentaire sévère, et la note suivante est datée du 4 janvier 2020. Entre les deux, le suivi et la prise en charge des soins ne peuvent être évalués.

Mme Elfriede Sorger

Mme Sorger est admise au CHSLD Herron le 29 novembre 2019. Elle avait été préalablement hospitalisée à l'Hôpital général du Lakeshore à la suite d'une intoxication volontaire à l'acétaminophène avec hépatite toxique sévère.

Du côté des antécédents médicaux, on note une dysphagie, une démence et un trouble dépressif. Elle est également à risque de chute. Le 20 janvier 2020, Mme Sorger est de fait tombée en voulant se lever de son fauteuil roulant, se fracturant la hanche droite. En salle d'opération, l'orthopédiste répare la fracture avec un clou médullaire.

Mme Sorger requérait une surveillance constante et un soutien pour ses besoins de base. En fait, le dossier médical révèle 7 chutes entre le 19 décembre 2019 et le 20 mars 2020, dont 5 pour le seul mois de janvier 2020. Même si Mme Sorger était connue pour un risque de chute, le dossier ne fait pas état d'un plan thérapeutique pour accroître la supervision ou élaborer des mesures correctives pour éviter ces chutes.

Les notes médicales ne sont pas constantes, si bien qu'il est difficile de bien situer les soins qui lui ont réellement été administrés. À titre d'exemple, aucune note ne figure au dossier entre le 10 et le 20 février 2020, entre le 20 février 2020 et le 5 mars 2020 et entre le 21 mars 2020 et le 4 avril 2020.

Le 4 avril 2020, on trouve Mme Sorger difficilement éveillable au lit. La respiration est rapide. Dans la nuit, il y a chute du taux de saturation en oxygène. On corrige avec un apport en oxygène. Au matin, on constate une toux grasse. Le médecin est avisé que Mme Sorger éprouve encore de la difficulté à respirer malgré la lunette nasale. En accord avec le vœu de la famille, on s'oriente vers des soins de confort. Mme Sorger décède en soirée le même jour.

Le médecin du CHSLD a attribué la cause de son décès à une infection probable à la COVID-19. Il nous a été impossible d'obtenir l'information selon laquelle Mme Sorger aurait été dépistée ou non. Les symptômes que Mme Sorger a présentés sont tellement sans finesse qu'il est difficile de se prononcer. Cela dit, une infection au coronavirus demeure effectivement le diagnostic le plus probable.

M. Edwin Stevens

M. Stevens est admis au CHSLD Herron le 26 janvier 2020. Il y est admis notamment pour une perte considérable d'autonomie.

M. Stevens est connu pour plusieurs antécédents médicaux, dont une démence, un diabète de type 2, un AVC, une dyslipidémie et une maladie rénale.

Les notes du suivi médical sont documentées de manière aléatoire et plusieurs jours sont manquants. On note à plusieurs occasions en février 2020 que M. Stevens refuse de manger. Le 17 février 2020, on note une perte d'appétit et de la fatigue. À compter du 30 mars 2020, les notes infirmières mentionnent chaque jour la présence d'une toux persistante. Il ne mange pas.

Le 8 avril 2020, il a deux vomissements fétides. On suspecte une occlusion intestinale. Il n'y a pas de fécalome. Par ailleurs, M. Stevens est maintenant somnolent. Avec l'accord de sa fille, on organise un transfert vers le centre hospitalier pour préciser le diagnostic puisqu'on hésite entre une pathologie abdominale et une pneumonie possiblement d'aspiration à la suite de vomissements ou encore à la suite d'une infection au coronavirus. Il n'est pas anodin de mentionner que le médecin a prescrit un test de dépistage de la COVID-19 déjà le 30 mars et a attendu en vain les résultats jusqu'au 8 avril 2020. Le test aurait été fait le 30 mars 2020 à 18 heures. Selon toute vraisemblance, le test n'a jamais été traité par le laboratoire, soit parce que le CHSLD n'avait pas les bons écouvillons, soit parce que M. Stevens ne répondait pas aux priorités établies par la Santé publique. Une troisième possibilité est que le test ne se

soit jamais rendu jusqu'au laboratoire, car aucune procédure de transport ne semble avoir été en place.

Malheureusement, le 8 avril 2020, M. Stevens est au plus mal et il décède durant le transport. À son arrivée à l'Hôpital de Lachine, l'urgentologue ne peut que constater le décès.

Le diagnostic le plus probable en est un de pneumonie évoluant depuis quelques jours et possiblement secondaire au coronavirus dans le contexte de l'éclosion présente au CHSLD et tenant compte du fait qu'il n'y a pas eu de réponse à l'antibiotique. Les vomissements seraient secondaires à la pneumonie. Bien entendu, cela demeure une hypothèse et dans la mesure où le diagnostic était incertain, l'indication du transfert était pertinente.

M. Michael Szabo

M. Szabo vivait au CHSLD Herron depuis le 21 mai 2015. Nous avons ordonné la copie intégrale du dossier de M. Szabo depuis son admission au CHSLD Herron considérant le très peu d'informations reçues initialement.

Le premier constat, sans doute le plus frappant, est une documentation médicale très pauvre. À titre d'exemple, il n'y a que 4 notes pour 2015, puis uniquement 2 pour 2016 et 2017. Quant à 2018 et 2019, elles sont également peu reluisantes. En 2020, les notes médicales débutent le 1^{er} avril, où l'on fait référence à un suivi post-chute. Nous n'avons aucune information concernant le jour et le contexte de cette chute. Toujours le même jour, le médecin est avisé par téléphone de la détérioration subite avec détresse respiratoire, tachypnée et désaturation en oxygène nécessitant un apport en oxygène.

Le 4 avril 2020, M. Szabo fait de la fièvre, mais la mesure n'est pas indiquée au dossier. Il est placé en isolement.

Le 6 avril 2020, on note une toux productive. On lui installe une canule nasale avec apport en oxygène de 2 L/min. Malgré tout, il demeure dyspnéique avec une saturation en oxygène qui oscille entre 80 et 90 %.

Le 7 avril 2020, M. Szabo est au lit. Il a peu d'appétit. Le 9 avril 2020, il est noté au dossier pour la première fois depuis la chute que des ecchymoses sont apparentes à son avant-bras gauche. Il est également noté une toux qui est toujours grasse. Il faut graduellement augmenter l'oxygène, d'abord à 3 L/min, puis à 5 L/min.

Le 10 avril 2020, un appel téléphonique est fait au médecin de garde de la résidence pour l'informer que M. Szabo est en détresse respiratoire et qu'un transfert en centre hospitalier est requis (niveau de soins A). On ne lui avait pas administré de test de dépistage de la COVID-19 jusqu'à ce jour. Nous n'avons malheureusement que peu de détails de la prise en charge de M. Szabo au CHSLD Herron et dans quelles conditions sanitaires et médicales il a pu se trouver dans les derniers jours de sa vie.

Le 10 avril 2020, il est transféré en centre hospitalier. Un test de dépistage de la COVID-19 lui est administré dès son admission et le résultat s'est avéré positif. Devant la détresse respiratoire avec tirage, M. Szabo doit être intubé et placé sous ventilateur. Il reçoit des antibiotiques et des antiviraux. Il y a possiblement des complications emboliques au niveau des poumons, car les D-dimères sont au-delà de 50 000 ng/mL. De tels phénomènes sont fréquents chez les patients atteints de la COVID-19. Par ailleurs, on doit le dialyser à cause d'une insuffisance rénale aiguë sur chronique.

Malgré tout, les difficultés respiratoires ne s'améliorent pas et on ne parvient pas à le sevrer du ventilateur. Il est convenu avec la famille de modifier le niveau de soins et de ne pas tenter de manœuvres de réanimation ni d'acharnement en cas d'arrêt cardiaque. La dernière note au dossier est le 18 avril 2020 à 9 h et M. Szabo décède vers 10 h 30. Le décès semble avoir été subit dans la mesure où la note de 9 h ne laisse pas présumer la mort imminente.

La cause du décès est vraisemblablement un infarctus de type 2 secondaire à une demande accrue et/ou à un apport réduit en oxygène, à moins qu'il ne s'agisse d'un nouvel épisode d'embolie pulmonaire. Lorsqu'ils sont mesurés, en début d'hospitalisation, les marqueurs pour ces deux conditions (troponines et D-dimères) sont augmentés. Dans les deux cas, la cause la plus probable du décès est directement imputable à l'infection au virus de la COVID-19.

Mme Denise Blanche Therriault

Mme Therriault vivait à la résidence Sélection Retraite Le Cambridge. Elle est admise au CHSLD Herron en mars 2018. Elle est en perte d'autonomie sévère et elle est à risque de chute. Elle arrive cependant à se déplacer en fauteuil roulant.

Mme Therriault est connue pour plusieurs antécédents médicaux, dont une tension artérielle élevée, une insuffisance cardiaque, une fibrillation auriculaire, une MPOC emphysemateuse, une maladie coronarienne et un reflux gastro-œsophagien.

Dès son arrivée, un bilan de santé est fait et une attention particulière est mise au suivi de sa MPOC. Du 8 novembre 2019 au 2 décembre 2020, Mme Therriault est hospitalisée à la suite d'une pneumonie et d'une anémie.

Le 9 décembre 2019, à la suite d'une discussion avec la famille et compte tenu du niveau de soins requis, il est convenu de déménager Mme Therriault au premier étage pour une surveillance plus accrue. Le 29 décembre 2019, elle est à nouveau transférée à l'Hôpital général de Montréal à la suite d'un trouble hépatique et d'un épisode de diarrhée. Elle y demeure jusqu'au 3 janvier 2020.

Le 6 janvier 2020, on note une fatigue plus importante et un suivi médical est mis en place. Parallèlement, Mme Therriault refuse ses médicaments. Le 24 janvier 2020, elle a une toux creuse et on lui administre de l'acétaminophène. Mme Therriault semble plus apaisée lorsque sa fille est auprès d'elle. On le constate à plusieurs occasions à la lecture du dossier.

Le 17 mars 2020, Mme Therriault exprime sa détresse de ne pas pouvoir voir sa fille régulièrement à cause des mesures de confinement. Le 19 mars 2020, elle est confuse. Sa condition médicale se détériorant, on fait exception pour permettre à sa fille de se rendre à son chevet.

Entre le 23 mars 2020 et le 30 mars 2020, il n'y a aucune entrée au dossier médical. À 1 h, le 30 mars 2020, la résidente se plaint de douleur abdominale. La note de l'infirmière ne précise pas dans quel quadrant la douleur se situe. Aucun examen n'est fait. On administre de la morphine, ce qui procure effectivement un soulagement à la résidente puisque celle-ci dort au passage suivant. Même scénario la nuit suivante autour de 4 heures du matin. Mme Therriault gémit de ce qui semble être une douleur abdominale. À nouveau, l'examen est on ne peut plus sommaire. Les cris se poursuivant, elle reçoit de la morphine vers 6 heures du matin avant de se rendormir.

En soirée le 1^{er} avril 2020, elle est retrouvée sans vie dans son lit. La cause du décès la plus probable, particulièrement chez une dame connue pour maladie coronarienne, est un infarctus aigu du myocarde, ce dernier se manifestant à l'occasion par des douleurs épigastriques. Il pourrait également s'agir d'une dissection d'un anévrisme de l'aorte ou d'un infarctus mésentérique, quoique ces pathologies soient plus rares. Un ulcère gastrique perforé ou une pancréatite aiguë sont également possibles. Ces douleurs auraient dû être évaluées adéquatement.

Mme Mary Ruth Wayland

Mme Wayland est admise au CHSLD Herron en juillet 2017. Elle est connue pour plusieurs antécédents médicaux, dont une MPOC tabagique, une haute pression artérielle, une hyperthyroïdie, une démence, une diarrhée chronique, une hyponatrémie chronique possiblement en lien avec la condition précédente, des cellulites et une arthrite septique résolues et des lésions ostéolytiques de la mandibule.

Mme Wayland vit au CHSLD Herron depuis l'été 2017 et elle a un niveau de soins C. Les notes d'évolution ne sont pas prises tous les jours en 2017, 2018 et 2019. Elles font souvent référence au fait que la résidente a des douleurs au niveau de sa bouche en raison de sa mandibule et n'a, par conséquent, pas beaucoup d'appétit. Les notes mentionnent également de nombreuses demandes de la part de la fille de Mme Wayland, qui désire voir sa mère confortable. On voit aussi que la résidente a plusieurs rendez-vous avec un chirurgien maxillo-facial pour l'extraction de certaines de ses dents.

À partir du mois d'octobre 2019, les notes sont plus fréquentes, car Mme Wayland a des douleurs au dos à la suite d'une chute survenue le 30 septembre 2019. Il n'y a pas de rapport de déclaration d'incident ou d'accident au dossier. On lui prescrit d'abord de l'acétaminophène, puis du Dilaudid 0,5 mg. Malgré tout, la douleur semble persister plusieurs jours. Au bout d'un mois, la douleur s'amende d'elle-même.

Le 25 novembre 2019, Mme Wayland a une toux. Elle sature à 94 %. On ne prend pas sa température, mais on lui donne du thé vert avec du miel. La note d'évolution suivante date du 27 décembre 2019. Elle aurait alors fait une chute, car elle est retrouvée au sol dans sa chambre. Elle a des douleurs à la hanche droite lors de mouvements, mais elle refuse d'aller à l'hôpital et sa fille, qui est contactée, demande au personnel de surveiller la situation et, dans la mesure du possible, de respecter le choix de Mme Wayland. Dans les heures et les jours qui suivent, le personnel évalue régulièrement la condition de la résidente sans que l'on soit effectivement obligé de transférer Mme Wayland en centre hospitalier. Le rapport de déclaration d'incident ou d'accident est au dossier.

Trois jours plus tard, soit le 30 décembre 2019, la résidente commence à tousser et sa température est légèrement anormale à 37,2 °C avec une saturation en oxygène diminuée à 84 %. Une ambulance est appelée. À l'hôpital, elle est traitée jusqu'au 8 janvier 2020 pour une bronchopneumonie multifocale.

À son retour de l'hôpital, les signes vitaux sont pris régulièrement pour quelques jours. Le 24 janvier 2020, elle tousse de nouveau et ses signes vitaux sont encore une fois surveillés. Elle doit être à nouveau admise en centre hospitalier le 25 janvier 2020 pour une exacerbation aiguë de sa MPOC. Elle obtient son congé trois jours plus tard, le 28 janvier 2020.

À son retour au CHSLD, Mme Wayland se porte bien pendant quelques semaines, si l'on se fie aux notes d'évolution. Le 9 mars 2020, sa fille mentionne au personnel soignant que la voix de sa mère lui semble différente et réclame une prise de sa saturation qui est à 93 %. La note suivante est le 24 mars 2020. Mme Wayland mentionne des douleurs thoraciques à la respiration. Ses signes vitaux sont rassurants. On élève la tête de son lit et par la suite, Mme Wayland ne formule plus de plaintes. Le 26 mars 2020, la résidente est bien et ses signes vitaux sont normaux.

Le 3 avril 2020, puisque sa saturation est basse (sous les 70 %), on lui donne de l'oxygène (2 puis 3 L/min). Subséquemment, Mme Wayland dort bien. On ne rapporte aucune fièvre. Le 4 avril 2020, lors d'une tournée, on réalise que le réservoir d'oxygène est vide et que la résidente sature en oxygène à 77 %. On lui installe une nouvelle bonbonne et sa saturation monte à 93 %. En soirée le 5 avril 2020, il faut augmenter l'oxygène. Toutefois, l'apport augmenté ne se traduit que par une réponse partielle du taux de saturation en oxygène dans le sang. On obtient 85 % avec 6 L/min et 80 % avec 4 L/min. De plus, Mme Wayland est désormais fébrile (38,5 °C). La morphine est débutée pour le confort de la résidente et elle décède dans la nuit du 6 avril 2020.

L'absence de notes entre le 26 mars et le 3 avril 2020 ne nous permet pas d'établir quand la maladie a véritablement débuté. Bien qu'une éclosion à COVID-19 se soit déclarée au CHSLD, il fallait se montrer prudent avant de sauter aux conclusions. Mme Wayland ayant récemment eu deux épisodes d'exacerbation aiguë de sa maladie pulmonaire obstructive chronique, il convenait de lui prescrire un stéroïde et un antibiotique dans l'espoir que son état s'améliore avant de conclure à une infection au coronavirus, d'autant plus qu'aucun dépistage n'avait été effectué pour pencher vers une infection au coronavirus.

Le manque de soins infirmiers a ici fait en sorte que le diagnostic a été tardif. L'absence de médecin a, quant à elle, empêché d'établir un diagnostic différentiel nécessaire. La cause la plus probable de son décès demeure une infection à la COVID-19.

M. John Whitehead

M. Whitehead souffre de la maladie de Parkinson et a été admis au CHSLD Herron en septembre 2017 après avoir séjourné à la résidence privée pour aînés Selection West Island, qui ne pouvait plus subvenir à ses besoins compte tenu de sa condition médicale.

Outre la maladie de Parkinson, les antécédents médicaux de M. Whitehead incluent une bradycardie traitée avec un stimulateur cardiaque, une hypotension orthostatique avec épisodes de syncope, des chutes fréquentes en raison de pertes d'équilibre qui l'obligent à se déplacer avec un déambulateur, un remplacement de la hanche droite et de fréquents désordres électrolytiques avec déshydratation.

Dès son admission au CHSLD Herron, une note à son dossier indique qu'une supervision accrue est nécessaire pour s'assurer que M. Whitehead mange et s'hydrate correctement. Dans les dernières années précédant son admission au CHSLD Herron, il avait déjà été hospitalisé à deux reprises en raison d'épisodes de déshydratation. Les besoins en soins sont importants. Heureusement, sa famille est très présente.

Les chutes sont nombreuses, telles que documentées dans les notes d'évolution. Il y a plusieurs rapports d'évaluation des plaies ainsi que des rapports de déclaration d'incident ou d'accident, même si toutes les chutes n'y sont pas consignées. Il y a une

hospitalisation post-chute pour trauma crânien en janvier 2018 et une évaluation en physiothérapie durant la même période.

À l'automne 2019, M. Whitehead souffre d'une pneumonie et doit être envoyé à l'hôpital pour un traitement antibiotique par voie intraveineuse. À partir de ce moment, les notes d'évolution sont plus régulières. À la mi-février 2020, il développe un œdème des membres inférieurs. On note également des plaies purulentes possiblement en lien avec son cancer de la peau. Le 21 février 2020, sa respiration est plus difficile et son taux de saturation décline. De plus, la présence d'une dysphagie nécessite qu'on modifie sa diète pour de la purée dans le but de limiter les risques d'étouffement. Il est envoyé à l'Hôpital général du Lakeshore le 22 février 2020 et y demeure jusqu'au 6 mars 2020 en raison de traitements pour une pneumonie d'aspiration, possiblement à la suite d'un étouffement alimentaire, ainsi qu'une surcharge pulmonaire en lien avec l'insuffisance cardiaque.

Ses signes vitaux sont pris régulièrement à son retour et son taux de saturation est supérieur à 90 %. Il mange bien et n'a pas de plaintes spécifiques. Le 16 mars 2020, une nouvelle plaie purulente est observée sur sa poitrine. Le médecin en est avisé. Ses signes vitaux sont normaux, sa température aussi et sa saturation en oxygène est à 96 %.

Le 17 mars 2020, il est bien sauf pour la plaie sur sa poitrine. Il n'a toujours pas de fièvre. La note suivante est du 3 avril 2020. On rapporte alors un pic de fièvre à 39,9 °C. De plus, la tension artérielle est basse ainsi que la saturation en oxygène à 85 %. Il n'y a pas d'oxygène disponible avant l'après-midi. Un traitement est instauré à 2 L/min. On rapporte alors une toux grasse.

La famille, présente au chevet, souhaite un transfert à l'hôpital afin de corriger la déshydratation avec une perfusion intraveineuse. Elle estime que leur père a encore une chance de s'en sortir. En ce sens, la perfusion ne constitue effectivement pas un traitement extraordinaire. Après discussion avec le médecin, le soluté est installé le 4 avril 2020.

Le 5 avril 2020, la Direction régionale de santé publique avise le CHSLD Herron que le dépistage de la COVID-19 est positif chez M. Whitehead. Dans les jours qui suivent, le soluté et l'oxygène sont maintenus. Toutefois, la respiration de M. Whitehead devient de plus en plus laborieuse. Les soins de confort sont donc débutés le 9 avril 2020 et il décède dans la nuit du 11 avril 2020. La cause de son décès est une infection au virus de la COVID-19.

Le CHSLD Herron a été un établissement d'intérêt préalablement à notre enquête pour certains organismes publics. Un résumé de leurs interventions est produit au présent rapport :

Visite d'évaluation de la qualité des milieux de vie par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) des 5 et 6 mars 2019

Milieu jugé « Acceptable » par l'évaluateur.

Recommandations émises au CHSLD Herron :

- 1. Se doter d'une politique de lutte contre la maltraitance [...] et élaborer le programme d'accompagnement en soins palliatifs et de fin de vie*

2. *Poursuivre son engagement afin de bonifier la procédure d'élaboration des plans d'intervention en interdisciplinarité [PII]*
3. *[Communiquer] les informations pertinentes au processus d'accueil [...] aux résidents et à leurs proches*
4. *[Communiquer les informations sur] les soins palliatifs et de fin de vie [...] permettant de favoriser la bientraitance et contrer la maltraitance*
5. *S'assurer que le rôle et les responsabilités du préposé aux bénéficiaires accompagnateur [PAB] soient connus [et] réaliser des rencontres formelles hebdomadaires pour échanger de l'information sur le plan clinique et organisationnel avec l'équipe soignante*
6. *Promouvoir les droits des résidents [et] informer systématiquement le comité des usagers lors d'une nouvelle admission*
7. *Susciter la participation du comité des usagers pour représenter le point de vue des résidents*
8. *Prendre les moyens nécessaires [pour réaliser] les Plans d'intervention en interdisciplinarité [PII]*
9. *[S'assurer] que les résidents soient informés [verbalement] du menu du jour*
10. *Améliorer le soutien offert aux bénévoles*

Le Protecteur du citoyen

Le 5 juillet 2017, le Protecteur du citoyen² a fait une intervention à la suite d'un signalement faisant état de diverses lacunes concernant la résidence Herron. On peut dégager cinq recommandations concernant la résidence Herron :

1. *S'assurer de maintenir un effectif suffisant et formé afin que les soins infirmiers et d'assistance répondent adéquatement aux besoins des résidents et résidentes, et ce, en tenant compte des démarches effectuées pour augmenter la clientèle.*
2. *S'assurer qu'une information adéquate, complète et compréhensible soit donnée aux résidents, aux résidentes et à leur famille dès l'admission de la personne, notamment sur les aspects financiers de l'hébergement, pour une prise de décision éclairée.*
3. *Se doter d'une procédure d'examen des plaintes qui respecte la loi et en faire la promotion auprès des résidents, des résidentes et de leur famille.*
4. *Prendre les moyens afin que le commissaire aux plaintes et à la qualité des services dispose des outils nécessaires pour exercer son mandat de façon neutre et indépendante, et en toute confidentialité.*
5. *Favoriser le bon fonctionnement du comité des usagers et en respecter le mandat légal.*

² Le Protecteur du citoyen. (2017). *Rapport d'intervention – Intervention au Centre d'hébergement Herron.*

Le CHSLD Herron devait informer le Protecteur du citoyen des mesures prises pour répondre à ces recommandations au plus tard le 31 octobre 2017.

À la lecture de ces recommandations, il est clair que le suivi a été fait de manière esthétique. Le seul témoignage de la commissaire aux plaintes m'a convaincue que les recommandations émises par la protectrice du citoyen ainsi que par le MSSS étaient soit mal comprises, soit ignorées par le directeur de Herron. L'analyse des événements confirmera malheureusement les difficultés de prise en charge des résidents au CHSLD Herron, mais également par le CIUSSS.

Le coroner

Le 27 mars 2019, la coroner M^e Julie-Kim Godin émet deux recommandations qui sont adressées au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal :

- 1) S'assurer que le CHSLD Herron respecte les conditions de certification d'agrément en ce qui a trait à la sécurité des usagers.
- 2) Poursuivre les travaux d'encadrement et d'accompagnement afin de rehausser et de mettre aux normes les soins et les services dispensés au sein du CHSLD Herron.

CHSLD Herron et CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Le CHSLD Herron est un centre d'hébergement et de soins de longue durée privé et non conventionné, propriété du groupe Katasa. Cette ressource d'hébergement ne reçoit pas de subventions de l'État. Elle doit cependant détenir un permis du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) qui l'autorise à héberger des personnes en perte d'autonomie. Le CHSLD Herron a conclu une entente avec le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal afin de fournir un certain nombre de lits, des soins et des services aux mêmes conditions que celles des CHSLD publics ou privés conventionnés.

Le CHSLD Herron a un permis de 154 lits. Douze de ces places font l'objet d'une entente de services avec le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Au moment de la crise de la COVID-19, 133 résidents y sont hébergés. Les personnes qui y vivent déboursent un loyer substantiel se situant entre 3 150 \$ et 5 650 \$ mensuellement pour une chambre. Quant aux 12 résidents référés par le CIUSSS, l'entente était expirée, mais avait été reconduite automatiquement en attendant la nouvelle. Les indemnités quotidiennes n'avaient par ailleurs pas été ajustées. Considérant qu'il s'agit généralement de résidents très lourdement handicapés par rapport à la clientèle privée, le montant alloué était insuffisant pour assurer l'intensité des soins requis. Ce faisant, cela offrait aux résidents des soins sous-optimaux par rapport à ceux du public. Ce sous-financement touche le cœur même des ratios infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires/patients ainsi que les autres ratios professionnels/patients.

Bien que le CHSLD Herron soit une entreprise privée, indépendante et autonome, elle doit se conformer aux exigences de la loi ainsi qu'aux normes et orientations du ministère en matière de qualité d'un milieu de vie substitut.

Parmi ces exigences, on note la nécessité d'avoir un ou une commissaire aux plaintes, un comité des usagers et un ou une directrice de soins infirmiers (DSI). Les propriétaires du CHSLD Herron n'avaient aucune expérience en matière de soins, que ce soit auprès

des personnes âgées ou des personnes vulnérables dont le niveau de soins requérait un placement en CHSLD. Il est à noter qu'aucun profil de compétences n'est requis par le MSSS pour exploiter un CHSLD privé non conventionné.

Les propriétaires ont également eu du mal à maintenir en poste une DSI, alors que c'est une exigence fondamentale pour la cohésion et la sécurité des soins. Une DSI a été présente pendant environ trois mois, jusqu'en janvier 2020. La reconstitution des dossiers médicaux a demandé plusieurs jours et la plupart des dossiers consultés étaient incomplets. L'absence d'une directrice de soins infirmiers, formée et expérimentée en soins gériatriques et de longue durée, a un impact direct sur l'encadrement adéquat de l'équipe de soins et la prise de décisions éclairées en matière de priorité de soins et de gestion en situation de manque majeur d'effectifs infirmiers (plan d'effectifs et horaires de travail équilibrés, plans de contingence sécuritaires). Opérer un CHSLD sans DSI est comme aller à la guerre sans général. Les équipes sur chaque étage sont laissées à elles-mêmes et doivent improviser l'organisation des soins. Aucune décision significative ne se prend. Toute la gestion se fait à la petite semaine. De façon générale, il n'y avait pas de structure de gestion suffisante et compétente en place au CHSLD Herron. Ce manque de ressources consacrées à la gestion étant d'autant plus aggravé, au niveau de la prestation des soins, par l'absence d'une directrice des soins infirmiers en poste. Une directrice des soins infirmiers est nécessaire pour apporter un leadership clinique au niveau du personnel soignant. Cela était d'autant plus essentiel au CHSLD Herron que l'administration en place ne comptait pas de gens issus du domaine clinique ou de la santé et qu'au surplus, le CHSLD Herron devait composer, comme bien d'autres milieux d'hébergement, avec la rareté, pour ne pas dire la pénurie de personnel.

Le directeur général est d'ailleurs partagé entre deux installations et n'a pas d'expérience préalable en gestion dans le réseau de la santé et des services sociaux ou dans un domaine y étant relié. Fait encore plus étonnant, l'établissement n'a pas de conseil d'administration en bonne et due forme. Cette absence de direction des soins a eu des impacts marqués quant aux suivis et à la qualité des soins et fort probablement également quant à la qualité du suivi des recommandations des organismes détaillés ci-dessus. La consultation des dossiers médicaux des trois mois précédant la pandémie démontre que la surveillance et les soins prodigués aux résidents n'étaient pas optimaux. Ces soins étaient tributaires d'une supervision assidue d'une DSI avec un soutien nécessaire de l'administration. Bien qu'une directrice des soins ait été en place quelques mois, la tradition de transmettre des informations médicales de manière orale était encore bien présente. Les plans de soins n'étaient pas mis à jour et le peu de stabilité du personnel n'était pas un gage de succès pour offrir des suivis de qualité.

Le comité des usagers a quant lui démissionné en bloc le 28 février 2017³. Les motifs invoqués sont de graves et récurrents désaccords avec l'administration de Herron, notamment quant au bien-être des résidents et à la gestion de ce milieu d'hébergement.

La commissaire aux plaintes et à la qualité des services embauchée au CHSLD Herron avait peu de moyens d'action ni d'influence sur l'implantation de correctifs selon ce qui est compris de son témoignage et faisait plutôt office de « paravent » sans avoir véritablement les moyens pour jouer son rôle. Bien que lors de son témoignage, elle nous ait expliqué ne pas avoir les coudées franches, c'était une femme d'expérience qui avait cumulé plusieurs années de services dans le réseau. Nous avons constaté que la structure même du poste ne répondait pas aux exigences et aux critères de neutralité et d'indépendance. En effet, la commissaire référait directement au directeur de Herron et aucun processus tangible pour assurer la confidentialité des plaintes n'avait été mis en

³ Volet Herron, pièce 73.

place. Il n'est donc pas surprenant de lire deux rapports ou bilans émanant de la commissaire qui sont en fait des copier-coller et qui sont identiques pour deux années de référence distinctes. Dans ce contexte, difficile pour une famille de croire à l'étanchéité du processus. Il est aussi inquiétant que la commissaire n'était pas au courant que le comité des usagers avait démissionné. J'ose croire qu'une telle information devrait systématiquement être rapportée au commissaire aux plaintes afin que la personne titulaire de ce poste contacte le comité des usagers pour s'enquérir des motifs. Si la commissaire en poste à l'époque avait procédé ainsi, cela aurait été un bon indicateur de dysfonction potentielle.

Les employés n'étaient visiblement pas prêts à faire face à la pandémie. Il semble que le personnel du CHSLD Herron était déjà sous pression bien avant l'éclosion du nouveau coronavirus. Il n'était apparemment pas inhabituel qu'une infirmière doive surveiller près de 140 résidents avec l'aide d'infirmières auxiliaires. Au plus fort de la crise, les propriétaires ainsi que le CIUSSS ont fait affaire avec une agence de personnel initialement sous contrat avec le CHSLD Herron et qui s'est avérée bancale. Cette agence n'avait d'une agence que le nom. Il est évident que l'absence d'ententes en bonne et due forme avec une ou des agences bien structurées a fait en sorte que, lorsque la crise s'est annoncée fin mars, les démarches en catastrophe du CHSLD auprès d'agences se sont heurtées à une série de refus. La crise de personnel étant étendue à plusieurs établissements, il fallait s'attendre à ce que les agences privilégient les demandes provenant de leurs clients réguliers.

Le manque de matériel de base est également une des lacunes observées avant la crise sanitaire. Plusieurs employés se sont plaints d'un manque de matériel de base (débarbouillettes, couches, serviettes, draps, piqués ou chaises sur lesquelles peuvent s'asseoir les résidents durant leur douche). Il a d'ailleurs été documenté qu'au moins un résident n'a pas reçu son bain pour ce motif (« no towel »), l'inscription étant répétée ad nauseam pendant quelques jours au dossier médical.

Par ailleurs, dès le 13 mars 2020, les propriétaires n'ont pas été sans initiative, mettant en place des mesures à la réception de directives ministérielles, telles que la fermeture de la salle à manger et des stations de lavage de mains ou encore la prise de température des employés.

Le 13 mars 2020, le gouvernement du Québec déclare l'état d'urgence sanitaire et interdit, à compter du 14 mars 2020, les visites dans les centres hospitaliers et les CHSLD. Cette mesure exceptionnelle et sans précédent visait à protéger les personnes les plus vulnérables et à diminuer le risque d'infection à la COVID-19. La trame factuelle nous apprendra que les familles ont non seulement été privées d'un accès à leurs proches au CHSLD Herron, mais qu'elles ont été également privées d'informations et de communication avec ces derniers. Quand les familles ont pu entrer en contact avec un responsable du milieu d'hébergement, les informations étaient souvent d'ordre général, dépassées, non validées ou approximatives. De plus, il semble qu'au moins à quelques reprises, celles-ci aient malheureusement été délibérément trompeuses avec l'intention de cacher l'horreur pour tenter d'induire une fausse réassurance auprès des proches inquiets.

Le 27 mars 2020, le CIUSSS est informé des premiers cas de COVID-19 et du manque de matériel de protection par le directeur du CHSLD Herron.

Le 28 mars 2020, vers 23 h, une résidente appelle sa fille. Elle lui explique être encore dans son fauteuil roulant. Normalement, elle est couchée vers 20 h, mais, ce soir-là, elle tentait en vain depuis des heures de joindre une préposée pour procéder au transfert. D'autres résidents erraient dans les couloirs et dans les chambres, sans surveillance ou

contrôle, en l'absence du personnel soignant, toujours selon le témoignage de la fille de cette résidente, qui rapporte ce que sa mère lui aurait dit.

Vers 1 h, la fille de cette résidente, qui est infirmière et qui est à son travail dans un autre milieu, s'inquiète de ne joindre personne au CHSLD Herron. Elle fait alors appel au 9-1-1. Les policiers lui répondent qu'ils n'ont pas le droit d'entrer dans l'immeuble puisqu'ils n'avaient pas de matériel de protection contre la COVID-19, mais qu'ils parleraient à une infirmière.

Un membre du personnel du CHSLD finit par entrer en contact avec la fille de la résidente en après-midi le 29 mars 2020. On lui aurait alors dit qu'elle était toujours dans son lit, puisque personne n'avait eu le temps de la soulever. Finalement, un médecin est allé la visiter en soirée. Ce n'est qu'à ce moment que la fille peut enfin s'enquérir de l'état de santé de sa mère.

Le 28 mars 2020, le directeur du CHSLD manifeste des symptômes associés à la COVID-19 et doit s'absenter. La propriétaire est appelée en renfort et arrive au CHSLD le 28 mars 2020. La Direction du CHSLD prend la décision que les employés devront dorénavant prendre leur température avant chaque quart de travail.

Le 29 mars 2020, des ambulanciers impliqués dans le transfert d'un résident du CHSLD Herron vers l'Hôpital général du Lakeshore communiquent avec la Direction de santé publique de Montréal après avoir remarqué qu'une infirmière de la résidence présentait des symptômes de la maladie. À l'arrivée du résident en centre hospitalier, il est observé qu'il présente des symptômes associés à la COVID-19. L'infirmière en chef du centre hospitalier avise la Santé publique. La directrice du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) du CIUSSS est également mise au courant de cette information et fait des démarches pour joindre le directeur et la propriétaire du CHSLD.

Le 29 mars 2020, la propriétaire est sur les lieux. Elle constate des difficultés importantes à assurer une présence minimale de son équipe de soins sur les trois quarts de travail. Certains ont communiqué avec Info-Santé qui aurait donné la directive aux employés de s'isoler pendant 14 jours. Cette information a par ailleurs été validée par le MSSS et n'est pas tout à fait juste. Cette directive d'Info-Santé était plutôt donnée à la population en général et non spécifiquement aux employés. Les employés qui ont appelé ne se sont pas identifiés comme étant du personnel de la santé, ce qui a pu créer une confusion dans la réception du message. Le manque d'équipements, le manque d'informations tangibles et le manque de leadership ont créé un sentiment de grande insécurité et plusieurs employés manqueront à l'appel. Ayant peur pour eux et pour leurs familles, plusieurs employés quitteront leur quart de travail ou ne se présenteront tout simplement pas.

Il n'est absolument pas question de jeter la pierre à quelque employé que ce soit. Alors que les centres hospitaliers n'ont presque aucun patient avec la COVID-19, ceux-ci sont bien organisés et disposent de tous les équipements nécessaires. Du côté du CHSLD, où bientôt la majorité des cas de COVID-19 se trouveront, on continue d'argumenter sur quels équipements sont nécessaires. Les gestionnaires, souvent sans consigne précise, essaient de rationner les équipements de protection individuelle (EPI). Au niveau national, on pratique aussi une gestion serrée de ces équipements, car la pénurie jamais avérée n'en reste pas moins toujours imminente. Dans ces circonstances, les travailleurs de la santé en première ligne dans les CHSLD seront les premiers à écoper. Ils seront des milliers à tomber au front pendant les premières semaines de la pandémie alors que des foyers d'éclosion éclatent par dizaines. Onze employés du réseau en

mourront. Cette situation n'est pas exclusive au CHSLD Herron ; elle est vraie pour tous les CHSLD en éclosion⁴.

La propriétaire du CHSLD Herron, visiblement dépassée par les événements, demande du renfort au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal. La Direction des ressources humaines (DRH) lui recommande d'abord de s'adresser aux agences, n'ayant pas suffisamment d'employés pour en déployer à Herron.

De manière concomitante, un médecin traitant de la résidence Herron informe la Directrice des services professionnels du CIUSSS, par l'envoi d'un message texte aux allures de véritable SOS, où elle fait part de l'état épouvantable dans lequel se trouve le CHSLD sans personnel sur place.

Trois membres de l'équipe de direction du CIUSSS décident de se rendre en début de soirée au CHSLD Herron. Des démarches sont également faites pour tenter de trouver immédiatement du personnel pour venir prêter main-forte.

À l'arrivée sur place, les gestionnaires du CIUSSS constatent que des résidents ont encore devant eux les cabarets du diner, voire du déjeuner, que la nourriture est froide et intouchée, que des résidents et leurs piqués sont souillés et que les poubelles sont pleines. Certains résidents présentent des signes de déshydratation et semblent amorphes. Il règne sur l'endroit une odeur nauséabonde qu'on décrira en audiences comme une odeur fétide ou encore aux relents d'ammoniac dus à l'urine qui tache déjà les matelas. On constate un manque criant de personnel sur place et ceux qui y sont semblent complètement dépassés par la situation, courant au plus pressé sans même parvenir à effectuer les tâches les plus élémentaires comme de s'assurer que tous les résidents boivent un minimum d'eau.

Comme mentionné plus haut, les résidents ne semblent pas avoir mangé les repas du midi et du soir. Les culottes débordent, les plis sont irrités et les zones de pression sont très rouges. Il manque de tout pour nettoyer et changer les résidents. On cherche le savon, les débarbouillettes, les piqués. Certains résidents ont des pansements datés du 23 mars 2020, laissant présager du non-respect de la fréquence de changement de pansements. L'équipe sur place rapporte également que les EPI sont une denrée rare. Les trois cadres du CIUSSS sont abasourdis par la scène dont elles sont témoins. La directrice des services professionnels du CIUSSS, qui est l'une de ces trois cadres, fait appel à son mari et à ses deux enfants pour venir prêter main-forte.

L'équipe de fortune du 29 mars 2020 va s'assurer de passer de chambre en chambre dans l'étage leur étant attribué afin d'évaluer les besoins des résidents et de distribuer les repas, faire manger les résidents qui ont besoin d'aide, mettre à jour la distribution des médicaments, faire une toilette partielle et changer les résidents et les mettre au lit pour la nuit.

La Direction du CIUSSS est avisée de la situation ainsi que le sous-ministre du MSSS et la sous-ministre adjointe des Aînés et des Proches aidants.

Vers 20 h 11, la sous-ministre adjointe des Aînés et des Proches aidants envoie un courriel à la chef de cabinet de la ministre des Aînés et des Proches aidants en spécifiant⁵ :

⁴ INSPQ. (2020). *Enquête épidémiologique sur les travailleurs de la santé atteints de la Covid-19 au printemps 2020*.

⁵ CNAT-1, pièce 281.

Je viens d'être informée d'une situation très préoccupante pour le CHSLD Herron à l'ouest de Montréal. Les employés ont été en contact avec un usager positif. Ils ont contacté le 811 qui leur a dit d'être en isolement étant donné qu'ils ont été en contact. Le résultat est qu'il n'y a presque plus de personnel pour prendre soin des 154 résidents. Le CIUSSS a pris le relai pour donner les services. C'est très problématique. C'est un CHSLD privé non conventionné. Le CIUSSS va prendre en charge le CHSLD pour donner les services, le temps de ramener la situation et de former le personnel. Nous allons aussi faire le lien avec les gens qui s'occupent du 811 dès demain matin aussi. (nos soulignés).

Ce même courriel sera transmis à la ministre des Aînés et des Proches aidants à 0 h 56. La situation est alarmante et l'appareil gouvernemental est au courant.

Le 30 mars 2020, vers 8 h 30, le CIUSSS fait parvenir à la ministre de la Santé et des Services sociaux un état de situation. Le même jour, la PDG du CIUSSS fait parvenir une correspondance⁶ à la propriétaire du CHSLD Herron. Cette correspondance suit le courriel de la PDG transmis le 29 mars 2020⁷ à 21 h 10 qui annonçait déjà le ton et la couleur des échanges subséquents. Dans cette correspondance du 30 mars, la PDG avise le CHSLD Herron que son CIUSSS, ayant constaté de nombreuses problématiques, notamment le manque de personnel, le manque d'EPI et le non-respect des règles visant à éviter la propagation des infections, plus particulièrement de la COVID-19, s'est vu confié le mandat de la ministre de la Santé et des Services sociaux « d'intervenir » auprès de la résidence. En audiences, plusieurs membres de l'équipe de direction du CIUSSS sont venus témoigner que leur intention était que cette intervention se fasse dans un esprit de collaboration. Or, tant le sous-ministre que la ministre de la Santé et des Services sociaux de l'époque confirment que dès le 29 mars 2020, leur compréhension est que, malgré le fait que le CIUSSS n'a pas les leviers juridiques pour le faire, celui-ci est désormais responsable de la prise en charge des soins au CHSLD Herron, ce dernier étant bel et bien mis sous tutelle. Cette confusion des rôles sera indéniablement la source de bien des difficultés au cours des jours suivants. Il était impossible de construire un véritable partenariat en l'absence d'une vision claire des rôles de tout un chacun. Ces premiers échanges seront, c'est ma conviction, en très grande partie responsables de tous les déboires qui s'ensuivront et des écueils dans la communication et la collaboration des parties. Cela serait un moindre mal s'il ne s'était agi que des frustrations vécues par le groupe Katasa et les gestionnaires du CIUSSS. Malheureusement, l'enjeu était ici beaucoup plus grand, car il mènera à des retards et des manquements autrement plus critiques dans les soins aux résidents. Plusieurs décès auraient possiblement pu être évités dans les premiers jours d'avril si les choses s'étaient passées autrement. Certains passages de cette correspondance sont éloquentes. On peut notamment y lire : « De plus, votre décision pendant la journée d'hier de transférer plusieurs résidents vers l'urgence de l'hôpital du Lakeshore va à l'encontre des directives ministérielles et du plan de pandémie du Québec. » Cette affirmation est pourtant contradictoire avec le témoignage du sous-ministre à la Santé, qui, lors de son passage en audience au volet national, affirmait qu'aucune directive n'interdisait le transfert hospitalier. Si même la PDG d'un CIUSSS ne comprend pas la directive, il n'est pas surprenant qu'il ait pu y avoir une certaine confusion au niveau des exécutants. Toujours dans la même correspondance, on peut lire :

Ainsi, conformément aux pouvoirs qui m'ont été conférés par la ministre de la Santé et des Services sociaux, en tant que présidente-directrice générale du CIUSSS de l'ouest de l'île de Montréal [sic], j'ai confié la

⁶ Volet Herron, pièce 9, lettre de Lynne McVey.

⁷ Volet Herron, pièce 12, page 3 : Objet du courriel : tutelle de la maison Herron.

gestion de la maison Herron à Mme Brigitte Auger, directrice SAPA, pendant la période de la crise sanitaire.

Bien que lors des audiences, l'aspect visant à favoriser la collaboration a été soulevé à maintes reprises par la Direction du CIUSSS, les écrits et les témoignages du MSSS nous convainquent du contraire.

Le 3 avril 2020, la Direction de santé publique de Montréal reçoit un signalement officiel du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal « concernant une situation problématique compromettant la santé et la sécurité des résidents du CHSLD ». Le signalement mentionne une problématique marquée au niveau de l'alimentation et de l'hydratation des résidents, l'absence de mesures de protection et de distanciation dans le contexte de la pandémie de COVID-19 ainsi qu'une insuffisance de ressources humaines pour assurer les soins et la sécurité des résidents.

Ce même jour, une décision des gestionnaires du CIUSSS présents sur place fait en sorte que tout le CHSLD est désormais considéré en zone rouge. C'est donc dire que tous les résidents sont maintenant assignés à leur chambre. Derrière cette décision en apparence anodine, une implacable logique est à l'œuvre. Car c'est maintenant le personnel qui circule d'une chambre à l'autre, alternant entre des soins à un résident atteint du virus aux soins à un résident encore non infecté. Or, les consignes en termes d'EPI n'ont pas changé. Tout ce qui est demandé au personnel est de changer leurs gants et de se donner un coup de *push-push* antiseptique entre les chambres. Évidemment, avant longtemps, le virus s'est propagé comme une traînée de poudre et la grande majorité des résidents ont été contaminés. Il s'agit d'une décision d'une rare insensibilité, absolument impitoyable et qui soulève la question : où étaient les experts en prévention et contrôle des infections du CIUSSS? Car, aucune erreur possible, une telle mesure aurait été absolument décriée si on l'avait appliquée dans un centre hospitalier. Comment une telle décision a pu être entérinée par l'équipe de prévention et contrôle des infections? À ce jour, c'est un véritable mystère. Tous les gériatres questionnés lors des audiences se sont montrés également perplexes lorsque la question leur a été posée.

La décision d'isoler les résidents à leur chambre était la bonne, mais il fallait ou bien identifier les équipes de soins en fonction des groupes de patients, ce qui, j'en conviens, était pratiquement impossible, ou encore mettre en place une procédure stricte pour limiter la transmission du virus d'une chambre à l'autre.

À la même époque, au Québec, on a assisté à la mise sur pied des cliniques désignées de dépistage et d'évaluation COVID-19 (CDE), où les mesures d'hygiène les plus strictes étaient exigées avant que les soignants puissent voir un nouveau patient. Pourtant, en CDE, la prévalence du virus était beaucoup plus faible que ce qu'elle était au CHSLD Herron. Pourtant, en CHSLD, les soins exigent une proximité bien plus grande que ce qui était exigé en CDE ou même en centre hospitalier. Comment, à ce compte-là, tolérer moins de contraintes en CHSLD? Ce jour-là, on a toléré l'intolérable. C'est un jour triste pour la médecine au Québec. Un cas d'anthologie qu'il faudra un jour enseigner dans les facultés de sciences infirmières et de médecine. Pour ne pas oublier.

Le 4 avril 2020, la propriétaire du CHSLD Herron transmet un long courriel à Mme Martine Daigneault, coordonnatrice du CIUSSS, sur les différentes difficultés vécues entre la prise en charge du CIUSSS et l'implication attendue du CHSLD Herron⁸. Ce courriel restera lettre morte.

⁸ Volet Herron, pièce 49.

Le 5 avril 2020, le CIUSSS transmet une mise en demeure⁹ aux propriétaires du CHSLD Herron. Parmi les nombreuses demandes auxquelles le CHSLD doit répondre, on peut y lire : « [...] ne prendre aucune décision concernant le CHSLD sans autorisation de Mme Auger ou de la personne qu'elle aura déléguée [...] ».

Une semaine après la première intervention, le CIUSSS n'avait toujours pas, selon eux, les horaires de travail pour identifier le personnel, la liste de rappel des employés ainsi que leurs numéros de téléphone et les coordonnées pour les contacter, la liste des fournisseurs de services du CHSLD et la liste des résidents avec leur numéro de dossier, leur numéro de chambre, de même que les numéros de téléphone et les coordonnées pour joindre leur famille. Cette situation à elle seule est incompréhensible, d'autant que plusieurs témoins nous diront que la fin de semaine du 4 au 6 avril 2020, les résidents étaient en situation critique et que c'était toujours le chaos. Le personnel présent était à bout de souffle et ne savait pas à qui se référer au plan hiérarchique. Pendant cette même période, des résidents mouraient et certaines dépouilles sont restées dans la chambre pendant une période de 24 heures avant d'être récupérées par une maison funéraire. Cette seule image est indigne d'une société civilisée. Rappelons que le CIUSSS est le maître d'œuvre des lieux depuis le 29 mars 2020.

Le 7 avril 2020, une infirmière en chef de l'Hôpital de St. Mary offre à la Direction du CIUSSS d'aller prêter main-forte au CHSLD Herron. L'offre est plus que bienvenue, si bien que le 8 avril 2020, elle fait une visite de reconnaissance avant de revenir le 9 avril 2020 avec une équipe d'infirmières volontaires pour donner des soins. Certaines sont tellement choquées de ce qu'elles découvrent qu'elles refusent d'y retourner, visiblement troublées et marquées par leur expérience.

Dans la soirée du 11 avril 2020, cette même infirmière-chef, inquiète que les renforts médicaux soient toujours insuffisants, retournera au CHSLD Herron en compagnie d'une gériatre afin d'évaluer chacun des résidents. Lors de son témoignage, D^{re} Chabot, cette médecin gériatre, nous dira que la sortie médiatique rapportant l'hécatombe au CHSLD Herron l'a profondément troublée. Elle n'arrivait pas à croire que l'on ait pu laisser la situation se détériorer jusqu'à un point aussi critique. Pour elle, il était impératif de contribuer, ce qu'elle a d'ailleurs continué de faire au cours des jours suivants. Il est heureux qu'elle ait pris cette initiative, car cela a permis de sensibiliser ses collègues gériatres qui ont par la suite également mis la main à la pâte, permettant ultimement de reprendre le contrôle au CHSLD.

Pendant ce temps-là, alors que le manque d'expertise médicale est criant, les médecins qui dispensent habituellement les soins au CHSLD Herron sont en télémédecine. Ceci conduit à des soins approximatifs, à des soins de fin de vie initiés sans évaluation médicale et à des erreurs ou absences de traitement comme pour Mme Allo ou M. Richard.

Peu après la déclaration de l'état d'urgence sanitaire en mars, il circule une directive du MSSS suivie d'un avis du Collège des médecins du Québec¹⁰, lequel indique notamment qu'« [i]l appartient au médecin de déterminer si l'état de santé du patient est compatible avec une téléconsultation. Le président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, regroupant tous les médecins de famille évoluant dans le système public, écrit ainsi à ses membres :

⁹ Volet Herron.

¹⁰ CANT-1, pièce 248.

Docteur (e),

La Fédération et le gouvernement ont convenu qu'à compter d'aujourd'hui, 16 mars, les médecins omnipraticiens, en raison des circonstances exceptionnelles, peuvent effectuer des téléconsultations (téléphone) ou de la télémédecine (plateforme gouvernementale). Ils sont même encouragés à tendre vers cette pratique le plus possible afin de moins exposer les médecins et leurs équipes, mais aussi et surtout les patients, au coronavirus. Cela est vrai autant en clinique qu'en établissement, notamment en soins de longue durée.

Les suivis réguliers ne nécessitant pas obligatoirement un examen physique peuvent donc, et ce, pour un certain temps, être dorénavant effectués sans visite physique. On peut penser à titre d'exemples aux visites de suivi, aux suivis ponctuels mineurs, aux suivis complexes, à l'intervention clinique, à la psychothérapie et même aux suivis de grossesse standards. C'est au médecin de juger, au cas par cas, si un examen physique est nécessaire ou si on peut procéder sans que le patient ait besoin d'être vu. »

Malgré la dernière phrase, cela a été interprété par les médecins associés au CHSLD comme une invitation à ne pas s'y rendre. Une seule parmi ces trois praticiennes viendra prêter main-forte les 29 et 30 mars 2020. Mme Leunga, une cadre du CIUSSS, indique lors de son témoignage avoir interpellé à plusieurs reprises les médecins, entre le 3 et le 8 avril 2020, pour que ceux-ci se présentent sur les lieux.

Le 7 avril 2020, une conférence téléphonique est tenue entre D^{re} Larente, Mme Auger, Mme Daigneault et les trois docteurs du CHSLD Herron. Lors de cette rencontre, questionnée sur leurs implications terrains au CHSLD, les médecins de Herron expliquent qu'elles ne peuvent aller de milieux chauds à froids, malgré le fait qu'il n'y a aucune directive les empêchant de le faire. En comparaison, au CIUSSS, seuls les médecins de 70 ans et plus, ou immunosupprimés, ont cessé les visites en présence. Par ailleurs, quand une visite était requise, ou que l'unité était en éclosion, le médecin de 70 ans ou plus demandait à un collègue de son groupe de garde de voir ses patients.

Ce n'est qu'après le déploiement des renforts médicaux du CIUSSS que les trois docteurs dédiées au CHSLD Herron se joindront aux efforts collectifs. Le 12 avril 2020, ils seront 7 médecins et tous les résidents seront vus. À leur arrivée, c'est plus de 50 % des résidents qui étaient déshydratés. Du 14 au 22 avril 2020, un horaire est établi pour couvrir les soins médicaux par la présence de médecins. Le CHSLD Herron est devenu un mini-hôpital pour être en mesure d'offrir les soins appropriés aux résidents.

Au début avril 2020, les équipes de prévention et contrôle des infections (PCI) se déplacent et font une évaluation des méthodes de travail. Lors de son témoignage, l'infirmière-cadre responsable de la PCI au CIUSSS nous indique qu'elle ne connaissait pas le CHSLD Herron et qu'il n'était pas dans leur mandat de soutenir les CHSLD privés. Dans son esprit, c'est donc en quelque sorte une faveur, presque un geste humanitaire, qu'elle fait en prêtant une employée pour effectuer au CHSLD Herron une évaluation de la prévention et du contrôle des infections. Cette évaluation démontre des lacunes importantes au niveau de l'hygiène et de la salubrité de la résidence ainsi que l'inexistence d'un programme en prévention des infections. L'implication de la PCI se limite à formuler des recommandations à l'équipe des soins. Cela mérite d'être souligné, car dans d'autres milieux, il y aura une véritable mobilisation de la PCI pour faire des

audits des pratiques d'hygiène et de salubrité, former des brigades, etc. Au CHSLD Herron, il n'y aura rien de tout ça.

Le 7 avril 2020, la directrice régionale de santé publique, D^{re} Mylène Drouin, signe une ordonnance pour que le CIUSSS prenne officiellement le contrôle du CHSLD, étant d'avis qu'il existe une menace réelle à la santé des résidents et qu'il y a urgence de mettre en place les mesures nécessaires pour remédier à cette situation. Cette ordonnance est conforme aux pouvoirs qui lui sont conférés par l'article 106 de la Loi sur la santé publique¹¹. Cette ordonnance prévoit que :

Lorsqu'un directeur de santé publique est d'avis, en cours d'enquête, qu'il existe effectivement une menace réelle à la santé de la population, il peut :

[...]

9° ordonner toute autre mesure qu'il estime nécessaire pour empêcher que ne s'aggrave une menace à la santé de la population, en diminuer les effets ou l'éliminer.

Le CIUSSS prendra dès lors les mesures de soutien plus accrues. Ainsi, il déploiera au CHSLD Herron, entre les 7 et 11 avril 2020, quelque 135 soignants issus de ses propres ressources.

Le 8 avril 2020, le CIUSSS envoie une seconde mise en demeure signifiant au CHSLD Herron que la situation dénoncée ne s'est aucunement améliorée.

Toujours le 8 avril 2020, la propriétaire du CHSLD Herron écrit à la chef de cabinet de la ministre responsable des Aînés et des Proches aidants. On peut notamment y lire¹² :

Merci d'avoir pris le temps d'entendre la situation avec laquelle [sic] nous faisons face au CHSLD Herron. Voir en pièce-jointe la dernière communication envoyée à Mme McVey ce matin demandant une rencontre de collaboration et clarification de la situation actuelle. Prendre note que nous avons fait la demande à plusieurs reprises cette semaine.

Le 9 avril 2020¹³, les propriétaires du CHSLD Herron écrivent à la ministre Danielle McCann pour qu'elle intervienne et agisse pour dénouer l'impasse avec le CIUSSS. Il n'y aura pas de suivi de cette lettre par le MSSS.

Le 10 avril 2020, la présidente-directrice générale adjointe (PDGA) du CIUSSS rencontre la propriétaire du CHSLD Herron. Cette rencontre a pour objectif de rétablir les ponts. On peut notamment lire au courriel¹⁴ transmis par la PDGA à son procureur : « La propriétaire est invitée à saisir l'opportunité de la présence des experts du CIUSSS des différents domaines pour renforcer son organisation », mais, si c'est bien le cas, n'est-il pas surprenant qu'à peine quelques heures après cette rencontre le SPVM, soit appelé?

Le même jour, la pharmacienne du CIUSSS fait un état de situation de la gestion des médicaments et des narcotiques. Plusieurs lacunes sont notées¹⁵. Lors de ma visite, le 13 avril 2020, j'ai personnellement constaté des sacs poubelles qui étaient remplis de médicaments périmés et qui avaient été jetés à la suite du passage de la pharmacienne du CIUSSS et de son équipe.

¹¹ Loi sur la santé publique, RLRQ c S-2.2, article 106.

¹² CANT-1, pièce 281.

¹³ Volet Herron, pièce 10.

¹⁴ Volet Herron, pièce 9, annexe C.

¹⁵ Volet Herron, pièce 9, annexe F.

Toujours le 10 avril 2020, Aaron Derfel, journaliste au quotidien *Montreal Gazette*, publie un article qui aura l'effet d'un coup de tonnerre. Lors de l'enquête, nous apprendrons à mots à peine couverts que du personnel soignant a dénoncé la situation de manière anonyme. Nous ne pouvons que saluer cette initiative. Certains ont qualifié l'état des lieux et l'état de santé des résidents comme un camp de concentration. Bien que le terme soit assurément exagéré, il dénote toute l'horreur de cette simple idée de laisser des êtres humains mourir dans des conditions inhumaines, seuls, dénutris et dans leurs excréments.

Le 11 avril 2020 à 0 h 35, la PDG du CIUSSS (LM) et le sous-ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Gendron (YG), s'échangent des textos¹⁶ sur la situation à Herron. On peut notamment y lire :

YG : as-tu du nouveau pour ce soir? J'ai informé tout le monde de mon côté et les ministres [...]

LM : Nous sommes sur place au siège social, nous finalisons l'état de situation [...] Après l'envoi de l'ES vers toi, nous allons aviser la police [...]

YG : pour les policiers, l'enquête peut débuter demain, mais il faut les avoir informés pour démontrer votre proaction.

LM : [...] la police est notifiée et l'enquête sur la négligence criminelle débutera demain matin.

En lisant ces textos et en écoutant la bande audio de l'appel logé par Mme McVey au 9-1-1, il est difficile de comprendre l'objectif de cet appel puisque la situation était alarmante dès le 29 mars 2020 et, pour certaines familles, même avant le 29 mars 2020. Soulignons que lors de la démarche du 11 avril 2020, l'équipe de direction du CIUSSS est également accompagnée de l'agence de service-conseil TACT. Cette firme était présente avant la crise pour des mandats ad hoc en communication, mais étrangement, lors de la crise, le message semble être réfléchi de manière à éviter que le jupon du CIUSSS ne dépasse. Lors de la conférence de presse, l'emphasis sera mise sur les nombreux manquements du CHSLD Herron. Peut-être aurait-il fallu se garder une petite gêne. M. Daniel Desharnais, qui était directeur principal chez TACT à cette époque, après avoir occupé diverses fonctions dans plusieurs cabinets ministériels, fut nommé à un poste de sous-ministre adjoint au MSSS le 17 avril 2020 et témoigna devant moi en novembre 2021 à titre de sous-ministre adjoint, Direction générale de la coordination réseau et ministérielle et des affaires institutionnelles du MSSS.

Le 11 avril 2020, lors d'un point de presse, le premier ministre François Legault a annoncé avoir mis la résidence sous tutelle. Il a affirmé que le CIUSSS n'avait eu accès aux dossiers médicaux qu'à 20 h, le 10 avril 2020. L'histoire nous dira que ce n'était pas le cas. Toujours selon M. Legault, c'est à ce moment que les autorités ont appris la mort des 31 résidents. Dans les faits, les dossiers médicaux ont toujours été accessibles et le décompte tardif des décès n'était pas une manipulation imputable au CHSLD Herron, mais bien le fait de négligences relevant davantage du chaos inhérent à la situation et de la désorganisation de l'équipe de gestionnaires du CIUSSS. Comment pourrions-nous conclure autrement quand la grande majorité des décès se sont produits alors que le CIUSSS assumait déjà la gestion clinique du CHSLD? Lorsque le premier ministre, visiblement ému, exprime en conférence de presse que la façon dont les aînés au CHSLD Herron ont été traités est inacceptable, il faut le croire. En rétrospective, et nous le verrons au volet national, l'information qui se rend à son bureau est fragmentée. Sans doute que s'il avait eu toute l'information, il ne se serait pas hasardé à qualifier la

¹⁶ Volet Herron, pièce 9, annexe P.

situation de négligence criminelle, qui au sens du Code criminel requiert une insouciance déréglée et dont le comportement délibéré puisse causer la mort. Du moins, j'ose le croire.

Questionnés lors des audiences sur les SP-3 (formulaire de constat de décès) qui auraient dû être consignés pour les déclarations de décès, ni le CIUSSS ni les propriétaires n'ont réussi à nous convaincre qu'ils avaient fait un suivi adéquat ou, selon la formule consacrée, qu'ils avaient fait preuve de diligence raisonnable. Il est pour le moins étonnant que bien que le CIUSSS soit dans le CHSLD depuis le 29 mars 2020, il invoque le nombre de décès comme une tactique volontaire de la part des propriétaires de Herron de lui cacher de l'information quant au taux de mortalité.

Dès le 27 mars 2020, il y a des signes en provenance du CHSLD Herron qu'une hécatombe est à la veille de se produire. À compter du 29 mars, plusieurs employés vont céder à une certaine angoisse qui va s'incruster dans les murs. L'analogie la plus concrète qui me vient à l'esprit : demandez aux troupes de se rendre au front sans armes. La réaction de certains employés de fuir peut sembler incompréhensible alors que des êtres humains vulnérables sont laissés aux quelques-uns plus dédiés qui garderont le fort. Ce qui est clair, à écouter le récit de certains employés, est que la peur peut prendre de multiples visages et notamment faire céder à la panique. La Direction des ressources humaines est au courant que la situation est problématique. Une offre de prise en charge par un des cadres de la DRH est également formulée, mais sera déclinée en début de crise. Ce n'est qu'une semaine plus tard, à compter du 5 avril, que la DRH sera impliquée de manière constante.

Devant le manque croissant de personnel, on se tourne vers une agence privée qui fait déjà affaire avec le CHSLD. Il s'agit d'une agence minuscule dont la ressource principale est sa propriétaire. Le CHSLD n'a pas d'entente formelle avec l'agence, mais plutôt une entente verbale de gré à gré. L'enquête révélera que de la double facturation a été produite et que parmi ces employés, certains sont sans-papiers, et non qualifiés. Parmi les employés qui ont été embauchés, plusieurs n'avaient aucune expérience en gériatrie, voire dans la dispensation de soins de santé en général. Il n'y a aucun contrôle de la qualité et aucune supervision. Personne n'a cru bon valider qui serait au chevet des aînés pour leur offrir des soins. Une présence physique n'équivaut pas à donner des soins.

Ce n'est qu'en mai 2020 que le CIUSSS cessera définitivement sa relation avec cette agence de placement. Entre le 12 et le 25 avril 2020, le CIUSSS a envoyé plus de 188 employés pour aller prêter main-forte au CHSLD Herron. Or, au 10 avril, on compte déjà 31 décès.

Il s'écoulera par ailleurs 13 jours avant qu'une plainte ne soit déposée au Service de police de la Ville de Montréal (SPVM) pour une situation de négligence potentielle entre sa prise de possession le 29 mars 2020 et le 10 avril 2020. Ce délai n'est pas banal puisque la gestion médiatique qui suivra fera écho aux révélations choc qui ont été rendues publiques par le journaliste du *Montreal Gazette*.

Questionnée sur ce délai, la PDG du CIUSSS admet qu'elle aurait sans doute pu le faire le 29 mars 2020. Par ailleurs, la PDG a demandé le soutien du MSSS et ce n'est que vers le 8 avril 2020 que l'on mentionne le recours au SPVM. Ce qui est également étonnant, c'est que lors du témoignage du sous-ministre à la Santé, il n'avait aucune difficulté à passer outre la réglementation de son propre ministère. Il nous dira lors de son témoignage : « Je savais que nous n'avions pas les leviers légaux pour agir, mais j'ai demandé la prise en charge du CHSLD Herron [...] Nous vivons avec les poursuites après [...] ». La question demeure entière : pourquoi référer aux policiers si la directive

du MSSS est de prendre charge le CHSLD? Cette question qui semble redondante est pourtant cruciale si ce n'est que pour illustrer qu'il y a eu plusieurs occasions où l'on aurait pu intervenir de manière plus musclée si cela avait été l'orientation initiale.

À plusieurs occasions, nous avons questionné la responsabilité populationnelle du CIUSSS. Les réponses tendaient à minimiser leurs implications auprès de la résidence Herron. Bien que les propriétaires doivent s'assurer d'offrir une prestation de qualité aux résidents qui leur sont confiés, cette responsabilité est partagée avec le CIUSSS.

Depuis l'implantation 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 régionales¹⁷, plusieurs responsabilités qui étaient dévolues aux agences régionales ont été confiées aux CISSS et aux CIUSSS. La responsabilité populationnelle prévoit notamment que l'établissement doit à l'égard des CHSLD privés :

- Assurer une surveillance de la qualité et de la sécurité des soins et services qu'ils offrent aux personnes hébergées dans leur milieu et les accompagner dans la réalisation de leur mandat;
- Soutenir les gestionnaires qui éprouvent des difficultés à respecter les exigences légales et les normes associées au permis qui leur est octroyé par le MSSS.

Cette responsabilité est importante si on tient compte que certains résidents y sont hébergés faute de place dans une résidence financée dans le système public. Selon le CIUSSS, malgré le soutien offert au fil du temps à la résidence Herron, les résultats tangibles d'amélioration de la qualité des services se sont avérés insuffisants. J'ai tendance à le croire. Cependant, en janvier 2020, et ce, en préparation de la pandémie, une entente est signée entre les deux entités pour l'achat de 20 places supplémentaires afin de libérer des lits d'hôpitaux. Si les services sont inadéquats ou laissent à désirer, pourquoi augmenter l'offre de service? Tant que ça ne fait pas de vagues, espère-t-on pouvoir orienter des aînés dans un CHSLD peu potable faute de places dans le système? Cette situation n'étant pas unique au CHSLD Herron, il serait alors injuste qu'elle soit traitée isolément, si bien que je reprendrai plutôt cette portion au volet national.

Le 16 avril 2020, la ministre McCann mandate un enquêteur du MSSS pour faire la lumière sur la situation. Lors de son enquête, bien que des recommandations claires émanent au point de vue réglementaire, l'ensemble du tableau n'a pu être brossé. Dans les faits, il n'aura entre les mains que la version du CIUSSS dans une situation extrêmement délicate quant à l'imputabilité du CIUSSS.¹⁸

En octobre 2020, le CIUSSS déposait son plan d'action pour contrer la 2^e vague de COVID-19 et fort heureusement, plusieurs leçons ont été tirées de la gestion de la 1^{re} vague.¹⁹

Le 9 novembre 2020, les propriétaires de la résidence Herron annonçaient qu'ils fermaient leurs portes. Le CIUSSS prend alors les mesures pour relocaliser les résidents encore présents.

Au plus fort de la période de crise vécue au CHSLD Herron, plusieurs lettres et échanges, par avocats interposés notamment, ont eu lieu entre le CIUSSS et les

¹⁷ Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, LQ 2015, c 1.

¹⁸ Volet Herron, pièce 4.

¹⁹ CANT-1, pièce 201.

propriétaires d'Herron. Cette « bataille » qui a duré pendant près de deux semaines a fait perdre un temps précieux aux résidents et aux employés sur le terrain, qui se sont retrouvés pris en otage, alors que chacun se relançait la balle sur la prise en charge de ceux-ci. Ni le CIUSSS, ni le MSSS, ni les propriétaires n'ont pris la pleine mesure de cette catastrophe annoncée.

CHSLD des Moulins

Mme Lucille Gauthier

Mme Lucille Gauthier a été admise au CHSLD des Moulins en octobre 2018 après avoir transité par la Résidence du bonheur. Cette décision a été prise pour faciliter la vie de Mme Gauthier, qui était en perte d'autonomie.

Elle est connue pour des antécédents médicaux, dont une insuffisance rénale, un zona, une MPOC, une anémie, un ancien AVC sur fond d'hypertension ainsi que des troubles neurocognitifs légers. Mme Gauthier demeure néanmoins autonome, capable de lire le journal, regarder la télévision ou appeler ses enfants quotidiennement. Elle se déplace avec un déambulateur.

Les filles de Mme Gauthier ont noté plusieurs irrégularités et bris de service dans les soins apportés à leur mère avant son décès. Elles ont tenu un journal détaillé des communications avec le CHSLD. Elles y mentionnent notamment des erreurs dans la médication donnée, un manque de flexibilité en lien avec l'alimentation, de nombreuses chutes avec des suivis déficients et des difficultés à obtenir des informations concernant leur mère lorsqu'elles appelaient le personnel ou le médecin, qui souvent ne retournait pas les appels.

Les informations recueillies lors de l'enquête révèlent que Mme Gauthier était une femme pudique. Ses excès de colère notés par certains soignants sont vraisemblablement en rapport avec son malaise à être changée par des personnes qu'elle ne reconnaissait pas. Cette ancienne infirmière, bien qu'ayant des problèmes neurocognitifs, ressentait, jour après jour, cette perte de dignité.

Ayant un niveau de soins B, Mme Gauthier est hospitalisée du 6 au 12 mars 2020 pour une pneumonie d'aspiration. L'infection se produit à la suite d'une fausse route alimentaire avec suffocation nécessitant une manœuvre de Heimlich. Durant son hospitalisation, il faut également traiter Mme Gauthier pour une insuffisance rénale aiguë.

À son retour le 12 mars 2020, Mme Gauthier va mieux. Les paramètres vitaux sont meilleurs et la procalcitonine (marqueur de la pneumonie) est en baisse. Mme Gauthier montre toutefois des signes de déconditionnement. Elle a besoin de l'assistance de deux personnes pour faire les transferts du lit au fauteuil.

Le 28 mars 2020, elle fait une chute au sol. C'est la 4^e chute depuis le 12 mars 2020. Une thérapeute en réadaptation physique émet un plan de traitement qui vise à monter les ridelles de lit et des rubans rouges pour signifier la nécessité d'une surveillance accrue de Mme Gauthier. Dans les faits, les témoins questionnés ne connaissaient pas ce plan ou n'en avaient aucun souvenir.

Entre janvier 2020 et la date de son décès, Mme Gauthier a eu une perte de poids considérable. En janvier 2020, elle pesait 113 lb, au 3 avril 2020, 102 lb, et son poids à la morgue était de 87 lb.

Le 18 mars 2020, une évaluation est complétée par la nutritionniste du CHSLD pour alléger les difficultés liées à la dysphagie que présente Mme Gauthier. C'est la première évaluation nutritionnelle complète de Mme Gauthier. De son propre aveu, la nutritionniste qui doit préparer les plans nutritionnels de deux CHSLD confirme en audience ne pouvoir s'occuper que des cas les plus urgents. Mme Gauthier, malgré le

changement de diète, mange très peu. Les membres de la famille, pratiquement sans nouvelles de leur mère depuis le 14 mars 2020, s'inquiètent de son état et tentent à plusieurs reprises de joindre la nutritionniste pour discuter de son alimentation. Ces nombreux appels sont infructueux, car, comme nous l'apprendrons en cours d'audiences, les professionnels connexes comme la thérapeute en réadaptation physique et la nutritionniste ont été délestés de leurs tâches habituelles pour être en mesure d'assister aux soins de base des résidents. La nutritionniste, lors de son témoignage, dit ne pas avoir été informée de la perte de poids significative de Mme Gauthier et que si cela avait été le cas, elle aurait requis un prélèvement sanguin pour valider une possible dénutrition. La famille tente de joindre le médecin traitant de sa mère. Cet appel restera également sans réponse. Ce n'est que le 13 avril 2020 que la nutritionniste retournera l'appel à la famille, mais Mme Gauthier est décédée la veille.

À la fin mars 2020, toutes les familles des résidents ayant un niveau de soins A et B sont jointes pour évaluer le niveau de soins. Il est alors fortement suggéré de modifier les soins de Mme Gauthier à un niveau C et D. Ses filles ont souhaité y réfléchir. Elles n'ont donc jamais donné leur autorisation ou encore moins signé le formulaire de niveau de soins. Pourtant, au dossier, il y est consigné leur accord. Questionné sur cette pratique discutable, le médecin traitant a répondu que cela n'avait eu aucune répercussion puisque la veille de son décès, lorsque les soins de fin de vie ont été instaurés, la condition de Mme Gauthier ne laissait aucun autre choix thérapeutique. Les filles de Mme Gauthier ont autorisé des soins palliatifs devant le sombre pronostic de leur mère. Ce postulat est très questionnant puisqu'il induit un accord tacite de la famille en date du 30 mars 2020 alors qu'il n'en est rien.

Tout indique que le transfert vers le centre hospitalier n'était pas interdit, mais fortement déconseillé. Devant ce constat, il n'est pas déraisonnable de croire que le personnel soignant ait cru, à tort ou à raison, que les familles devaient être dissuadées de faire transporter leurs proches à l'hôpital. Un témoin ira jusqu'à nous dire que les hôpitaux ne voulaient pas recevoir les résidents des CHSLD en temps de COVID-19 et un autre témoin relatera son malaise quant aux dispositions uniformes des protocoles de détresse. Malgré la crise qui sévissait à cette époque, ces témoignages nous laissent songeurs.

Le 1^{er} avril 2020, la famille tente de joindre le médecin traitant, mais sans succès.

Entre le 6 et le 9 avril 2020, aucune note n'est inscrite au dossier médical. Il est donc difficile de valider les soins reçus lors de cette période charnière qui a précédé de quelques jours le décès de Mme Gauthier.

Le 11 avril 2020, un appel est logé au médecin de garde en soirée. Mme Gauthier fait de la température avec 38,2 °C. De plus, elle respire rapidement à 31 respirations/minute et sa saturation en oxygène à l'air ambiant est diminuée à 85 %. On rapporte au médecin une détérioration de l'état général avec détresse respiratoire nécessitant un apport additionnel en oxygène. L'évaluation du médecin se fait à distance.

Mme Gauthier a été déclarée positive à la COVID-19, mais le résultat est arrivé deux jours après son décès. Mme Gauthier est décédée le 12 avril 2020 à 15 h.

Rappelons que Mme Gauthier mange peu ou pas pendant au moins trois semaines. La détérioration de son état pourrait être le résultat direct de cet état de fait même si elle semble subite (si l'on en croit les notes des infirmières) avec dyspnée (36 resp./min.) et température (38,2 °C) en soirée le 11 avril 2020, ce qui a conduit à la mise en place rapide d'un protocole respiratoire et à un apport en O₂ et, malgré ces mesures, à un décès rapide moins de 24 heures plus tard.

Par ailleurs, l'apparition de fièvre le 11 avril 2020 correspond à la période d'éclosion au CHSLD. Dans le contexte d'une explosion de cas, et avec les symptômes respiratoires avec fièvre qu'elle présentait, le réflexe commandait certes de considérer Mme Gauthier comme atteinte de la COVID-19.

Cela dit, si la cause de décès est vraisemblablement en rapport avec l'infection à la COVID-19, d'autres facteurs doivent néanmoins être considérés. Le contexte de dénutrition a certainement été contributif à son décès. En effet, l'état dénutri laissait bien peu de forces à Mme Gauthier pour combattre toute infection à laquelle elle aurait pu être soumise.

Chez Mme Gauthier, il faut donc retenir un syndrome de glissement important dans les semaines précédentes, qui se traduit par un arrêt de l'alimentation. Le syndrome de glissement est ici précipité par le zona, particulièrement douloureux chez elle, l'hospitalisation récente en début mars, puis, au retour, l'absence éprouvante de ses proches à partir du 15 mars, avec l'interdiction de visites en CHSLD, et finalement, un changement de la diète à laquelle Mme Gauthier était habituée.

Alors que tout conspire au déconditionnement de Mme Gauthier, seule une gestion proactive avec une intervention intensive du personnel et de la famille aurait possiblement pu prévenir le glissement. Or, avec l'interdiction de visite des proches aidants et le personnel usuel désormais retiré pour cause de maladie, les soins sont au contraire réduits au minimum, ce qui ne fait qu'accentuer le glissement.

Les plaies de pression observées à la région dorsale lors de l'examen post-mortem du corps à la morgue témoignent certainement de soins moins assidus au cours des derniers jours. Outre ces plaies de pression, l'état de dénutrition est confirmé par le médecin examinateur à la morgue. Il n'y avait, par ailleurs, aucun signe de traumatisme.

CISSS de Lanaudière et CHSLD des Moulins

Le CHSLD des Moulins est un établissement privé non conventionné situé dans la MRC Les Moulins à Terrebonne. Il appartient au Groupe Santé Arbec. Il a ouvert ses portes en 2014. Le permis d'exploitation autorise un maximum de 102 lits. Toutefois, en mars 2020, 108 places étaient occupées dont 92 chambres simples et 8 chambres doubles.

Un contrat lie le CHSLD des Moulins au CISSS de Lanaudière, en vertu duquel toutes les places sont achetées par le CISSS. C'est donc dire que tous les résidents du CHSLD ont été référés par le CISSS. Il n'est donc pas possible d'obtenir une chambre au CHSLD par des démarches privées. Le CHSLD des Moulins n'en demeure pas moins un établissement privé non conventionné au même titre que le CHSLD Herron. À la différence de ce dernier, dont uniquement douze lits étaient réservés à des résidents envoyés par le CIUSSS, au CHSLD des Moulins, ce sont toutes les places qui sont réservées par le réseau public.

Toutefois, puisque l'établissement n'est pas conventionné, le CISSS n'y exerce pas un contrôle aussi étendu que dans un établissement conventionné. Chaque résident a néanmoins un travailleur social qui lui est attribué par le CISSS et qui visite régulièrement le résident pour s'assurer que celui-ci a tous les soins que sa condition requière.

Le 10 mars 2020, soit quelques jours avant la déclaration de l'urgence sanitaire au Québec, un rapport de visite d'évaluation du milieu de vie par le MSSS est déposé auprès du Groupe Santé Arbec. Un certain nombre de recommandations sont alors

transmises au propriétaire²⁰. Ces recommandations visent plusieurs aspects quant à la dispensation de services. Les modifications nécessaires seront mises en place dans les mois qui vont suivre le dépôt du rapport. Par ailleurs, un rapport d'agrément avait précédemment été produit en décembre 2019²¹. On y fait état de soins de santé centrés sur la personne avec des félicitations pour le personnel soignant. La lecture que font les deux équipes d'évaluation diverge donc sur certains points. Cela n'est pas en soi déraisonnable puisque les équipes évaluent selon des critères qui peuvent varier, à des moments différents, et que l'évaluation demeure, en fin de compte, une affaire de subjectivité. Cela dit, cela suggère que ces évaluations, quoiqu'importantes, ne peuvent faire foi de tout.

Le 9 avril 2020, la Direction de santé publique de Lanaudière reçoit l'information que quatre employés travaillant à la fois au CHSLD Émile McDuff et au CHSLD des Moulins ont obtenu un résultat positif à la COVID-19. Ces mouvements de personnel sont préoccupants pour la directrice régionale de santé publique. Accessoirement, la DSP informe la Direction régionale de santé publique (DRSP) que les équipements de protection sont en quantité suffisante.

Le 10 avril 2020, un dépistage massif des employés est fait et il est fortement recommandé de limiter voire interdire toute intermobilité entre les CHSLD. On indique également que ces restrictions de mouvement devraient également s'appliquer entre les unités d'un même établissement, particulièrement lorsqu'elles sont de zones différentes (rouges ou vertes).

La DRSP affirme qu'il a été ardu au départ d'obtenir la liste des employés. Alors qu'en temps de crise, la fluidité des informations est cruciale, un seul questionnaire couvre les deux CHSLD. Heureusement, la collaboration entre les CISSS et ces CHSLD est bonne.

La plupart du temps, les CHSLD sont conçus comme des milieux de vie où l'emphase n'est pas mise sur la dispensation de soins avancés, même quand ceux-ci ne requièrent que des compétences minimales, telles que l'installation et la supervision d'un soluté intraveineux. La crise sanitaire a mis en lumière comment des soins de santé pourtant simples et indiqués dans les circonstances ont été occultés. De l'aveu même du directeur du CHSLD, cette crise a frappé durement les résidents, n'ayant pas les ressources humaines ni matérielles pour offrir des soins de qualité : « nous étions en zone de guerre ». Cette pénurie de personnel a eu pour conséquence d'exacerber le manque de soins. Il n'était pas rare qu'en l'absence d'un collègue, le personnel en place n'ait pas le temps de donner les soins de base. Il en a résulté des repas servis à la va-vite sans personnel pour nourrir les résidents ou une hydratation trop rapide ou incomplète pour maintenir l'homéostasie des résidents.

Les tests de dépistage de la COVID-19 sont arrivés au compte-goutte. Après le 12 avril et son dépistage massif, la consigne de la DSP a été de ne pas procéder au dépistage individuel chez les résidents symptomatiques avec toux ou fièvre, mais plutôt de présumer qu'ils étaient atteints du virus. Ceci a certainement compliqué l'annonce des décès aux familles puisque l'absence de test laissait planer le doute sur la cause du décès. Dans son souci d'efficacité, tout à ses priorités de rationnement, le directeur national de santé publique a oublié combien important et complexe peut se révéler le processus de deuil des familles. Il n'y a pas de place pour l'improvisation. Nul n'est mieux placé que le coroner pour corroborer cette évidence.

²⁰ Pièce 29, CHSLD des Moulins.

²¹ Pièce 27, CHSLD des Moulins, p. 28.

Le 12 avril 2020, deux représentantes du CISSS en protection et contrôle des infections ont inspecté les installations du CHSLD des Moulins. Un certain nombre de difficultés ont été observées et un plan d'action a été mis en place. Les points suivants ont été soumis pour que les responsables du CHSLD procèdent aux ajustements nécessaires :

- *Ne pas déplacer les résidents de chambre. Attendre que les résultats du dépistage de masse effectué le 12 avril 2020 soient disponibles. Éviter la contamination;*
- *Instaurer immédiatement le confinement des résidents dans leur chambre;*
**Pour la clientèle atteinte de trouble cognitif et d'errance, il est possible d'en venir à appliquer des interventions de réduction de méfaits (masque, déplacement sous surveillance pour respecter la distance de 2 mètres, lavage des mains plus fréquent...);*
- *Fermer les aires communes autant que possible et retirer tout le matériel qui contrevient aux procédures attendues (fauteuil double, toutou, casse-tête, livre, jeux de poches...);*
- *Servir les repas aux chambres;*
- *Augmenter l'entretien ménager afin que les surfaces de type « High touch » soient désinfectées régulièrement;*
- *S'assurer de circonscrire les employés sur une même unité/étage;*
- *Instaurer les registres de surveillance des symptômes pour tous les résidents et employés;*
- *Instaurer les registres de surveillance de contact aux portes de chambres des résidents;*
- *S'assurer que le personnel respecte adéquatement les normes concernant le port des équipements de protection individuelle et leur retrait;*
- *Installer davantage de stations pour se laver les mains (Stérigel) et pancartes de lavage des mains;*
- *Aménager un endroit distinct pour que le personnel confiné mange sans se contaminer;*
- *S'assurer de désinfecter les toilettes lorsque 2 résidents dans la même chambre;*
- *S'assurer de respecter la distance de 2 mètres entre 2 résidents dans la même chambre;*
- *Répertorier les résidents avec un besoin en oxygène.*

L'ensemble de ces recommandations ont été mises en place et une équipe du CISSS a été déployée au CHSLD pour lui prêter main-forte tant au niveau de la formation pour les équipements en matière de protection individuelle qu'en effectifs supplémentaires. Les propriétaires du CHSLD ont collaboré à cette mise en place des mesures correctives et ont accueilli le soutien du CISSS avec ouverture.

Rappelons que le 30 avril 2020, il y avait 42 cas confirmés de COVID-19 et 12 décès. De manière générale, les témoignages nous ont convaincus que le CHSLD a rapidement mis en place des stratégies concertées avec le CISSS pour répondre à la crise de la COVID-19. Le dévouement du personnel n'est d'ailleurs pas mis en cause.

Tous s'entendent néanmoins sur le manque d'effectifs au CHSLD, notamment en ce qui a trait aux préposés aux bénéficiaires. Pour le propriétaire du CHSLD, il ne fait pas de doute que l'instauration d'une prime par le gouvernement en mai 2020 a grandement facilité le recrutement et la rétention du personnel au CHSLD. Cela étant, n'étant pas un CHSLD privé conventionné, l'enjeu de rétention demeure un fragile équilibre, puisqu'il ne

dispose pas du même pouvoir d'attraction ni de conditions de travail capables de rivaliser avec celles des employés du réseau public de la santé.

Lors de la crise de la COVID-19, ce manque de personnel a été responsable de plusieurs difficultés quant aux soins des résidents. Les bains étaient donnés moins souvent, les résidents étaient moins hydratés, les communications avec les familles, plus espacées. Par ailleurs, les responsables du CHSLD des Moulins ont été proactifs et ont mis en place certaines mesures pour contrer la contagion dès la déclaration de la crise sanitaire. Parmi ces actions, nous avons appris que la température des employés était prise à leur arrivée au CHSLD, que les zones ont été rapidement mises en place, et que des formations sur les EPI étaient offertes en continu.

Le 20 mars 2020, un courriel adressé au CISSS et signé par les médecins du CHSLD demande du renfort médical. La situation est préoccupante et ils ne sont que quatre médecins, alors qu'ils sont habituellement huit, pour couvrir deux résidences. Ce cri d'alarme sera entendu par la chef de service médical du CISSS, qui les inclura dans les chaînes de communication.

Les renforts médicaux et du personnel arriveront à la fin avril 2020. Cela a permis de reprendre un certain contrôle sur la crise qui prévalait au CHSLD des Moulins.

Lors des audiences, M. Arbec (propriétaire) a fait preuve de franchise en reconnaissant que le modèle des CHSLD privés non conventionnés n'était pas viable considérant la concurrence avec le public et les difficultés d'attraction, compte tenu notamment des conditions de travail des employés dans le réseau public, lesquelles ne font que croître depuis bientôt une dizaine d'années.

Lors du volet national, M. Arbec nous a également invités à réfléchir à l'opportunité de transformer les CHSLD non conventionnés en CHSLD dorénavant conventionnés. Au-delà des impacts financiers, ce sont les répercussions positives sur les résidents qui doivent nous guider. Effectivement, des employés mieux rémunérés et donc nécessairement plus stables sont un atout considérable en CHSLD, où les résidents avec troubles neurocognitifs réagissent souvent mal aux changements fréquents de personnel.

CHSLD Sainte-Dorothée

Mme Anna José Maquet

Mme Maquet est admise au CHSLD Sainte-Dorothée en juillet 2014. Elle est en perte d'autonomie sévère et est connue pour des antécédents médicaux, dont un trouble neurocognitif léger, de la dysphagie modérée, une maladie coronarienne, une dyslipidémie et une dégénérescence maculaire. Elle s'alimentait seule, mais difficilement. Elle devait prendre de la purée et des liquides épaissis (consistance nectar). Mme Maquet est malgré tout étonnamment en bonne santé. Ses enfants sont très présents dans le suivi médical de leur mère.

Le dossier médical de Mme Maquet n'est pas documenté sur une base quotidienne. Par ailleurs, les quelques informations recueillies nous permettent de constater que Mme Maquet a des problèmes de constipation importants et qu'il pouvait se passer quelques jours avant que la médication ne fasse effet. La pauvreté des informations cliniques ne nous permet pas d'évaluer si le suivi sur une base quotidienne était adéquat. À titre d'exemple, le 4 mars 2020, Mme Maquet se plaint de douleurs et il est

noté : « surveillance ». Or, la prochaine note n'est inscrite que le 13 mars 2020 et on y mentionne que Mme Maquet se plaint de l'inconfort de sa sonde.

Durant les témoignages, une préposée aux bénéficiaires a fait état que Mme Maquet semblait plus fatiguée qu'à l'accoutumée depuis quelques jours, voire quelques semaines, mais cela ne semble pas être soutenu par une détérioration objectivée cliniquement.

Le 2 avril 2020, il est noté au dossier médical de Mme Maquet qu'elle a des nausées et a vomi. Le 3 avril 2020, son état se dégrade. Vers 6 h 39, elle s'étouffe avec de l'eau, puis est en dyspnée avec des râles audibles. Elle reçoit de l'oxygène ainsi que ses pompes pour l'asthme, ce qui la soulage un peu. Vers 11 h, on note de la fièvre à 38,7 °C. Comme son état général se détériore, on débute de la morphine à 3 mg. Le médecin du CHSLD est en téléconsultation et dicte ses consignes à l'infirmière. Mme Maquet ne sera pas auscultée par un médecin et sera mise sur le nouveau protocole de détresse communément nommé « biberon de morphine » lors des audiences. Ce protocole a suscité plusieurs interrogations et sera notamment couvert au volet national de la présente enquête.

Vers 15 h 10, la famille est jointe par le médecin et il est convenu de modifier le niveau de soins et d'offrir des soins de confort. Cette conversation téléphonique durera tout au plus 5 minutes. Il est à noter que malgré l'aptitude de Mme Maquet, le niveau de soins ne sera pas discuté avec elle. De plus, pour les membres de la famille, contrairement à ce qui est noté au dossier médical, les soins de confort ne signifiaient pas pour eux un protocole menant leur mère à la mort. Des explications explicites de la part du médecin auraient sans doute été souhaitables.

Dès lors, malgré les antécédents de dysphagie de Mme Maquet, il est difficile d'être catégorique sur la cause de son décès. D'autant plus que le décès de Mme Maquet survient sur le même étage et à la même période où on a rapporté une éclosion importante de la COVID-19. La façon élégante de clarifier la cause du décès aurait été de le faire par le biais d'un test positif, pour vérifier si Mme Maquet avait la COVID-19. Le test a été fait, mais l'écouvillon n'aurait jamais trouvé son chemin jusqu'au laboratoire.

Si l'on retient la première hypothèse, il s'agirait alors d'une aspiration qui produit une pneumonie chimique ayant rapidement provoqué un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA). Il ne s'agit pas d'une infection, laquelle prend plutôt quelques jours avant d'apparaître, mais bien d'une violente réaction chimique au niveau des alvéoles engendrées par le liquide ingurgité. Dans un tel cas, il est peu probable qu'un transfert à l'hôpital aurait pu changer l'issue fatale.

Les éléments supportant cette hypothèse sont évidemment les antécédents de dysphagie de Mme Maquet et la survenue déjà de quelques épisodes moins graves d'aspiration. L'aspiration qui se produit le matin se fait avec de l'eau. Il n'est pas précisé si celle-ci avait été épaissie avec de l'amidon ou de la gomme de xanthane comme cela aurait dû l'être étant donné la diète spéciale de Mme Maquet. Ces additifs pourraient expliquer l'ampleur de la réaction chimique observée post-étouffement, ce qu'il est difficile à expliquer avec de l'eau seule.

Dans la deuxième hypothèse, une détérioration secondaire à une infection au virus de la COVID-19 passe inaperçue du fait que, dans les jours précédant le décès, le personnel est réduit et va au plus urgent. On ne note l'infection que lorsque l'état de Mme Maquet s'est carrément dégradé et qu'elle présente de la détresse respiratoire. Son état requiert alors de l'oxygène et le pronostic est évidemment très mauvais.

Les éléments supportant cette hypothèse sont la présence du virus sur l'étage de façon contemporaine ainsi que la circulation du personnel qui va alors d'une chambre à l'autre sans aucune protection, puisque le masque n'est recommandé qu'en présence de patients symptomatiques (pas de masque avec les patients asymptomatiques ou dans les corridors, au poste et dans les autres aires communes).

Dans les deux cas, un transfert hospitalier n'aurait sans doute pas influé sur le résultat final. Le décès était difficile à éviter une fois l'aspiration et/ou l'infection établie. Cependant, le transfert à l'hôpital aurait sans aucun doute permis que les dernières heures de Mme Maquet soient plus dignes, car il a été mis en preuve que le personnel était très occupé ailleurs et était surtout en mode réactif plutôt que proactif en ce qui concerne Mme Maquet.

En fin de compte, ce ne sont pas les traitements qui sont en cause, mais les failles dans les soins de base : est-ce que le manque de personnel a fait en sorte qu'on serve à Mme Maquet durant la nuit de l'eau plutôt que ce qui était prescrit, soit un liquide avec consistance de nectar, amenant ainsi Mme Maquet à s'étouffer? Est-ce que le manque d'EPI a contribué à la transmission du virus parmi les résidents? Il s'agit là de zones d'ombre auxquelles l'enquête n'a pas permis d'apporter de réponses définitives.

Mme Maquet est décédée dans la soirée du 3 avril 2020.

CISSS de Laval et CHSLD Sainte-Dorothée

Le CHSLD Sainte-Dorothée est un centre d'hébergement et de soins de longue durée pour les personnes âgées dont la condition requiert une surveillance constante et des soins spécialisés et dont le maintien à domicile est devenu impossible et non sécuritaire. Ce CHSLD public doit s'assurer du suivi médical sur place, de la gestion des médicaments, des soins d'hygiène et des soins spécialisés (ergothérapie, physiothérapie, etc.) en proposant à ses résidents plusieurs activités et loisirs. Le financement provient du MSSS. Le CISSS de Laval compte 32 points de service, dont le CHSLD Sainte-Dorothée.

Le CHSLD Sainte-Dorothée est la première installation à avoir été touché au CISSS de Laval. Rapidement, avec les multiples éclosions qui se manifestent un peu partout sur son territoire, le CISSS aura la responsabilité de prendre en charge les CHSLD, mais aussi les résidences privées, ce qui n'est pas son mandat initialement.

Le directeur régional de santé publique indique lors de son témoignage qu'un premier appel à la vigilance lui est transmis le 21 janvier 2020. Il concerne les voyageurs provenant de Chine et ayant des symptômes d'allure grippale. Le premier cas déclaré à la COVID-19 sur le territoire de Laval est en date du 13 mars 2020. Sa Direction n'est pas intervenue directement au CHSLD Sainte-Dorothée. Son équipe s'est plutôt placée en mode soutien avec l'équipe PCI.

À compter du 11 mars 2020, le PDG amorce une série d'actions afin de faire face à la pandémie de la COVID-19. Parmi les actions qui seront prises à court terme, il met notamment sur pied un comité de coordination des mesures d'urgence (CCMU) qui regroupe tous les cadres supérieurs du CISSS afin d'opérationnaliser les orientations ministérielles en lien avec la pandémie. Ce comité tient plusieurs réunions par semaine pour faire le point sur la situation. C'est ce comité qui produit le plan de mesures d'urgence prévoyant le délestage des ressources humaines et la libération des lits à l'hôpital ainsi que le plan d'aménagement de zones de regroupement des résidents. Dans le but de libérer des places, le CHSLD Sainte-Dorothée accueillera 71 résidents en

mars 2020. La moyenne des admissions en temps normal, à même période, serait autour de 45.

Le 18 mars 2020, deux responsables d'unité sur les quatre en poste sont en absence pour maladie. Il manque de plus en plus d'employés réguliers qui sont soit malades, soit en attente de résultat de dépistage. Le personnel des agences à qui l'on demande de prêter main-forte refuse de travailler en zone chaude. Non sans raison d'ailleurs, car les agences craignent que leur personnel assigné en zone rouge soit par la suite interdit de travail dans d'autres milieux. Dans son rapport, M. Benoît²² fait référence à cette crise annoncée. On peut y lire :

Le processus décisionnel est remis en question. Trop gros, trop éloigné du terrain où des actions rapides étaient requises. On déplore le fait que personne de la haute direction n'ait mis le pied sur le site. Comment expliquer que « l'alerte rouge » ait mis tant de temps à retentir sinon que parce que la structure de gestion était quasi vidée.

La communication de la ligne de gestion a dramatiquement manqué lors de cette crise, ce qui a retardé considérablement la prise de décisions.

Les aidants naturels n'ont quant à eux plus accès à l'établissement, ce qui a pour effet d'exacerber la situation de vulnérabilité des résidents. La Direction adjointe SAPA, selon son témoignage, a fait une demande au MSSS pour maintenir les aidants naturels auprès des résidents. Cette demande aurait d'abord été accordée puis révisée à la négative trois jours après la demande initiale.

Le 18 mars 2020, un résident décède subitement. Une assistante infirmière-chef demande alors à ce que l'on puisse faire un test de dépistage de la COVID-19 post-mortem. Cette demande sera refusée par sa chef de service, étant donné que les résidents en CHSLD ne faisaient pas partie des priorités de dépistage que le directeur national de santé publique (DNSP) avait établies à cette époque et qui se concentraient essentiellement sur les personnes revenant de voyage, n'ayant pas encore la contamination communautaire dans son rétroviseur. Bien qu'en conformité avec les recommandations du MSSS, ce refus a malheureusement fait rater la meilleure occasion de détecter le virus et de prendre des mesures préventives avant qu'il ne fasse son entrée à pleine porte dans ce CHSLD.

Entre le 23 mars 2020 et le 26 mars 2020, 140 employés de jour, soir et nuit sont formés sur les techniques appropriées pour les EPI.

Dans les jours qui suivent, le matériel de protection individuel se fait rare et sa gestion serrée ne fait pas l'unanimité. Le directeur logistique du CISSS de Laval nous dira lors de son témoignage que dès le 3 février 2020, c'est SIGMA santé qui est chargé de coordonner les achats d'équipements. Le CISSS en est donc tributaire. Le 6 février 2020, le MSSS établit le quota pour chaque établissement de la province. Au CISSS de Laval, on gère les approvisionnements de façon serrée afin de ne pas en manquer, ce qui ne serait jamais survenu selon celui-ci. Les CHSLD n'en avaient pas de manière continue en mars 2020 uniquement parce que l'orientation du MSSS visait un approvisionnement strict. Il y a eu, entre le 15 mars 2020 et le 9 avril 2020, trois périodes de pointe qui ont eu pour effet de créer un stress au niveau des équipes d'approvisionnement. Le volume de demandes était si grand qu'on a craint un bris

²² Benoît, Y. (2020). *Rapport d'enquête sur l'éclosion de la COVID-19 au Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) Sainte-Dorothée*. MSSS, gouvernement du Québec.

d'approvisionnement. À cette époque, l'approvisionnement en certains articles est d'ailleurs plus problématique. On pense entre autres aux lingettes et au gel désinfectant.

Plutôt que d'être présents au CHSLD, les médecins fonctionnent de plus en plus en téléconsultation. Questionnés sur cette orientation médicale, les médecins nous ont référés aux directives du MSSS et de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), qui ont été comprises par les médecins du CHSLD Sainte-Dorothée comme une recommandation de privilégier la téléconsultation.

Du même souffle, à la suite de l'apparition de décès attribuables à la COVID-19 de plus en plus nombreux, deux nouveaux outils font leur apparition. Tout d'abord, on adapte le protocole de détresse utilisé en soins palliatifs à la réalité de la COVID-19 afin que les professionnels de la santé puissent identifier les personnes susceptibles de recevoir ce protocole et offrir une fin digne aux patients avec un niveau de soins C ou D qui sont sévèrement atteints de la COVID-19. Il est donc sous-entendu qu'un préalable à l'utilisation du protocole est que le résident ait été évalué afin de déterminer le diagnostic le plus probable et l'intensité de la maladie. Par la suite, le protocole se réfère à la Respiratory Distress Observation Scale (RDOS) créée par Campbell en 2007 pour obtenir un score en fonction de huit critères, dont le rythme respiratoire et le pouls, mais aussi le tirage, les geignements respiratoires, la douleur et l'agitation. En fonction du score, des doses de médicament ont été greffées. La dose des médicaments varie en fonction du score obtenu.

Le médecin, ou l'infirmière si le premier n'est pas présent, remplit au chevet une grille qui lui permet de déterminer s'il y a une indication de donner un protocole de détresse et, si oui, quelle dose donner en fonction du score²³.

En complément de ce protocole vient une procédure pour l'utilisation de pompes élastomériques, communément appelées « biberon », lesquelles facilitent l'administration des médicaments opiacés ou autres sur une base continue. Au CISSS de Laval, ces pompes semblent avoir été réservées à l'administration de morphine, les autres médicaments utilisés en fin de vie continuant à être donnés sous la forme d'injections sous-cutanées à intervalle régulier ou au besoin. Le résident en détresse respiratoire mérite assurément un traitement urgent avec l'objectif de le soulager. Par la suite, lorsque le médecin détermine que la maladie derrière les symptômes ne peut être guérie et que les symptômes ne vont pas s'amender, il prescrit souvent un cocktail de médicaments destinés à soulager et à plonger le résident dans un état de sédation, lequel état est appelé à se prolonger jusqu'à son décès. Cette décision est critique, car une fois la sédation amorcée, l'équipe traitante va rarement remettre en question le traitement. Il importe donc que le médecin et l'équipe soient relativement sûrs que le diagnostic est bon et qu'aucun traitement curatif n'est disponible. Sans faire un débat éthique, un résident avec un niveau de soins C doit recevoir des traitements raisonnables pour des problèmes de santé réversibles, alors que le résident avec un niveau de soins D peut aussi recevoir certains traitements curatifs si ceux-ci constituent le meilleur moyen de traiter ses symptômes.

En l'occurrence, le traitement avec le « biberon de morphine » associé à intervalle régulier à une benzodiazépine et peut-être un anticholinergique était la recette pour induire la sédation au CHSLD Sainte-Dorothée à compter du 10 avril 2020. Dans la

²³ Les doses utilisées ont récemment été contestées par des médecins en soins palliatifs. Cette enquête n'est pas un forum scientifique et il ne lui appartient pas de déterminer quelles sont les doses appropriées. Il faut néanmoins considérer que les patients en CHSLD sont souvent frêles et présentent plusieurs comorbidités. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1858948/medecins-soins-palliatifs-dosage-protocole>.

mesure où ce traitement a parfois été initié sans évaluation en présentiel du médecin et sans test de dépistage de la COVID-19, il devenait difficile de s'appuyer sur un indice de confiance suffisant pour justifier une sédation appelée à se poursuivre jusqu'à ce que mort s'ensuive.

Bien que les observations étaient faites par des infirmières, ce sont des médecins qui devaient approuver le début du protocole. Or, en sachant que lorsque des soins palliatifs sont offerts, les familles doivent être parties prenantes des discussions, ce qui n'a pas toujours été le cas lors de la 1^{re} vague au CISSS de Laval et que le jugement clinique est nécessaire, doit-on s'inquiéter que ce protocole ait été administré à des résidents qui n'étaient pas atteints de la COVID-19? Poser la question, c'est y répondre. J'y reviendrai au volet national.

Les premières éclosions au CHSLD Sainte-Dorothée surviennent le 26 mars 2020. Les admissions de résidents cesseront le 28 mars 2020. Une première demande de personnel est adressée à la Direction des ressources humaines. On mentionne également un urgent besoin de gestionnaires. Des employés commencent à réclamer des équipements de protection et font référence à la disparité qui existe entre le CHSLD et l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé. Dans la mesure où la grande majorité des personnes qui ont contracté le virus sont alors en CHSLD et non dans les hôpitaux, on peut comprendre leur malaise. Or, la consigne est claire, il n'y a pas de masques en CHSLD puisque c'est un milieu de vie. Certains employés iront même jusqu'à fabriquer leurs propres visières artisanales pour se donner un minimum de protection.

Au moins une famille a fait des pressions pour que son proche soit transféré en centre hospitalier. Cette demande initialement refusée a finalement été accordée. Questionnée sur cette situation, l'une des chefs de service du CHSLD nous dira que la consigne du MSSS était d'éviter tout transfert en centre hospitalier. Il y avait donc beaucoup d'incompréhension sur le terrain. Cette situation est loin d'être unique à ce CHSLD et interroge sur la clarté du message en provenance de Québec.

Le 31 mars 2020, on compte 37 cas de COVID-19 dans le CHSLD. Les rencontres se multiplient au niveau de l'équipe de gestion, mais cela n'empêchera pas que le 2 avril 2020, force est de constater que le CHSLD est en crise. Les cas de COVID-19 augmentent tant chez les résidents que chez les employés. La salle commune est transformée en zone rouge. Les lits sont séparés par des rideaux. Il n'y a pas de salle de bain et pas d'eau courante à proximité. Aucune cloche d'appel n'est fixée aux lits des résidents. Au moins un résident est resté dans son lit plusieurs heures après son décès, aux côtés de son voisin. La directrice adjointe SAPA expliquera lors de son témoignage que c'est un aménagement de dernier recours, le CHSLD étant à pleine capacité. Pour nous décrire la situation, elle utilise une métaphore militaire :

On a envoyé nos chars d'assaut dans les centres hospitaliers, mais l'ennemi est arrivé par l'arrière, aux endroits où on n'avait pas d'armes.

Le 1^{er} avril 2020, la situation est précaire. La Direction du CISSS convoque une réunion d'urgence pour faire le point sur la situation au CHSLD Sainte-Dorothée. Il est convenu de doubler la livraison d'EPI, d'envoyer sur le terrain un SWAT *team* pour dresser un portrait de la clientèle et redéfinir les zones de prise en charge des résidents, de stabiliser rapidement les horaires en trouvant du personnel pour combler les quarts de travail, de s'assurer de joindre les familles et finalement de planifier un dépistage à plus grande échelle. Le PDG met les mains à la pâte en appelant lui-même des employés pour combler des quarts de travail. Cette implication est tout à fait louable et mérite d'être soulignée, mais elle démontre toute l'ampleur de la crise. Quand le capitaine, en

plus de tenir le gouvernail, doit ramer en haute mer, les risques de s'échouer sur le récif sont grands.

Le syndicat a interpellé la Direction à quelques occasions pour signaler le chaos qui s'installait à l'intérieur des murs. Le 2 avril 2020, à la suite de réponses évasives, une correspondance du syndicat est transmise à la Direction. Cette correspondance insiste notamment sur la nécessité de stopper les mouvements de personnel et sur l'octroi d'EPI assorti d'une obligation de le porter partout entre les murs et en tout temps.

Le 3 avril 2020, le microbiologiste du CISSS de Laval apprend qu'un dépistage massif a eu lieu à l'Hôpital de Verdun. Il est donc décidé de dépister tous les résidents du CHSLD qui ne l'ont pas encore été. Ce même jour, le masque de procédure devient obligatoire pour les employés. Lors de son témoignage, le microbiologiste nous dira qu'avec le bénéfice des enquêtes de traçage, il est fort possible que le virus ait fait son entrée au CHSLD vers le 9 mars 2020. Ainsi, lors du premier cas avéré, le feu était déjà pris dans le CHSLD.

Le réseau de la santé a été pris les culottes baissées. Il n'y a tristement pas d'autre expression plus juste. La préparation que le MSSS dit avoir mise en branle en février ne s'est rendue aux CHSLD que lorsqu'il était trop tard.

Les 4 et 5 avril, un dépistage de tous les résidents est fait. Lors de ce dépistage massif, plus de 105 résidents sur 280 reçoivent un résultat positif à la COVID-19. La totalité du CHSLD est désormais considérée en zone rouge. Les résidents sont donc assignés à leur chambre. Heureusement, la Direction des soins infirmiers via son équipe de la PCI assure une présence plus importante dans le but de soutenir les équipes.

Le 6 avril 2020, une note de la Direction des ressources humaines du CISSS est transmise²⁴ à tous les employés et médecins du CHSLD. Cette note les informe qu'en plus des mesures PCI, ils devront dorénavant prendre leur température avant leur quart de travail et si possible une seconde fois dans la journée.

Lors des témoignages entendus, le manque dramatique de personnel et le stress et la détresse de celui-ci sont des thèmes récurrents. La situation est décrite par plusieurs comme un chaos sans fin. Les employés ont l'impression d'être laissés à eux-mêmes. En avril 2020, c'est plus de 67 % du personnel qui est absent. Il faut demander du renfort. C'est 175 employés qui seront délestés du CISSS pour venir prêter main-forte. L'arrivée de ce personnel ne se fait pas sans heurt. Plusieurs ont reçu peu d'information sur la réalité du travail en CHSLD. L'accueil et la formation seront également décrits comme pauvres. Une formation sur les principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB)²⁵ est donnée à compter du 6 mai 2020 aux employés délestés de même qu'aux nouveaux employés recrutés via la plateforme *Je contribue*. Bien que tardive, il faut reconnaître que des actions ont été mises en place, à tout le moins pour contrer la 2^e vague de la pandémie. Je suis néanmoins interpellée par le fait que dès le 11 mars 2020, dans son *Guide pour l'adaptation de l'offre de service en centre d'hébergement et de soins de longue durée en situation de pandémie COVID-19*²⁶, le MSSS insistait déjà sur l'importance de prévoir la réaffectation ou le déplacement du personnel. La mise à jour du même guide a été produite le 12 mars 2020²⁷ et mentionne notamment : « Absentéisme des ressources humaines : une augmentation significative des absences est anticipée ». Il y avait donc des orientations prévues tant au Plan

²⁴ Volet Sainte-Dorothée, pièce 7.

²⁵ Volet Sainte-Dorothée, pièce 10.

²⁶ Volet Sainte-Dorothée, pièce 14.

²⁷ Volet Sainte-Dorothée, pièce 26, p. 5.

québécois de lutte à une pandémie d'influenza – Mission santé²⁸ qu'au guide. Pourquoi avoir tardé?

Parmi les autres irritants soulevés, des témoins nous ont indiqué qu'ils n'ont pas trouvé dans les dossiers les indications nécessaires portant sur le profil de soins ou encore concernant les diètes des résidents. Les personnes délestées, qui pour la plupart n'avaient pas de formation en gériatrie, se sont donc senties doublement laissées à elles-mêmes. Rappelons qu'aucun plan de déstagement n'avait été prévu et qu'il a plutôt fallu compter sur le volontariat des employés pour suppléer au manque de personnel.

Les résidents ont bien entendu eu à endurer les effets délétères de ce manque criant de personnel. Certains membres du personnel appelés à témoigner nous ont confié :

On faisait notre gros possible, mais les bains ont dû être coupés, les personnes incontinentes attendaient plus longtemps pour être changées, on essayait de se concentrer sur l'alimentation et l'hydratation. C'est arrivé que des résidents mangent leur souper à 21 h. On n'avait juste pas assez de monde. Plusieurs ont été laissés au lit, en jaquette.

Ces situations décrites avec beaucoup d'émotion ont de toute évidence marqué le personnel. En ce qui a trait aux résidents, il est clair que cette période a produit un certain déconditionnement chez plusieurs d'entre eux.

Le 10 avril 2020, un conseiller syndical de la Fédération de la santé et des services sociaux, affiliée à la Confédération des syndicats nationaux (FSSS/CSN), communique verbalement avec l'attaché politique de la ministre McCann. Une nouvelle demande est adressée pour que cesse la mobilité du personnel.

La structure organisationnelle du réseau de la santé est lourde et, en temps de crise, les communications requièrent une coordination serrée. Malheureusement, bien qu'une structure de commandement ait été mise en place, la maladie frappe aussi les cadres, rendant la gestion quotidienne un peu chaotique.

Dans son rapport d'enquête sur l'éclosion de la COVID-19 au CHSLD Sainte-Dorothée, l'enquêteur souligne qu'il y a cinq niveaux hiérarchiques entre la Direction du CISSS et le gestionnaire responsable du CHSLD²⁹. La centralisation des pouvoirs au MSSS ajoute un sixième palier de pouvoir. Si bien qu'avant qu'une situation d'urgence ne soit signalée en haut lieu et que les directives redescendent au CHSLD, il s'écoule plusieurs jours, voire quelques semaines. Cette situation explique en partie la propagation fulgurante dans ce CHSLD et sans doute dans d'autres aussi.

CHSLD Yvon-Brunet

M. Ephrem Grenier

M. Grenier est admis au CHSLD Yvon-Brunet en septembre 2017. Il est en perte d'autonomie sévère et est connu pour plusieurs antécédents médicaux, dont des

²⁸ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2006). *Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza – Mission santé*.

²⁹ Benoît, Y. (2020). *Rapport d'enquête sur l'éclosion de la COVID-19 au Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) Sainte-Dorothée*. MSSS, gouvernement du Québec.

troubles neurocognitifs majeurs, une insuffisance rénale chronique, une hyperplasie de la prostate, des troubles de l'équilibre, un AVC en 2014 et une aphasie légère post-AVC.

Les notes au dossier médical sont relativement bien complétées, à l'exception de la période du 21 au 30 mars 2020, où l'on ne retrouve aucune note consignée par l'infirmière. M. Grenier devait se déplacer en fauteuil roulant. Selon les membres de la famille, son état de santé avait diminué à la suite de son arrivée au centre. Les médicaments s'étaient multipliés. Autrement, il était toujours très heureux de les voir et avait conservé une bonne fourchette. De fait, étant en fauteuil roulant et sédentaire, il était passé de 65 à presque 80 kg, gagnant une quinzaine de kilogrammes.

Il était incontinent et de l'urine pouvait couler au sol et n'était pas bien nettoyée. Selon la famille, il y avait des odeurs nauséabondes. Les préposés étaient, selon eux, dévoués, mais très occupés. Heureusement, M. Grenier recevait de la visite de ses cinq enfants plusieurs fois par semaine. C'était donc une famille très impliquée.

L'arrêt des visites a été annoncé le 14 mars 2020. Par la suite, il y a eu des contacts téléphoniques via les cellulaires des préposés, mais ce fut interdit ultérieurement, toujours avec l'objectif de limiter la transmission du virus. Les membres de la famille pouvaient prendre des nouvelles de leur père par le poste des infirmières. M. Grenier est décrit comme un homme très sociable pour qui l'absence de visite de ses proches a représenté une source d'anxiété importante.

Le 28 mars 2020, un médecin du CHSLD contracte la COVID-19. Le 2 avril 2020, un premier résident est déclaré positif.

Au cours de la première semaine d'avril, les membres de la famille ont très peu de nouvelles de leur père. Le 7 avril 2020, ils apprennent que M. Grenier est déclaré positif à la COVID-19, mais qu'il est asymptomatique. La source potentielle de contamination serait un autre résident connu pour errer d'une chambre à l'autre. Ce même résident a été trouvé dans le lit de M. Grenier. Dans la semaine qui suit, sa condition médicale est en dents de scie. M. Grenier est notamment très anxieux et exprime à plusieurs reprises qu'il ne veut pas mourir. Le personnel soignant, conscient de cette grande détresse, devra choisir, tout aussi déchirant que cela ait pu l'être, d'offrir des soins de base à tous, ne pouvant être aux côtés de M. Grenier pour diminuer cette anxiété.

Le 10 avril 2020, le fils de M. Grenier reçoit un appel du médecin de garde, l'informant que M. Grenier ne démontre toujours pas de symptômes, et qu'elle croyait qu'il allait passer au travers. Pourtant, rappelons que les notes médicales indiquent que M. Grenier est agité et qu'il dit ne pas vouloir mourir. Cette anxiété pourrait-elle être le fait d'une hypoxie subclinique?

Le 11 avril, vers 15 h, la fille de M. Grenier reçoit un appel d'une infirmière qui la questionne sur les habitudes de sommeil de son père. Sa fille comprend que son père n'est pas dans son état normal. Elle demande par conséquent à ce que son père soit évalué par un médecin. Cependant, dans la soirée, on informe la famille que M. Grenier fait de la fièvre et il sombre rapidement dans un état comateux malgré un apport en oxygène.

Le 12 avril, les cinq enfants se rendent au chevet de leur père, désormais en fin de vie. Le protocole de détresse respiratoire est débuté. Son décès est constaté le même jour à 21 h 55. La cause la plus probable du décès est une infection à la COVID-19.

CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et CHSLD Yvon-Brunet

Le CHSLD Yvon-Brunet est un centre d'hébergement et de soins de longue durée pour les personnes âgées dont la condition requiert une surveillance constante et des soins spécialisés et dont le maintien à domicile est devenu impossible et non sécuritaire. Cet établissement est public et le financement provient du MSSS. Le CHSLD ne compte aucune chambre double. Les équipes de travail sont également relativement stables et le personnel y est très impliqué.

Le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal compte 17 sites d'hébergement pour aînés. Lors de la 1^{re} vague, c'est plus de 1 200 résidents qui ont été atteints de la COVID-19 sur ces 17 sites : 440 en sont décédés. On compte également la perte d'un employé. Devant la tempête qui a frappé ces sites d'hébergement de plein fouet, ils ont dû faire appel aux Forces armées canadiennes, dont le personnel a notamment été déployé au CHSLD Yvon-Brunet. Celui-ci a connu un triste record de décès, soit plus de 52 % des personnes qui y étaient hébergées.

Le 14 mars 2020, à la suite de la conférence de presse du premier ministre, un courriel est transmis aux gestionnaires du CIUSSS œuvrant notamment en CHSLD. On les avise que l'arrêt des visites en CHSLD est effectif dès maintenant et que les familles et les proches aidants doivent en être avisés. Le message à transmettre est le suivant :

*Suite aux annonces du ministre, les accès aux visiteurs en CHSLD sont suspendus à partir d'aujourd'hui et pour une période indéterminée. Cette mesure est mise en place afin de protéger nos résidents, il n'y a actuellement aucun cas de Coronavirus/COVID-19 dans nos centres d'hébergement.*³⁰

Il est également précisé que les visites humanitaires sont permises, mais sans définir ce qui compte comme tel.

Le 16 mars 2020, un nouveau courriel³¹ vient préciser les motifs humanitaires permis :

- Les visiteurs des résidents en fin de vie (et non en soins palliatifs);
- Les proches aidants et les dames de compagnie qui prodiguent des soins essentiels aux résidents, comme l'alimentation et les soins d'hygiène uniquement.

Le 17 mars 2020, une nouvelle consigne vient encore restreindre les critères répondant aux visites humanitaires. Dorénavant, seules les visites aux résidents en fin de vie sont autorisées.³²

Cette illustration des changements de directives en moins de trois jours peut certes expliquer en partie l'incompréhension perçue autant par les résidents et leur famille que par les employés. Pour la famille très assidue de M. Grenier, la directive est difficile à accepter, dans la mesure où elle est convaincue que sa présence aurait contribué à diminuer l'anxiété vécue par leur père au cours de ses derniers jours.

³⁰ Volet Yvon-Brunet, pièce 8.

³¹ Volet Yvon-Brunet, pièce 9.

³² Volet Yvon-Brunet, pièce 10.

Entre le 20 mars et le 1^{er} avril 2020, le CHSLD Yvon-Brunet accueille 11 nouveaux résidents. Or, dès le 26 mars, on suspecte que 5 de ses propres résidents sont atteints de la COVID-19.

Le 1^{er} avril 2020, un consultant en biosécurité et logistique médicale est mandaté auprès de l'équipe du CHSLD Yvon-Brunet pour établir le cohortage des résidents qui ont été déclarés positifs à la COVID-19. Le plan est détaillé³³ et on ne peut que saluer le travail accompli. Malheureusement, l'initiative du CIUSSS, bien que tout à fait louable, arrive un peu tardivement. Rappelons que le premier cas suspecté est le 26 mars 2020. L'éclosion se propage à la vitesse grand V de sorte que le 8 avril 2020, tout le centre d'hébergement sera considéré en zone rouge. Les décès surviennent en si grand nombre que les maisons funéraires ne fournissent pas à la demande. Les dépouilles de certains résidents sont restées plusieurs heures dans leur chambre avant d'être transportées.

Les témoignages ont tous fait état de la virulence et de la rapidité du virus. La D^{re} Isabelle Julien est médecin au CHSLD Yvon-Brunet depuis 2016. Les 2/3 des résidents sont à sa charge. Lors de son témoignage, elle nous dit que dès février 2020, il est question de la COVID-19, mais la préparation est axée sur les hôpitaux. Elle décrit les trois premières semaines d'avril 2020 comme si la vie s'était soudainement arrêtée. Du 2 au 9 avril 2020, alors que sa collègue est en confinement, elle est seule pour assurer le suivi médical de 185 résidents. Elle a exprimé ses inquiétudes à quelques reprises, mais n'a pas senti d'ouverture de la part de la Direction. Elle nous dira :

On m'a bien fait sentir que je devais me mêler de mes affaires. Quand M. Marcotte est venu nous rencontrer, je me suis dit : il est déjà trop tard pour parler de zones chaudes. J'ai dû insister auprès des adjointes du chef de médecine générale pour obtenir de l'aide.

Lorsque questionnée sur ce qui aurait pu aider à contenir l'éclosion, la D^{re} Julien nous dira spontanément :

Les connaissances scientifiques sont importantes, mais écouter la base, les gens terrain, c'est aussi important. Les superstructures ne permettent pas de souplesse, alors que c'est primordial en temps de crise de s'adapter en fonction des particularités du milieu.

En ce qui a trait à l'EPI, le 26 mars 2020, un membre de la Direction informe la ligne de gestion que les tests d'ajustement ont été amorcés pour les masques N95 et qu'il est demandé de cibler dans chaque site du personnel pour travailler auprès des résidents positifs. Le 2 avril 2020, on note que des précisions sur le port du masque N95 en CHSLD sont à venir. À cette date, les employés ne sont même pas autorisés à porter de masque en CHSLD pour ne pas effrayer les résidents et préserver l'aspect milieu de vie. Cette interdiction n'a pas de sens pour plusieurs employés et ils y feront référence lors de leur témoignage devant nous.

Ce n'est que le 3 avril 2020 que le port du masque de procédure pour tous les membres de l'équipe soignante et pour le personnel d'hygiène et salubrité sera autorisé.³⁴ La conseillère PCI avait fait part de ses inquiétudes la veille, ce qui a sans doute contribué à la décision. Pourtant, plus de deux mois avant le début de la pandémie au Québec, les employés de l'Hôpital chinois de Montréal, qui fait aussi partie du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, portaient déjà leurs propres masques au travail. Bien que la

³³ Volet Yvon-Brunet, pièce 54.

³⁴ Volet Yvon-Brunet, pièce 20.

PDG du CIUSSS nous ait dit lors de son témoignage que les employés pouvaient porter leurs propres masques, force est de constater que la gestion et les directives d'un CHSLD à l'autre dans le même CIUSSS ont été appliquées à géométrie variable. Au CHSLD Yvon-Brunet, ils ont manqué de tout : de jaquettes, de lingettes, de gel désinfectant et de gants. La crainte de ramener le virus à la maison a été encore plus forte une fois le premier cas déclaré.

À l'instar d'autres établissements, le CIUSSS a mis en place une procédure standardisée de suivi des cas de COVID-19, ce qui facilite grandement le suivi et le signalement des éclosions. Cette standardisation a permis de faire un traçage plus rapide des cas actifs. De plus, le personnel du CHSLD Yvon-Brunet a offert des soins actifs, dont l'installation de solutés et des prélèvements sanguins, ce qui détonne avec d'autres CHSLD qui ont témoigné ne pas être en mesure d'offrir ce type de soins, ayant davantage embrassé la philosophie d'un milieu de vie. Cette distinction entre milieu de vie et milieu de soins ainsi que les manières dont ces deux vocations peuvent être réconciliées dans un établissement ont été des thèmes récurrents tout au long de cette enquête.

Le 10 avril 2020, on procède à un dépistage massif de tous les employés œuvrant dans le CHSLD. Pour Isabelle Matte, directrice SAPA par intérim, « la capacité de tester et la capacité d'isoler [les] résidents, c'était le nerf de la guerre ».

Quelques jours plus tard, à la mi-avril 2020, la PDG estime, quant à elle, que la situation est alarmante, et que le CHSLD doit obtenir du renfort.

De son côté, la D^{re} Mélanie Roy se sent interpellée par le message du premier ministre Legault quant aux besoins criants de main-d'œuvre en CHSLD. Elle se porte donc volontaire et débute le 18 avril 2020. Elle est jumelée à un radiologiste, également volontaire. Elle souhaite travailler avec son propre N95, un privilège que lui refuse la D^{re} Sophie Zhang, co-cheffe adjointe de l'hébergement du CIUSSS. Elle contracte le virus après quelques semaines. Pourtant, elle est bien au fait des consignes d'hygiène et les applique avec rigueur. Le 5 mai 2020, elle lance un cri du cœur pour dénoncer le fait que les protections individuelles sont inadéquates et « que les soldats tombent au combat »³⁵. Le même jour, elle reçoit une réponse de la D^{re} Sophie Zhang concernant les EPI :

Il est important de savoir que la consigne du masque ne provient pas de nous, les chefs, ni de notre CIUSSS, mais bien de l'INSPQ, l'Agence de santé publique du Canada, l'OMS, etc. Notre équipe de microbiologistes, conseillers PCI et experts en biosécurité adhère aussi à ces lignes directrices, sur la base de leur expertise, expérience et examen des données probantes. Après discussion avec certains d'entre eux, on me rapporte que, après plus de cinq mois de présence du virus et trois mois de pandémie officielle, on aurait suffisamment de recul et de surveillance épidémiologique pour établir que la transmission aérienne n'est pas significative.

Notre propre revue de la littérature va dans le même sens, mais, évidemment, personne ne détient la vérité absolue. Ce qui est très inquiétant dans les études, c'est la durée de vie du virus sur les surfaces (ad cinq jours) et la contamination très extensive de l'environnement des COVID+ (ex. : planchers très contaminés, ainsi que les souliers des travailleurs de la santé). C'est possiblement un mécanisme de

³⁵ Volet Yvon-Brunet, pièce 70.

transmission qui pourrait compléter le tableau de la transmission par gouttelettes.

Bien que les données en avril 2020 ne convergent pas vers une transmission aérienne significative, n'aurait-on pas pu opter pour plus de prudence? Le principe de précaution sera abordé au volet national, mais ce témoignage est une illustration tangible de la révérence accordée aux avis de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et de son Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) alors même que les connaissances sont en évolution constante. Bien qu'importants et cruciaux, ces avis devraient être compris comme des recommandations, ni plus ni moins.

Des employés du CIUSSS ont été délestés au CHSLD Yvon-Brunet. La formation est minimale (qui peut s'expliquer en partie par le contexte d'urgence) et un des témoins nous dira : « À mon arrivée, j'ai été reçu en me faisant dire : casse-toi pas la tête, tu prends les signes vitaux pis tu passes des pilules ». Ceci est à mettre en relation avec le témoignage d'un autre travailleur de la santé à propos de l'excellente préparation des employés lors de l'épidémie du H1N1 en 2009. Peut-être aurait-il fallu chercher à calquer les préparatifs de 2009? Évidemment, les deux pandémies ont quand même des caractéristiques qui leur sont propres et les comparaisons ont des limites. Cela dit, nous retenons que même si les plans pour la pandémie ont été élaborés et planifiés au MSSS et dans les équipes de gestion des CISSS, cette préparation ne s'est pas reflétée sur le plancher.

Le 21 avril 2020, le CHSLD peut compter sur l'arrivée d'une cinquantaine de militaires. Ce soutien sera décrit par plusieurs employés comme une source inestimable d'oxygène pour les aider à reprendre leur souffle. Ils travaillaient sur des horaires de 12 heures et, fait intéressant, alors qu'à leur arrivée plus de 20 % du personnel est atteint de la COVID-19, aucun militaire déployé à Yvon-Brunet n'a eu la COVID-19. L'interaction et la collaboration entre l'armée et le CIUSSS sont excellentes, ce qui contribue au succès du déploiement. Les observations des Forces armées faites lors de l'enquête rejoignent certains constats déjà connus, en l'occurrence l'importance de s'attaquer au problème du manque chronique d'effectifs de même que l'importance de pallier le manque de préparation et de formation du personnel des CHSLD pour résister aux infections et protéger les milieux.

Le 1^{er} mai 2020, à l'occasion de la visite au CHSLD, l'évaluateur du MSSS constate que, bien que l'éclosion soit toujours considérée comme préoccupante, les employés se déplacent toujours d'un étage à l'autre, indépendamment des zones. À cette date, on compte plus de 80 cas de résidents infectés et plus ou moins 50 employés.

Force est de reconnaître que la culture de prévention et de contrôle des infections n'est pas prépondérante au CHSLD Yvon-Brunet. En complétant son témoignage, la fille de M. Grenier³⁶ a eu ces mots :

En deux ans et demi où mon père a été résident à Yvon-Brunet, je n'ai jamais vu un membre du personnel se laver les mains en entrant dans la chambre ni utiliser de gel désinfectant! Que ce soient les préposées, les infirmières auxiliaires, les infirmières, les membres du personnel ou même le médecin! Peut-être ont-ils adopté le lavage des mains suite à la pandémie, mais je peux vous assurer qu'aucun de nous, soit mes frères et sœurs, avons vu ce genre de pratique avant la pandémie! Il m'est arrivé maintes et maintes fois avant de quitter vers 21 h-21 h15, d'aller

³⁶ Volet Yvon-Brunet, pièce 60.

voir le personnel en pause dans la cuisinette pour leur dire que je quittais et que mon père était prêt à être couché. Les préposées se levaient et me suivaient jusqu'à la chambre sans se laver les mains, alors qu'elles venaient de manger et boire. Des exemples comme ceux-ci, je pourrais vous en donner d'autres! Ou encore, lorsqu'on avait besoin d'aide et qu'on allait chercher [des membres] du personnel dans le corridor, ils entraient droit dans la chambre, alors qu'ils étaient avec d'autres résidents quelques minutes auparavant.

Ce témoignage fort éloquent reflète les efforts qu'il faut maintenir en prévention, que nous soyons en temps de pandémie ou pas. Inspirer une culture de prévention des infections dans un CHSLD ne s'improvise pas. C'est une affaire de longue haleine qui demande des efforts soutenus. Ceci n'enlève rien au dévouement et autres qualités des employés du CHSLD qui ont, de fait, été soulignés par les membres de la famille de M. Grenier.

En terminant, je me dois de saluer l'initiative du CIUSSS qui a tenu une journée de commémoration en septembre 2020 devant les dix-sept CHSLD de son territoire. Bien que la tristesse et la souffrance des familles restent entières, il s'agit là d'un geste important pour ne pas oublier nos aînés décédés dans ces circonstances tragiques et pour rendre hommage autant à ceux qui nous ont quittés qu'à ceux, travailleurs de la santé, qui ont tenu à bout de bras un navire fissuré déjà bien avant l'arrivée de la pandémie.

CHSLD René-Lévesque

M. Yvan Luc Brodeur

M. Brodeur est admis au CHSLD René-Lévesque en octobre 2019. Il est en perte d'autonomie sévère et est connu pour des antécédents médicaux, dont une démence parkinsonienne.

En janvier 2020, l'influenza sévit au CHSLD, entraînant un confinement des résidents. La conjointe de M. Brodeur n'a donc pas pu le voir pendant près de deux semaines. Quand on lui permet enfin de retourner au chevet de son mari, elle le trouve, selon ses termes, dans un état si lamentable que le médecin du CHSLD n'a rien de mieux à lui suggérer que des « soins de confort ». Refusant de se laisser démonter, elle insiste pour que M. Brodeur soit plutôt hospitalisé. À l'Hôpital Pierre-Boucher, les analyses biochimiques confirment une déshydratation sévère, que l'on corrige avec les solutés habituels.

Le 14 mars 2020, lorsque l'interdiction des visites est annoncée à la suite de la déclaration d'urgence sanitaire, sa conjointe a encore en mémoire l'épisode précédent et craint le pire. Entre le retour au CHSLD et ce 14 mars, elle a visité M. Brodeur tous les jours. La conjointe entreprend donc plusieurs démarches pour être admise au CHSLD malgré l'interdiction des visites, s'isolant même chez elle sans voir personne afin de pouvoir convaincre la résidence de la laisser entrer voir son mari.

Le 15 mars 2020, la conjointe de M. Brodeur écrit au responsable des plaintes pour lui faire part de sa grande inquiétude quant à l'interdiction des visites en CHSLD, du fait qu'elle est une proche aidante très active, voyant notamment à l'hydratation et à l'alimentation de M. Brodeur, un rôle qui exige du temps, du tact et de la patience.

Le lendemain, le 16 mars 2020, le commissariat aux plaintes et à la qualité des services transmet le courriel de la conjointe à Mme Ratier, la chef d'unité du Centre d'hébergement René-Lévesque.

Le 16 mars 2020, Mme Ratier confirme par courriel³⁷ qu'elle est d'accord avec la présence de la conjointe de M. Brodeur, considérant que celle-ci joue un rôle clé auprès de M. Brodeur, ce qui, par le fait même, permet de libérer le personnel pour d'autres résidents. M. Brodeur ayant de la difficulté à s'alimenter et à s'hydrater, le personnel ne peut lui offrir la même présence lors des repas que sa conjointe. Malheureusement, et ce, malgré l'avis de la gestionnaire, la conjointe se voit refuser l'accès par une autre gestionnaire qui tient, elle, à respecter la directive à la lettre sans jamais prendre en considération l'intérêt du résident.

Comme de fait, M. Brodeur voit sa condition médicale se dégrader rapidement. À son décès, il était dénutri et avait perdu plus de 10 kg dans les six dernières semaines.

Nous le savons maintenant, la COVID-19 a frappé durement. Pour passer au travers lors de la 1^{re} vague, il fallait avoir une condition médicale stable. Alors, affronter la COVID-19 en étant dénutri et déshydraté, c'est comme se présenter au marbre avec déjà deux prises. C'était une mort pratiquement annoncée.

Accepter le principe de ne pas transférer les patients en centre hospitalier impliquait que les soins de base étaient dispensés de manière adéquate en CHSLD. Or, ce n'était manifestement pas le cas pour M. Brodeur qui, privé de sa proche aidante, s'était déjà retrouvé en janvier déshydraté à l'occasion d'une éclosion d'influenza ayant nécessité le retrait de la proche aidante.

Réhydraté à l'hôpital puis retransféré début février vers le CHSLD, M. Brodeur voit à nouveau la qualité des soins diminuée avec le début de la pandémie. Le personnel dispose d'encore moins de temps qu'il en avait en janvier pour dispenser les soins constants que sa condition requiert. Entre le 15 mars et le 23 avril, M. Brodeur dépérit lentement, de sorte qu'il est bien mal en point pour affronter la maladie. La confirmation d'infection à la COVID-19 tombe le 23 avril et la famille en est alors avisée.

Le décès de M. Brodeur est donc indirectement attribuable à la directive d'empêcher les proches aidants de venir au chevet des résidents. Cette directive a indéniablement contribué au décès de M. Brodeur. Le remplacement des proches aidants par des aides de service n'a pas suffi à combler le vide, en raison du fait que cette nouvelle main-d'œuvre ne connaissait pas les besoins particuliers de chaque résident et, de façon plus générale, ne savait pas comment apporter les soins à une clientèle aussi lourdement hypothéquée et souvent incapable de verbaliser ses besoins.

La directive de ne pas transférer les résidents du CHSLD vers les établissements de courte durée ne pouvait avoir de sens que dans la mesure où les soins de base pouvaient être garantis dans leur milieu.

Ne pas intuber aux soins intensifs un patient âgé avec des comorbidités significatives est un choix rationnel puisque le séjour aux soins intensifs est en soi une épreuve qui exige des ressources importantes de la part du patient. Plus le patient est âgé et malade, plus grand est le risque qu'il ne s'en sorte pas. C'est la raison pour laquelle opter pour des soins favorisant le confort par rapport à la prolongation de la vie est parfois la chose à faire pour assurer une fin de vie digne et sans acharnement. Dans ce

³⁷ Volet René-Lévesque, pièce 6.

cas, le CHSLD peut très bien être le lieu pour vivre ses derniers jours. Encore faut-il être en mesure d'offrir les soins de base et être à l'écoute du résident et de sa famille. Cependant, si la seule autre option en CHSLD consiste en des soins de base déficients, des soins infirmiers partiels, des visites médicales aléatoires, et surtout pas de temps pour nourrir et faire boire un résident pour lequel il faut y mettre du temps, alors le CHSLD échoue dans sa mission. Ce fut le cas pour M. Brodeur.

Et si en plus, on ajoute l'impossibilité d'obtenir un transfert dans un milieu où ces soins sont disponibles, nous sommes sur une pente glissante au bas de laquelle on a fait la démonstration qu'il y a deux classes de patients au Québec et que les personnes en CHSLD sont des patients de deuxième classe.

Le parcours de M. Brodeur n'est pas simple. La conjointe et les membres de la famille sont prêts à mettre la main à la pâte pour combler les lacunes de soins pour M. Brodeur. Ils acceptent une situation qui est déjà exceptionnelle. Jusqu'au jour où on les empêche de le faire, car moins de deux mois plus tôt, ils ont été à même de vérifier ce qu'il se passe lorsqu'ils ne peuvent être au chevet de celui-ci. M. Brodeur est passé à deux cheveux de mourir du fait d'une simple déshydratation. Il n'y avait pas de *C. difficile* ou de malabsorption pour expliquer cette déshydratation, mais simplement un problème d'accès aux boires, car il faut aider M. Brodeur. Il faut lui tendre un verre d'eau et lui donner le temps de boire.

Dès lors, la famille souhaite que M. Brodeur soit transféré. Peut-on les en blâmer? Elle se heurte toutefois à un système qui a reçu l'ordre de ne pas transférer les résidents des CHSLD à un hôpital dont les niveaux de soins sont C ou D. Peu importe que la famille souhaite modifier ce niveau de soins, elle se heurte à beaucoup de résistance de l'intérieur. À n'en pas douter, M. Brodeur est un homme très malade. Pour les gestionnaires du CHSLD, il ne devait pas être transféré. En temps normal, la décision toute simple qui s'imposait aurait été de permettre à la famille de visiter son proche. Cela aurait été une décision fondée sur des motifs humanitaires.

La famille ne souhaite pas prolonger la vie à tout prix. Elle est bien au fait que la COVID-19 risque d'emporter M. Brodeur. Elle souhaite simplement qu'il ne meure pas d'autre chose, comme d'une simple déshydratation. Ce n'est pas une demande exagérée. Malheureusement, en avril 2020, le CHSLD n'est pas en mesure de la convaincre qu'il aura droit à un minimum de soins, encore moins de les lui garantir.

Il y a pourtant énormément de résistance à le transférer malgré les demandes insistantes exprimées par la famille. Des démarches sont faites par la fille de M. Brodeur auprès de M. Lionel Carmant, ministre délégué à la Santé et aux Services sociaux et député de Taillon, et s'avèrent infructueuses. C'est finalement le 24 avril 2020 que M. Brodeur est transféré en centre hospitalier. Il aura fallu un article dans *Le Devoir* sous la plume de Mme Marie-Michèle Sioui, journaliste au *Devoir*, pour être finalement entendu. Ce n'est apparemment que de cette façon qu'ils ont pu obtenir un passe-droit pour faire hospitaliser M. Brodeur et pouvoir l'accompagner pour ses derniers jours de vie. Cette seule illustration dénote le peu d'empathie accordée aux familles durant cette 1^{re} vague. Sans le soutien d'une journaliste, cette famille n'aurait pas été entendue. Combien d'autres familles ont dû subir ces refus? Nous souhaitons manifester toute notre sympathie aujourd'hui à ces familles qui ont été privées du droit de se faire entendre. Ne serait-ce que sur ce point, les CHSLD ont un mea culpa à faire et une nécessaire réflexion à amorcer.

À son arrivée à l'Hôpital Pierre-Boucher, on s'oriente vers des soins de confort et M. Brodeur décède dignement, le 29 avril 2020, accompagné de ses proches.

La cause du décès est donc une infection à la COVID-19 dans un cadre plus général de syndrome gériatrique de fragilité (*frailty syndrome*). Les conséquences de l'infection sont exacerbées par une déshydratation probable chez un résident qui dépend complètement d'autrui tant pour ses besoins de base comme l'alimentation et l'hydratation que pour les soins plus complexes. Son décès reflète la fragilité du système dans lequel nous avons placé nos aînés.

La désorganisation occasionnée par la COVID-19 au sein du personnel ainsi que la surcharge de travail qu'elle a amenée en termes de quantité et de lourdeur des soins aux résidents ont eu des répercussions néfastes sur un patient aussi vulnérable. Dans un tel contexte, il devenait encore plus fondamental que M. Brodeur puisse compter sur la présence constante d'une proche aidante dévouée.

CISSS de la Montérégie-Est et CHSLD René-Lévesque

Le Centre d'hébergement René-Lévesque est situé à Longueuil. C'est un CHSLD public, qui est l'une des installations du CISSS de la Montérégie-Est. La bâtisse a été construite en 1988. Ce centre compte 224 lits autorisés au permis et offre des soins de longue durée à une clientèle âgée ou jeune adulte en perte d'autonomie. Lors de la 1^{re} vague, 118 résidents ont été infectés par la COVID-19 et 54 d'entre eux en sont décédés.

Lors des visites de la conjointe de M. Brodeur au CHSLD, bien avant la pandémie, celle-ci a pu observer que les résidents recevaient de l'eau uniquement lors des repas et qu'il arrivait que les verres soient vides. Un résident en perte de mobilité ne peut seul avoir accès à de l'eau. L'hydratation étant à la base des soins à prodiguer, ces observations sont inquiétantes. Quelle sorte de filet de sécurité est en place pour les résidents qui n'ont pas accès à des proches aidants aussi dévoués et présents que M. Brodeur?

La directrice de santé publique de la Montérégie, lors de son témoignage, nous a indiqué qu'un plan de mobilisation des ressources doit être élaboré tous les 4 ans pour un exercice d'urgence sanitaire. Le dernier plan a été réalisé en 2018. Lorsque les premières informations concernant le coronavirus commencent à circuler en janvier 2020, il y a une première rencontre le 10 janvier 2020 avec l'équipe des maladies infectieuses. Le 22 janvier 2020, l'organisation de la structure de commandement est mise en place. Le 27 janvier 2020, on instaure les gardes par des équipes dédiées en lien avec la COVID-19.

Le 31 janvier 2020, la DRSP transmet un premier appel à la vigilance³⁸, une initiative locale.

Le 5 mars 2020, la Montérégie enregistre son premier cas de COVID-19. Cette personne est identifiée comme un voyageur de retour au pays.

Le 8 mars 2020, les mesures de gouvernance montérégienne sont mises en place avec les trois PDG des CISSS. La Montérégie compte 36 CHSLD publics et 488 milieux de vie privés. Le défi est donc immense pour rejoindre l'ensemble de ces installations. Force est de constater que les CHSLD privés seront nettement moins bien préparés pour faire face à la 1^{re} vague de la pandémie. Est-ce secondaire à un déficit d'information?

³⁸ Volet René-Lévesque, pièce 11.

Par ailleurs, le suivi des cas se faisant de manière manuelle et par télécopieur, le traçage est une tâche pratiquement impossible. Plus de 1259 cas seront répertoriés déjà au début avril 2020.

Le 23 mars 2020, le sous-ministre à la Santé transmet les nouvelles priorités en matière de dépistage. Les CHSLD et les RPA sont considérés dans cette nouvelle cohorte, à tout le moins pour les résidents qui ont des symptômes. Les difficultés de gérer des unités de soins avec des personnes déclarées positives à la COVID-19, mais asymptomatiques, ne sont pas prises en considération à cette époque.

Le 4 avril 2020, la DRSP transmet une infolettre destinée aux CHSLD. Les équipes sont mobilisées et elles reçoivent la consigne de procéder à l'embauche de tous ceux qui peuvent venir prêter main-forte.

Plusieurs initiatives régionales sont mises de l'avant par la Santé publique en Montérégie. Leur proaction, malgré un contexte difficile et un territoire immense à couvrir, mérite d'être saluée. Rappelons tristement que la DRSP a été frappée en son sein même par une éclosion ayant touché treize personnes, dont un médecin qui en est décédé.

Lors du témoignage de la PDG du CISSS de la Montérégie-Est, elle convient que la vétusté de certains CHSLD n'a certainement pas aidé. Elle a ainsi déclaré : « Si j'avais de l'argent, bien des questions ne se poseraient pas... » Quant aux volets cliniques, le CHSLD René-Lévesque n'était pas connu comme un centre en difficulté selon la Direction.

Le 4 avril 2020, le premier cas de COVID-19 au CHSLD est annoncé chez un employé. Plus de 114 employés obtiendront un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19 dans les 3 mois suivants. Le premier résident infecté suivra de près, soit le 7 avril 2020. Dès le 11 avril 2020, plus d'une trentaine de résidents sont touchés.

Pour expliquer la réponse du CHSLD aux demandes de transfert de la famille de M. Brodeur, la PDG nous réfère à la lettre du 19 mars 2020 signée par le sous-ministre, qui a été interprétée comme une invitation ferme à éviter les transferts en milieux hospitaliers. Lorsque, après la publication de l'article dans *Le Devoir*, le cabinet du ministre délégué Carmant l'appelle pour procéder au transfert en centre hospitalier, elle fait le suivi avec la famille et comprend alors qu'ils ont complètement perdu confiance dans les soins offerts au CHSLD.

Plusieurs témoins exprimeront l'anxiété qui était vécue au sein des troupes par rapport aux messages contradictoires et aux sources d'information — nationales, mais aussi internationales — probablement trop nombreuses et au contenu en constante évolution. Cette anxiété, mêlée à l'anticipation de voir des collègues tomber au combat et à la crainte de devoir composer à une pénurie potentielle d'équipements de protection, a indéniablement eu des effets délétères sur le moral des troupes. Ici, comme ailleurs, nous observons que les CHSLD ont été négligés par rapport aux centres hospitaliers. Cette préoccupation hospitalière était, de fait, téléguidée par le MSSS, comme le volet national l'expliquera plus loin.

Des initiatives sont par ailleurs nées de ces craintes. On pense au fait que le CISSS a décidé de fabriquer ses propres visières, qu'il a accéléré les formations et que les gestionnaires étaient disponibles 7 jours sur 7. Même si certains employés ont considéré la gestion absente et l'ont qualifiée de « gestion fantôme », je crois que bien qu'imparfaites, les ressources de gestion ont été mises à contribution au meilleur de leur capacité.

Les masques étaient en quantités limitées. Malgré cela, comme un peu partout au Québec à cette date, à compter du 5 avril 2020, le port du masque devient obligatoire. Rappelons que des employés souhaitaient porter le masque dès la fin mars, mais on les en a dissuadés, de peur qu'ils effraient les résidents. En rétrospective, ces initiatives du personnel, si elles avaient été entendues et considérées plus tôt, auraient peut-être sauvé des vies.

Les 10 et 11 avril 2020, un dépistage massif a lieu au CHSLD René-Lévesque. Les résultats arriveront au bout de 48 heures.

Vers le 22 avril 2020, le manque d'effectifs est à ce point criant que la Direction du CISSS doit se poser la question : jusqu'où peut-on aller pour donner des soins en toute sécurité? Pour contrer l'inexpérience du personnel délesté qui, au surplus, ne connaissait pas les résidents, il est convenu de mettre des fiches signalétiques aux portes de chaque résident avec leur résumé de dossier. Ces employés délestés, animés de leur bonne volonté, ont, tout au moins à leur arrivée, manqué de repères. L'accueil aurait sans doute pu être mieux encadré.

Les résidents qui pouvaient s'exprimer ont fait part de leurs inquiétudes, de leurs routines chamboulées, de leurs craintes d'être laissés seuls et de la solitude qui s'installait et broyait leur moral peu à peu. Lors des audiences, le personnel a témoigné de sa détresse de ne pas offrir des soins de qualité à chacun des résidents, mais, comme certains l'ont exprimé : « On était en guerre, on a tourné les coins ronds. » L'absence des proches aidants a certainement eu un effet sur la dégradation et sur le déconditionnement des personnes qui résidaient au CHSLD.

Une consultante venue prêter main-forte au CHSLD René-Lévesque a bien résumé les difficultés opérationnelles avec lesquelles la plupart des CHSLD du Québec ont dû composer. Dans un monde idéal, des étages auraient été identifiés comme zones rouges pour faciliter les soins et éviter la transmission. Cela était impossible avec les CHSLD comme René-Lévesque, qui opéraient au maximum de sa capacité avant même les premières éclosions. Il faudra dans un futur proche des investissements budgétaires considérables et une réelle volonté des dirigeants pour créer ces espaces. Au CISSS, ces unités n'ont pu se réaliser qu'à partir du mois de mai 2020, après, tristement, une première cohorte de décès. De là à dire que les gains en efficience des CHSLD se sont faits au prix de ce lourd tribut, il y a un pas que quelques-uns ont osé franchir.

Parmi les témoins entendus, l'un d'eux nous a recommandé d'indiquer et d'identifier clairement les services à être délestés en temps de crise. J'y reviendrai au volet national puisque cette situation est prévue au Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza – Mission santé.

Il a aussi été suggéré qu'un recours dès le début des éclosions, sinon avant, aux sites non traditionnels (SNT) aurait permis de créer des espaces en CHSLD pour éviter la proximité entre patients contaminés et non contaminés. Dans un contexte de soignants — certains asymptomatiques comme on l'a appris rapidement — qui ne faisaient que changer leurs gants entre leurs interactions avec les différents résidents, lesquels nécessitaient régulièrement des soins de proximité, ces espaces auraient été les bienvenus.

La procédure était pourtant bien connue puisque le MSSS avait produit, il y a de cela déjà 15 ans, un document de formation par ailleurs toujours disponible sur Internet³⁹. Au CISSS de la Montérégie-Est, le concept des sites non traditionnels (SNT) n'était par ailleurs pas inconnu puisqu'on y avait eu recours déjà à la fin mars pour un SNT de soins ambulatoires, soit une clinique désignée de dépistage et d'évaluation (CDE) au Cégep Édouard-Montpetit. Plus à l'ouest, le 17 avril 2020, le CISSS de la Montérégie-Ouest a mis sur pied un tel SNT en transformant l'Hôtel Plaza Valleyfield. Le site a accueilli jusqu'à 47 résidents⁴⁰. L'enjeu des SNT demeure l'embauche de personnel pour les faire rouler. La réserve de personnel est limitée et fournir du personnel implique souvent le délestage d'autres unités ou services.

Manoir Liverpool

M. Jacques Levesque

M. Levesque est admis au Manoir Liverpool en décembre 2016. Il est considéré apte et a un niveau de soins B, mais sans manœuvre de réanimation. Il est connu pour des antécédents médicaux, dont une hépatite C, des problèmes rénaux, un diabète pour lequel il était insulino-dépendant et un cancer du côlon en rémission.

M. Levesque est aux prises avec un diabète évoluant depuis plusieurs années. Son contrôle glycémique avec l'insuline est inadéquat et il doit composer avec des hypoglycémies à répétition. Comme c'est le cas chez plusieurs diabétiques sévères, il en est venu à perdre la capacité de reconnaître celles-ci. Il fait partie des 40 % de diabétiques insulino-dépendants chez qui les symptômes classiques dits adrénergiques de l'hypoglycémie ne se produisent pas. Ces personnes ne ressentent donc pas les symptômes qui servent normalement à alerter la personne, tels que la nervosité, les tremblements, la sudation, une baisse d'énergie ou fatigue, un mal de tête, un trouble d'élocution, la faim impérieuse ou une grande soif. Ces personnes peuvent donc avoir des hypoglycémies très sévères qu'elles ne sont pas en mesure de contrecarrer avant qu'il ne soit trop tard. C'est l'entourage qui fait le diagnostic lorsque le diabétique se met à agir bizarrement (confusion, irritabilité voire agressivité) comme c'est le cas chez M. Levesque. Il devient agressif et refuse alors de coopérer, à telle enseigne que lors de ces épisodes, le personnel le craint.

La base du traitement de l'hypoglycémie consiste à procurer au diabétique des sucres avec une absorption instantanée, par conséquent pouvant être rapidement métabolisés. Une fois le taux de sucre rétabli, le patient est généralement plus conciliant. On lui sert alors une collation avec des glucides et des protéines, destinée à maintenir le taux de sucre à plus long terme et donc à éviter une récurrence de l'hypoglycémie qui ne serait pas corrigée temporairement avec les sucres rapides.

Sa glycémie devait être prise quatre fois par jour et il avait un protocole d'insuline, de même qu'une diète spéciale. Questionnés au sujet de ce protocole, de manière générale, les employés ne semblaient pas en connaître la teneur.

M. Levesque n'avait eu aucune évaluation de ses capacités résiduelles depuis deux ans. Un proche nous dira lors de l'enquête avoir dû relancer plusieurs fois la travailleuse

³⁹ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2006). *PHY L01C2-Sites non traditionnels de soins (SNT) – Programme de formation*.

⁴⁰ Tremblay, E. (2020, 27 mai). Mobilisation exceptionnelle pour un site non traditionnel. *Le Journal Saint-François*.

sociale pour avoir des nouvelles de sa condition médicale. Durant l'urgence sanitaire, l'information est encore plus rare.

En décembre 2019, compte tenu des soins requis à sa condition, une relocalisation est envisagée. Étant apte, M. Levesque est informé de cette relocalisation potentielle. Cette situation l'affecte, car elle représente pour lui un nouveau deuil de milieu de vie.

Le 26 avril 2020, M. Levesque est triste, car en raison d'un manque de personnel dans la journée, les soins reçus ne sont pas à sa satisfaction. La préposée dénote un peu d'hostilité et demande par conséquent une évaluation par l'infirmière auxiliaire, qui prend une première glycémie très basse à 1,8 mmol/L. M. Levesque est confus. On cherche le glucagon dans son bac de médicaments, mais on ne le trouve pas, car celui-ci est gardé au frigo, tel que le recommande le fabricant. L'infirmière lui apporte plutôt des tartines de beurre d'arachide avec des bananes et des tranches de fromage blanc, du jus d'orange et un gel oral d'Insta glucosé. Il faut l'aider pour l'Insta glucosé, car il n'a pas le réflexe de le porter à sa bouche.

Une deuxième glycémie montre une amélioration à 3,7 mmol/L. L'infirmière auxiliaire cherche un deuxième jus d'orange pendant que M. Levesque demeure seul. À son retour, elle constate que M. Levesque a les mains vides, mais qu'il a encore de la nourriture dans la bouche. M. Levesque est distrait et n'écoute pas les recommandations. Il lance un mouchoir. Soudainement, il vacille sur son lit. Bientôt, il agite les pieds et les mains. L'infirmière auxiliaire a l'impression qu'il manque d'air, car aucun son ne sort de sa bouche. Elle n'a pourtant pas l'impression qu'il est en train de s'étouffer. C'est au moment où la personne ne peut plus parler qu'il faut faire la manœuvre d'Heimlich, mais l'infirmière auxiliaire n'ose faire la manœuvre, vraisemblablement parce qu'elle craint que M. Levesque ne la frappe.

Elle appelle le 9-1-1 quand elle lui donne le deuxième verre de jus et qu'il devient agité. Lorsque le thorax de M. Levesque cesse de se soulever, elle commence le massage cardiaque comme l'en instruit le répartiteur du 9-1-1. M. Levesque est toutefois toujours couché de travers dans son lit sans planche dorsale. Éventuellement, il glisse et on le place au sol avant de poursuivre les manœuvres.

Bien que l'infirmière auxiliaire mentionne aux policiers qu'elle n'a pas l'impression qu'il est en train de s'étouffer, elle connaît le risque associé au fait d'avoir de la nourriture dans la bouche, soit de bloquer le passage de l'air. D'ailleurs, l'appel au 9-1-1 nous instruit sur la méconnaissance/ignorance de la procédure appropriée en cas d'étouffement de la part du personnel soignant qui était présent sur les lieux :

*On ne peut pas l'approcher. Il a la bouche pleine de nourriture. Ça presse.
Il a de la nourriture dans la bouche. Il est couché et on ne peut pas
l'approcher faque je ne sais pas s'il est en train de s'étouffer.*

*Il a la face qui change de couleur Madame ; il a un morceau de manger
dans la bouche.*

Dans les notes de soins, l'infirmière auxiliaire a inscrit qu'elle a tenté de déloger le pain de sa bouche. Cette affirmation me semble assez contradictoire avec l'appel du 9-1-1. En revanche, si cela était vrai qu'elle a tenté manuellement de lui retirer sa nourriture, la manœuvre de Heimlich n'a quand même pas été tentée.

Le répartiteur du 9-1-1 a donné des instructions claires pour que soit débutée la RCR. Cependant, ni le personnel du Manoir Liverpool ni le répartiteur du 9-1-1 n'ont pensé à déloger la nourriture de la bouche de M. Levesque, que ce soit manuellement ou par la

manœuvre de Heimlich. Les manœuvres ont été débutées alors que M. Levesque était à moitié dans son lit. Aucune planche dorsale ne se trouvait sur l'étage.

Malgré le fait que M. Levesque se trouvait en état d'hypoglycémie, il a été laissé seul avec sa nourriture pendant quelques minutes.

Il y a méconnaissance du contenu du dossier de M. Levesque par le personnel soignant, d'où le fait que l'on ignorait l'existence de l'ordonnance de non-réanimation.

Les policiers et les ambulanciers sont arrivés sur les lieux et ont poursuivi les manœuvres de réanimation jusqu'à ce que l'on découvre au dossier de M. Levesque l'ordonnance de non-réanimation.

Il n'y a pas de rapport d'accident pour cet événement et, fait encore plus étonnant, très peu d'employés connaissaient la procédure pour la divulgation d'incident ou d'accident, et l'une des propriétaires ne la connaissait pas.

Une autopsie partielle a été pratiquée au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale. Le pathologiste a confirmé la fausse route alimentaire et la présence de résidus alimentaires.

Au dossier médical, nous avons pu constater que le niveau de soins ne semblait pas clair. Deux formulaires de niveau de soins et réanimation cardiorespiratoire ont été signés à près d'un mois d'intervalle. Par ailleurs, lors des audiences, le médecin a clarifié la situation en nous expliquant que le niveau de soins avait été rediscuté avec M. Levesque par téléphone et qu'il avait acquiescé à ne pas être intubé si la situation le commandait. Rappelons que les quelques médecins affectés à ce milieu de vie en avril 2020 effectuaient leurs suivis principalement en téléconsultation.

Les deux formulaires mentionnent :

1. Formulaire signé le 3 mars 2020

- a. Apte;
- b. Niveau de soins B;
- c. Ne pas tenter la RCR est coché dans la case arrêt cardiaque;
- d. Rien n'est coché dans la case concernant l'intubation d'urgence et l'assistance respiratoire;
- e. Détails inscrits à la main : pas de USI, pas d'acharnement, pas de RCR, OK pour intubation et OK pour antibiotique PO ou IV;
- f. Formulaire signé par M. Levesque.

2. Formulaire daté du 8 avril 2020

- a. Apte;
- b. Niveau de soins B;
- c. Ne pas tenter la RCR est coché dans la case arrêt cardiaque;
- d. Pas d'intubation d'urgence est coché dans la case concernant l'intubation d'urgence et l'assistance respiratoire;
- e. Détails inscrits à la main : pas de RCR, pas de IET, pas d'acharnement, pas de USI;
- f. Formulaire non signé par M. Levesque.

Le protocole de glycémie n'est pas non plus bien connu du personnel. Le protocole usuel se limite aux sucres rapides (comme l'Insta glucosé) aux 15 minutes tant que la glycémie n'est pas remontée au-dessus de 4 mmol/L. Par la suite, lorsque le résident a repris ses esprits, la collation est servie. Il faut au besoin superviser le résident.

S'il n'est pas possible de donner l'Insta glucosé, on donne plutôt le glucagon (gardé au frigo). Dans le cas présent, on l'a cherché dans son bac à médicaments, mais on a oublié qu'il était plutôt au frais. De toute façon, le glucagon n'était pas indiqué ici, car M. Levesque a pris l'Insta glucosé. C'est la précipitation à offrir la collation qui est en cause. Il aurait fallu attendre que M. Levesque reprenne ses esprits, quitte à redonner de l'Insta-glucose une seconde fois.

Une fois en situation d'étouffement, M. Levesque aurait encore pu être sauvé d'une mort certaine si le personnel infirmier avait appliqué les mesures appropriées, d'abord la manœuvre d'Heimlich puis un massage cardiaque adéquat à l'arrêt respiratoire.

M. Levesque est décédé le 26 avril 2020 à la suite d'un étouffement oropharyngé. Il s'agit d'un décès accidentel qui aurait facilement pu être évité puisqu'il s'est produit sous les yeux du personnel, lequel aurait dû savoir comment réagir.

Pour ce faire, on aurait eu besoin de :

1) Prévention :

- a) Un protocole clair et bien enseigné du traitement de l'hypoglycémie tel qu'expliqué ci-haut.
- b) L'utilisation d'un lecteur de glycémie avec capteur à la peau (comme Free Libre). En effet, en 2020, avec les anciens critères de la RAMQ, M. Levesque était éligible au remboursement. Ces critères ont depuis été encore élargis. M. Levesque ayant un épisode sévère par mois, durant lequel, au surplus, il pouvait se montrer menaçant à l'égard du personnel, la détection de ces épisodes devenait une part importante de son plan de traitement.

2) Un traitement proactif avec :

- a) Une manœuvre de Heimlich (qui n'a pas été tentée).
- b) Lorsque M. Levesque est tombé en arrêt cardiorespiratoire, un balayage avec le doigt pour enlever ce qui obstruait la bouche avant d'initier le massage cardiaque.

3) Un RCR efficace avec un massage cardiaque fait dans les règles de l'art notamment, sur une surface dure et non dans un lit.

CISSS Chaudière-Appalaches et Manoir Liverpool

D'entrée de jeu, la situation de M. Levesque a été retenue pour cette enquête considérant le nombre de signalements au Bureau du coroner dès la première vague de COVID-19. Bien que M. Levesque ne soit pas décédé de la COVID-19, les conditions de vie associées au Manoir Liverpool étaient préoccupantes, particulièrement en contexte de crise sanitaire.

Le Manoir Liverpool, qui est situé au 450, rue de Saint-Romuald, à Lévis, loge les trois ressources intermédiaires (RI) ainsi qu'une résidence privée pour aînés (RPA). Les ententes particulières des trois ressources intermédiaires ont été conclues entre le Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (CISSS-CA) et Mme Manon Belleau, la propriétaire. Au total, l'offre de service de cette installation compte 128 unités, dont 64 chambres publiques en RI et 64 chambres et logements privés en RPA. M. Levesque était dans une des chambres RI.

Lors de l'enquête, nous avons appris que certains employés occupant des postes de préposés aux bénéficiaires n'avaient aucune formation générale. Ces employés travaillaient souvent dans d'autres secteurs (par exemple en cuisine) et étaient réaffectés aux soins. On ne peut nier la bonne volonté de ces employés. Cependant, on peut douter que les connaissances et la formation aient toujours été au rendez-vous.

Selon le témoignage de la directrice régionale de santé publique, dès la fin février, on sent que les préoccupations en Chaudière-Appalaches s'accroissent par rapport à la COVID-19. Les rencontres intra CISSS se sont d'ailleurs accélérées pour répondre aux éventuels besoins de la région.

L'éclosion débute le 24 mars 2020 et immédiatement la crainte s'installe chez le personnel. On est encore aux premiers jours de la pandémie au Québec et il circule beaucoup de désinformation. La DRSP est avisée que quatre résidents sont symptomatiques. On décide de procéder à un dépistage de ces résidents même s'ils ne répondent pas à ce moment aux critères québécois de dépistage. Dans le cadre de cette intervention, elle obtient une bonne collaboration des gestionnaires de la résidence. Je ne peux que saluer l'action rapide de la DRSP. Le 26 mars 2020, le résultat du dépistage s'avère positif. Comme les résidents sont au 3^e étage, il est notamment recommandé d'avoir des EPI pour le personnel qui y travaille et que le personnel soit réservé exclusivement à cet étage⁴¹.

Dans les jours qui suivent, une baisse dramatique du nombre d'employés se fait sentir. Pour ceux qui sont au travail, c'est une gestion de crise. On s'occupe d'abord des urgences avant de vaquer aux soins de base et à la distribution des médicaments, parfois avec des retards considérables.

Certains témoins ont affirmé qu'au plus fort de la crise, des résidents ne reçoivent plus leur plateau de nourriture et que d'autres sont laissés à eux-mêmes pour s'alimenter. Quelques cas de résidents déshydratés ont également été notés.

À la fin mars 2020, les propriétaires du Manoir Liverpool écrivent au CISSS pour les informer qu'ils sont en bris de service. Le 9 avril 2020, soit plus de deux semaines après le début de l'éclosion, une lettre⁴² est transmise par les propriétaires au PDG du CISSS. Ils informent le CISSS que malheureusement ils ne sont plus en mesure d'assurer les services essentiels à leur mission et demandent la prise en charge temporaire des résidents par le CISSS.

En réponse à cette missive, toujours le 9 avril 2020, deux gestionnaires du CISSS sont déployés pour coordonner les activités du Manoir Liverpool. De l'aveu de certains gestionnaires, la crise était telle qu'ils étaient presque en rupture de service. Il manquait beaucoup de ressources humaines, à telle enseigne que seule l'hygiène de base était assurée. En audiences, le terme « zone de guerre » sera d'ailleurs repris par plusieurs témoins.

Rapidement, les gestionnaires ont dû mettre l'accent sur des communications en continu, des horaires de bains formels, une méthode pour s'assurer que la bonne texture des aliments aille au bon résident, la mise en place de stations sanitaires et le maintien des services de buanderie pour assurer un accès à une literie et à des vêtements propres. Enfin, une formation accélérée sur les EPI est également mise sur pied.

⁴¹ Volet Liverpool, pièce 29, p. 3.

⁴² Volet Liverpool, pièce 22.

Le 10 avril 2020, le PDG du CISSS alors en place, M. Daniel Paré, informe les propriétaires qu'il accuse réception de leurs demandes et que le CISSS accepte de prendre en charge la gestion des soins et la gestion des ressources humaines au Manoir Liverpool, et ce, jusqu'au 20 avril 2020⁴³. De manière concomitante, un reportage de Radio-Canada⁴⁴ fait état de la situation qui prévaut au Manoir Liverpool et soulève des doutes quant à la prise en charge des résidents. Dès la publication de ce reportage, les résidents cessent d'y être admis.

Les renforts du CISSS en ressources humaines suivent à compter du début du mois d'avril 2020. Tout ne se passe pas sans accrochages. Des employés délestés ont témoigné de situations inquiétantes. Parmi les faits troublants, une employée du Manoir Liverpool qui était en service le jour du décès de M. Levesque aurait dit : « je calisse mon camp, j'ai mal au dos », laissant en plan ses collègues de travail. Cette situation n'est malheureusement pas anecdotique.

La formation académique de certains préposés aux bénéficiaires était inexistante. Questionnés sur leur parcours professionnel, certains témoins racontent avoir appris *sur le tas*, faisant référence à une expérience acquise avec le temps. Cependant, des efforts étaient faits afin que tous reçoivent la formation sur les principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB). Il en est de même avec la formation RCR, qui n'était pas systématiquement refaite à échéance de la qualification. La procédure de divulgation d'incident ou d'accident était également peu connue par le personnel. Les gestionnaires de la résidence ont été peu présents pour la gestion de cette crise sans précédent et sans les renforts du CISSS, le bilan des décès aurait fort probablement été plus important. Questionné sur la gestion de la crise, l'un des propriétaires nous dira qu'il avait confiance en ses gestionnaires et qu'à l'instar d'une maison, son rôle était de s'occuper de la bâtisse et de l'extérieur pendant que sa collègue s'occupait de l'intérieur, référant aux rôles traditionnels d'une famille nucléaire. Je crois que, comme d'autres établissements, ils n'étaient pas préparés à une telle crise.

Le Manoir Liverpool était connu pour des difficultés récurrentes depuis au moins cinq ans. Parmi ces difficultés, on note une culture organisationnelle déficiente, une structure hiérarchique reposant seulement sur quelques personnes clés, un manque de ressources et des soins ne répondant pas aux normes. C'est avec ces prémisses que l'enquête administrative a été déclenchée. Il est donc étonnant d'entendre le PDG qui était en fonction à cette époque (M. Paré) cautionner des mesures d'accompagnement et de soutien sur une aussi longue période sans être au courant de la gravité des mesures reprochées. Rappelons qu'à l'instar des CHSLD privés, les permis des RPA relèvent du CISSS et les ressources intermédiaires sont liées par contrat avec le CISSS. Le CISSS a donc l'autorité de révoquer un permis. Cela dit, ce n'est pas uniquement la durée qui doit être regardée, mais la sévérité des entorses observées et vraisemblablement, le CISSS n'estimait pas que le niveau de celles-ci était de nature à mettre en danger la sécurité des résidents.

Il est aussi difficile de croire que cette situation les ait pris par surprise et qu'aucun contrôle systémique n'ait été mis en place. Plusieurs services sont offerts par le CISSS, dont les services de nutritionnistes, d'ergothérapeutes et de travailleurs sociaux. Comment est-ce possible que personne n'ait été au courant? Lors de son témoignage, l'ex-PDG du CISSS a réitéré une prise en charge adéquate auprès du Manoir Liverpool. Pourtant, le rapport synthèse du 21 décembre 2020 rendu public en février 2021 fait état

⁴³ Volet Liverpool, pièce 23.

⁴⁴ Témoignage de M. Daniel Paré le 12 avril 2021.

de plusieurs lacunes qui ne pouvaient être ignorées⁴⁵. Les conclusions de l'enquête administrative sont importantes. On peut y lire :

Les importants travaux menés nous ont permis de statuer sur ces questions comme suit :

- 1) *Treize des quinze allégations des reportages de Radio-Canada sont pleinement fondées (...).*
- 2) *La santé, la sécurité, l'intégrité ou le bien-être de plusieurs usagers ont été compromis*
- 3) *Nous concluons au maintien de la compromission de la santé, la sécurité, l'intégrité ou le bien-être des usagers puisque, tel qu'indiqué à la section précédente, des écarts de qualité relativement aux soins et aux services offerts aux usagers ont perduré pendant la durée de l'enquête administrative, et ce, malgré les mesures de mitigation mises en place par le CISSS de Chaudière-Appalaches.*

L'enquête administrative conclura notamment à des situations de maltraitance physique et organisationnelle et que la rupture de confiance est sans équivoque. La recommandation est claire : le CISSS est invité à résilier le contrat du Manoir Liverpool.

Il est encore plus déconcertant d'imaginer que, sans le reportage de Radio Canada sur la situation dramatique qui prévalait au Manoir Liverpool, cette situation aurait pu perdurer.

CHSLD Laflèche

Mme Maria Lermytte

Mme Lermytte vivait avec sa fille depuis onze ans. C'est elle qui en prenait soin, au détriment de sa propre santé. Malgré le soutien du CLSC, en juin 2019, devant les besoins grandissants de Mme Lermytte, sa fille se résout à placer sa mère en CHSLD. Mme Lermytte est connue pour des antécédents médicaux, dont des troubles cognitifs, le syndrome de Guillain-Barré, de l'ostéoporose sévère, une perte d'autonomie multifactorielle et un risque de chute. Mme Lermytte ne marche plus. Elle doit donc être au lit ou au fauteuil avec soutien.

Mme Lermytte est d'abord hébergée à l'unité S. Sa fille qualifie l'étage de « Zoo ». Le bruit y serait incessant. Sa mère est placée dans une chambre pour deux personnes et, à cause de son anxiété, elle crie incessamment. Bien qu'une colocataire partage sa chambre, il aurait été mentionné que ce n'était pas grave puisque l'autre résidente était sourde.

Sa fille la visite deux fois par jour. C'est une proche aidante très impliquée. L'équipe soignante lui suggère de diminuer ses visites pour permettre à sa mère de s'acclimater. Ce à quoi elle consent. Peu de temps après son arrivée, des familles se seraient

⁴⁵ Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (2021). *Synthèse du rapport de l'enquête administrative daté du 21 décembre 2020 concernant les ressources intermédiaires – Manoir Liverpool et Manoir New Liverpool*. Gouvernement du Québec.

plaintes des cris de Mme Lermytte, si bien qu'on l'a déménagée dans une chambre seule au 4^e étage.

Sur cet étage, la fille de Mme Lermytte constate que les infirmières se succèdent et que personne ne connaît vraiment le dossier médical de sa mère. Elle apprend avec désarroi que le poste n'est pas titularisé.

Le 14 mars 2020, les familles apprennent que les visites des proches aidants sont interdites. À compter du 18 mars 2020, la fille de Mme Lermytte tente de la joindre par téléphone et au poste de garde de l'unité 4, en laissant des messages pour qu'on retourne ses appels. Elle avait appelé plusieurs fois dans les jours précédents sans avoir de retour d'appel.

C'est en écrivant un cri du cœur sur Facebook qu'une employée lui offre de se rendre à la chambre de sa mère pour un FaceTime avec son téléphone personnel.

Le 31 mars 2020, plusieurs résidents ont des symptômes d'allure grippaux. Le 1^{er} avril 2020, le médecin de garde est avisé que Mme Lermytte présente une diminution de son état général avec diaphorèse. On soupçonne une infection à la COVID-19 ou encore une atteinte septique quelconque. L'auscultation des poumons de la résidente est peu impressionnante, selon le médecin, ce qui ne colle pas avec les signes vitaux, la faible saturation en oxygène ou encore la sensation de dyspnée.

La dyspnée est somme toute une impression ou sensation subjective. Il est donc possible d'avoir une patiente dyspnéique — qui cherche son air et semble respirer avec inconfort —, mais avec une auscultation tout à fait normale.

Cependant, si l'auscultation avait été anormale, par exemple avec observation des ronchies ou crépitants, une surinfection bactérienne aurait paru plus probable, ce qui n'était pas le cas pour Mme Lermytte. La médication donnée à Mme Lermytte la semaine précédant son décès a inquiété sa fille. Nous avons pu établir que les médicaments qui ont été administrés et prescrits l'ont été dans les règles de l'art et ne sont donc pas en cause.

La fille est jointe le même jour et on lui explique la détérioration de l'état de sa mère. Il est convenu d'amorcer les soins palliatifs. À son arrivée au CHSLD, elle constate que sa mère est amorphe.

Le 1^{er} avril, un test de dépistage de la COVID-19 est effectué. Le 2 avril 2020, Mme Lermytte est déclarée positive à la COVID-19. On informe la fille de Mme Lermytte qu'elle peut visiter sa mère tout en lui réexpliquant les risques qui sont associés aux visites. Le protocole de détresse respiratoire est débuté pour soulager Mme Lermytte. Le 3 avril 2020, sa condition médicale se dégrade et Mme Lermytte est dès lors considérée en soins de fin de vie. Sa fille la visitera le 5 avril et le lendemain, jour de son décès. Son constat de décès a été signé par un médecin du CHSLD le 6 avril 2020 à 9 h 20. Je retiens l'infection à la COVID-19 comme la cause du décès.

CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec et CHSLD Laflèche

Le CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec compte 27 installations de type centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), dont 6 ont connu une éclosion. Le Centre multiservices de santé et de services sociaux Laflèche (CHSLD

Laflèche) est le premier CHSLD de la région à être des plus durement touchés en Mauricie. On y répertorie 44 décès lors de la 1^{re} vague.

Le CHSLD Laflèche compte 154 lits autorisés au permis, dont 110 chambres privées et 22 chambres semi-privées.

Le 1^{er} cas de COVID-19 dans la région de la Mauricie est arrivé le 11 mars 2020. Le 22 mars 2020, un premier cas positif à la COVID-19 est confirmé au CHSLD. Malgré cela, de nouvelles admissions de résidents ont lieu les 28 et 29 mars 2020.

Le 23 mars 2020, une conseillère-cadre en PCI se rend sur les lieux. Elle est accompagnée d'une infirmière PCI. Son objectif est d'évaluer la situation. Elle a d'abord visité l'unité S. Dès son premier contact avec le personnel, elle ressent du désarroi et de la panique. Les employés ont peur pour leur propre sécurité et celle de leur famille. Comme tout le monde, ils en connaissaient peu à cette époque sur le virus. Ils ne savent pas non plus que le virus se transmet par gouttelettes, par aérosol ou par contact direct. La première tâche de l'équipe PCI est donc de rencontrer les employés pour les informer et répondre à leurs questions.

Durant la semaine, les confirmations de cas positifs s'accumulent. Le traitement des écouvillons est long. On tente de rassembler dans une même zone chaude tous les résidents contaminés. Cette zone est toutefois bientôt trop petite et il faut adopter un plan B (4^e étage, où il y avait déjà une éclosion). Il y a déplacement du S vers le 4^e et déplacement des non contaminés du 4 vers le S. Les déménagements des résidents se sont avérés infructueux, car les cas se multipliaient, si bien que le 5 avril, ils ont arrêté les déplacements.

Le 11 avril 2020, une directive du MSSS confirme l'abandon du concept des zones et confine plutôt le résident positif à sa chambre. Il s'agit d'un changement de cap qui est difficile à recevoir pour le personnel qui vient de passer plusieurs jours à transférer les résidents d'une chambre à l'autre, voire d'un étage à l'autre. Un certain scepticisme s'installe parmi le personnel.

Le 29 mars 2020, le retrait de plusieurs employés met à mal la dispensation des services au CHSLD. Il est alors convenu, en accord avec la directrice régionale de santé publique (DRSP), de permettre le retour au travail aux employés sans symptômes ou en retrait préventif après exposition. Le dilemme de cette décision difficile reposait sur l'obligation de fournir les soins et les services aux résidents tout en tentant de les protéger le plus possible de la maladie. Pour diminuer leur exposition personnelle et aussi pour éviter de contaminer leur propre famille, le CIUSSS offre alors à ses employés de les loger à l'hôtel.

Le 30 mars 2020, une infirmière de la Santé publique vient prêter main-forte et s'assure de prendre la température des employés à leur arrivée au travail. Devant la multiplication des cas, un dépistage massif a lieu du 3 au 7 avril 2020.

La grande majorité des témoignages ont déploré le peu de préparation pour faire face à un virus inconnu et hautement contagieux durant cette 1^{re} vague. Plusieurs nous décriront cette période comme l'une des pires vécues en carrière, décrivant les scènes qui se dressaient devant eux comme des « zones de guerre ». Une adhésion très forte des employés à leur milieu de travail et surtout aux résidents a été palpable tout au long des audiences. Sans cette adhésion, il est fort à parier qu'en plus du très grand nombre de décès, les derniers moments de vie de ces personnes âgées se seraient produits dans une grande et douloureuse solitude. Il faut aussi noter que l'enjeu numéro un en Mauricie, et ce, bien avant la pandémie, est la rareté de la main-d'œuvre. Alors, face à

une crise d'une telle ampleur, ce qui restait au personnel et ce qu'il leur a été certainement le plus précieux, a été leur solidarité. Vers la mi-avril 2020, plusieurs employés délestés du réseau viendront aussi prêter main-forte.

Les masques de procédure étaient gardés sous clé, mais rien n'indique que le personnel ait manqué d'équipement. La gestion serrée des équipements s'est faite dans un contexte de pénurie potentielle. Les membres du personnel ont pu porter le masque en tout temps à compter du 4 avril 2020, sauf ceux à risque et ceux qui étaient dédiés à la zone rouge, qui y ont eu droit plus tôt. En cela, le CHSLD Laflèche a précédé la directive du MSSS qui n'a rendu obligatoire le port du masque en tout temps qu'à compter du 8 avril 2020.

En avril 2020, une morgue temporaire est installée devant l'établissement. La directrice adjointe des services dans la communauté sur la rive nord au CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec nous a expliqué lors de son témoignage que la gestion de la morgue a été difficile. Mme McMahon voulait s'assurer d'avoir un endroit extérieur réfrigéré, comme un garage, où mettre les corps au cas où les maisons funéraires ne puissent répondre à la demande. L'option du garage ne fonctionnant pas, un conteneur a été commandé et déposé devant le CHSLD, sans qu'elle ait autorisé cet emplacement. Elle souligne que le conteneur n'était pas très neuf, ce qui n'a pas aidé à l'image que cette installation envoyait comme message. La morgue temporaire n'a finalement jamais été utilisée. Cette morgue est en fait un conteneur rouillé qui a frappé l'imaginaire collectif. Devant le tollé qu'a suscité cette morgue, elle a été déplacée derrière l'établissement. Pour les familles, qui n'avaient plus de communications avec leurs proches, cette situation a exacerbé leurs inquiétudes inutilement.

C'est un médecin du CHSLD Laflèche qui a pris l'initiative de communiquer avec la Fondation du CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec pour obtenir des iPad et ainsi permettre l'instauration d'une communication directe entre les résidents et leurs familles.

La coordination médicale a été exemplaire tant au niveau des efforts de concertation que de planification, étant à tous points de vue l'un des exemples les plus probants qu'il nous a été donné d'observer. Bien que le CHSLD Laflèche ait été durement touché, les efforts des équipes médicales et soignantes sont dignes de mention. Dès le début avril, ils militeront pour des changements significatifs et adresseront une série de demandes, dont celle de modifier le nombre de lits au permis afin de limiter les chambres à deux lits et ainsi limiter la propagation des infections nosocomiales.

Le partage d'une chambre par deux résidents faisait en sorte que lorsque l'un des résidents était atteint de la COVID, son voisin le devenait presque à coup sûr une ou deux journées plus tard. Cette même problématique était d'ailleurs vécue annuellement lors des éclosions d'influenza et de gastro-entérite.⁴⁶

L'établissement compte plusieurs chambres pour deux personnes, ce qui est en fait un facteur de risque important lors d'une éclosion de quelque nature qu'elle soit.

Il est également important de souligner qu'à la mi-avril 2020, plus 90 médecins spécialistes de la région avaient offert leurs services pour aider le personnel soignant des CHSLD de la région.

⁴⁶ Volet Laflèche, pièce 43.

Lors de la 1^{re} vague de la pandémie qui a touché le Québec, beaucoup d'efforts ont été mis en place pour préparer les centres hospitaliers à une arrivée massive de gens atteints de la COVID-19. Ce virus, de l'aveu même de la Direction générale, s'est propagé à une grande vitesse au CHSLD Laflèche et la virulence de l'éclosion a eu des conséquences tragiques pour de nombreux résidents. Le PDG du CIUSSS n'a jamais tenté d'esquiver ses responsabilités et s'est montré réceptif à toutes les recommandations susceptibles d'améliorer la qualité des services. C'est d'ailleurs tout à son honneur en tant que capitaine de ce navire de s'impliquer personnellement dans le constat de ces tristes événements. À titre d'exemple, nous avons suggéré en cours d'audiences que l'ensemble des 44 familles touchées soient contactées pour du soutien et que l'on puisse leur offrir des condoléances dignes de ce nom. Cette suggestion a été prise au pied de la lettre et dans les semaines qui ont suivi, le CIUSSS a pris en charge ces communications.

Au moment de l'éclosion au CHSLD Laflèche, comme partout d'ailleurs, la quantité de directives, les mises à jour fréquentes et le décalage entre leur réception et leur mise en œuvre ont été des éléments contributifs aux difficultés de gestion de l'éclosion. Les décisions et actions ont été prises conformément aux directives, lesquelles ont changé fréquemment tout au long de la pandémie, mais particulièrement au cours des premières semaines, nécessitant des adaptations constantes pour les membres du personnel soignant.

Devant cette tempête sans précédent, le PDG du CIUSSS, dans un souci d'amélioration continue, a mandaté le directeur de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique pour réaliser une enquête systémique de gestion des risques. Un résumé de cette enquête nous a été transmis et nous avons pu prendre connaissance des recommandations qui y ont été émises. On peut y lire les actions suivantes :

- Bonifier les mécanismes de gestion, de gestion des éclosions, d'évaluation des communications, d'évaluation et analyses des risques de transmission et mécanismes de surveillance et de contrôle de l'efficacité;
- Pérenniser la stabilisation du personnel et des équipes en CHSLD et s'assurer de mettre en place rapidement un plan de renfort lors d'un retrait massif de personnel;
- Poursuivre et bonifier la formation du personnel, ainsi que les mesures de soutien pour le *coaching* du personnel, des médecins et des gestionnaires;
- Avoir des équipes d'intervention rapide et dédiée;
- Bonifier l'équipe de prévention et de contrôle des infections;
- Poursuivre l'adaptation des milieux pour éviter la cohabitation des usagers dans des espaces communs;
- Augmenter la réserve d'équipements de protection individuelle afin d'avoir une autonomie pour plusieurs mois;
- Augmenter le taux d'encadrement en CHSLD et des mesures de soutien en temps de pandémie ou d'éclosion;
- Identifier un gestionnaire responsable pour chaque installation de CHSLD;
- Bonifier le soutien psychosocial auprès des intervenants.

À la fin septembre 2020, un certain nombre de recommandations étaient mises en place, dont :

- L'ajout de gestionnaires en CHSLD et l'identification d'un responsable par installation pour favoriser une gestion de proximité;
- La bonification du soutien en prévention et contrôle des infections (PCI), notamment par l'ajout de personnes attitrées aux mesures de PCI;

- La mise sur pied d'un réseau d'agents PCI dans toutes les installations pour agir en tant que *coachs* et agents multiplicateurs auprès de leurs pairs;
- La création d'une réserve d'équipement de protection individuelle suffisante pour plusieurs mois à l'avance;
- La poursuite de la formation continue sur les mesures de protection pour le personnel, pour les médecins et pour les personnes qui accèdent aux milieux de vie;
- La préparation d'un guide de gestion des éclosions pour l'ensemble des milieux incluant : outils de suivi des éclosions, systèmes de mise en alerte, ajustements de la main-d'œuvre dans un contexte d'éclosion;
- La tenue de simulations pour accélérer l'application du travail par zone pour avoir un impact sur le contrôle de la propagation du virus;
- L'accueil de plus de 340 nouveaux préposés aux bénéficiaires en CHSLD;
- La mise en œuvre d'un plan pour éviter la mobilité chez les préposés aux bénéficiaires et diminuer la mobilité des infirmières et des infirmières auxiliaires dans le contexte actuel de rareté de la main-d'œuvre;
- L'adaptation de locaux pour limiter les risques de propagation du virus dans les lieux communs.

Le volet national

Environnement légal, réglementaire et ministériel d'une RPA, d'une ressource intermédiaire, d'un CHSLD privé et public

Le Québec est la province au Canada qui compte le plus grand nombre de places d'habitation et d'hébergement privés pour les personnes âgées. En 2014, la Société canadienne d'hypothèque et de logement évaluait à près de 220 000 le nombre de Canadiens de 65 ans et plus qui habitaient une résidence privée pour aînés, dont environ la moitié se trouvaient au Québec⁴⁷.

L'article 83 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux⁴⁸ définit le centre d'hébergement et de soins de longue durée comme une installation dont la mission est « d'offrir de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel malgré le support de leur entourage ». Tout établissement est public ou privé (loi, article 97). Il existe trois types de centres d'hébergement et de soins de longue durée : public, privé conventionné et privé non conventionné. Le mode de constitution d'un établissement détermine son statut public ou privé, mais ne change en rien l'obligation préalable de se procurer un permis du ministère si l'on veut opérer une installation ayant pour but d'accueillir, de soigner et d'héberger des personnes en perte d'autonomie.

Le CHSLD public : Le CHSLD public héberge des résidents souffrant de perte d'autonomie. Afin d'être admis dans un CHSLD, il faut que la demande d'admission soit faite auprès du CLSC du quartier de la personne concernée par la demande. Par la suite, une évaluation devra être effectuée afin d'établir le degré d'autonomie du résident.

⁴⁷ Société canadienne d'hypothèque et de logement. (2014). *Rapport sur les résidences pour personnes âgées — Faits saillants — Canada*, p. 4.

⁴⁸ Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ c S-4.2.

D'ailleurs, ce dernier a techniquement le droit de mentionner des préférences lors de sa demande d'admission. Lorsque la demande est acceptée par le CISSS ou un CIUSSS, les préférences seront prises en compte et respectées dans la mesure du possible.

Le CHSLD privé conventionné : Les CHSLD privés conventionnés sont gérés par des entreprises privées en partenariat avec le secteur public. Les services offerts dans les CHSLD privés conventionnés, de même que les modalités d'admission et de fonctionnement, ressemblent en tout point à ceux des CHSLD publics. Il faut s'adresser au CLSC de sa région administrative pour y obtenir une place. La contribution financière exigée à chaque pensionnaire est établie par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et déterminée selon ses capacités de payer.

Le CHSLD privé non conventionné : Un CHSLD privé non conventionné est une entreprise privée, indépendante et autonome, qui détient un permis du MSSS pour héberger des personnes en grande perte d'autonomie, mais qui ne reçoit aucune subvention de l'État.

Ce sont les établissements qui ont le plus de liberté du point de vue de la gestion. Ils doivent quand même détenir un permis du MSSS et se soumettre aux mécanismes de contrôle mis en place pour assurer la qualité des soins et des services. Dans les CHSLD privés non conventionnés, c'est l'administration de l'établissement qui détermine les tarifs.

La ressource intermédiaire : Une ressource intermédiaire revêt un caractère privé. Elle évolue dans un environnement encadré par différentes lois, des règlements et des exigences ministérielles qu'elle se doit de respecter.

La Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit à l'article 302 :

« Est une ressource intermédiaire toute ressource exploitée par une personne physique comme travailleur autonome ou par une personne morale ou une société de personnes *ayant conclu une entente avec un établissement* pour participer au maintien ou à l'intégration dans la communauté d'usagers par ailleurs inscrits aux services d'un établissement public en leur procurant un milieu de vie adapté à leurs besoins et en leur dispensant des services de soutien ou d'assistance requis par leur condition ».

[...]

Les services de soutien ou d'assistance sont de deux ordres. Les services de soutien ou d'assistance communs sont d'ordre général et sont ceux que toute ressource intermédiaire est tenue de fournir à tous les usagers qui lui sont confiés, alors que les services de soutien ou d'assistance particuliers sont d'ordre spécifique et donc, propre à chaque usager selon ses besoins et sa situation. Ces services sont prévus par règlement pris par le ministre de la Santé et des Services sociaux en vertu de l'article 303.

Les résidences privées pour aînés : Les RPA, bien que privées, doivent détenir un certificat de conformité d'un Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) ou d'un Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) pour pouvoir exister. La période de validité d'un tel certificat est de quatre ans et il peut être renouvelé.

L'article 346.0.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) prévoit : « est une résidence privée pour aînés tout ou partie d'un immeuble

d'habitation collective occupé ou destiné à être occupé principalement par des personnes âgées de 65 ans et plus et où sont offerts par l'exploitant de la résidence, outre la location de chambres ou de logements, différents services compris dans au moins deux des catégories de services suivantes, définies par règlement : services de repas, services d'assistance personnelle, soins infirmiers, services d'aide domestique, services de sécurité ou services de loisirs.

En tout temps, toutefois, un représentant du CISSS ou du CIUSSS peut visiter la résidence et faire les vérifications qui s'imposent. Le MSSS peut aussi faire des inspections sans préavis dans ces résidences.

Le Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés⁴⁹ est en vigueur depuis le 5 avril 2018. Il fait suite au Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés qui étaient en vigueur depuis le 13 mars 2013. Pendant la période de validité du certificat, le CISSS ou le CIUSSS a la responsabilité de s'assurer que l'exploitant maintient les conditions de la certification. En tout temps, un de ses représentants pourra visiter la résidence et faire les vérifications qui s'imposent.

Le MSSS pourra également effectuer des visites d'inspection dans une résidence, et ce, sans préavis. Ces inspections auront pour objectif de s'assurer du respect des critères et des normes du Règlement sur la certification d'une résidence privée pour aînés. Il est à noter que ce mécanisme prévoit la remise d'avis d'infraction à l'exploitant s'il y a lieu.

Agrément Canada

Agrément Canada est un organisme à but non lucratif chargé d'apposer son sceau de qualité sur quelque 453 CHSLD au Québec. En juillet 2021, la directrice annonçait que l'organisme renforcerait son processus d'évaluation. Cette approbation est obligatoire dans le réseau de la santé du Québec, où Agrément Canada évalue 106 CHSLD privés et 347 CHSLD publics afin de s'assurer de la qualité de leurs soins et de leurs services. L'organisme a donc mis en place un programme beaucoup plus rigoureux et qui incarne la continuité d'évaluation qui sera appliquée lors des prochaines visites dans les établissements du Québec. Parmi les changements proposés, l'organisme prévoit mettre en place les mesures suivantes :

- Des visites d'évaluation sans préavis, mais prévues à l'intérieur d'une période déterminée (visites virtuelles et sur le terrain);
- Un manuel d'évaluation des soins de longue durée (SLD) adapté, des lignes directrices ainsi que des ressources seront fournis par l'entremise d'un portail numérique dans tous les établissements de soins de longue durée;
- Des autoévaluations de l'application des normes seront obligatoires : les plans d'action provenant des autoévaluations seront obligatoires;
- Des visites virtuelles et sur place, l'attestation et les plans d'action relatifs aux lacunes perçues lors de ces évaluations permettront d'accroître la constance et l'engagement du personnel;
- Un nouveau sondage sur le bien-être, la qualité et la sécurité rempli de façon anonyme par le personnel afin de fournir des informations relatives à la qualité de la culture dans chaque CHSLD; les organismes devront fournir des mesures de suivi pour les principales lacunes;

⁴⁹ S-4.2, r. 0.01 - Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés.

- Un nouveau sondage sur le fonctionnement de la gouvernance sera utilisé afin de déterminer les forces et les lacunes en ce qui a trait à la surveillance de la qualité et à d'autres paramètres de gouvernance pour le secteur de soins de longue durée;
- La décision d'octroyer l'agrément sera basée sur un seuil de qualité prédéfini chaque année pour passer à la phase suivante. Le statut d'organisme agréé sera accordé seulement à la dernière année (4^e année).

Ces changements sont certainement prometteurs s'ils sont scrupuleusement appliqués. Cependant, encore aujourd'hui, le défi de l'agrément demeure entier. Le but de l'agrément doit être de favoriser l'apparition d'une culture de soins de qualité et sécuritaires. Pour ce faire, cela implique que le personnel s'approprie les concepts et l'application de cette culture. À ce jour, cette appropriation n'a jamais été réalisée que de façon partielle, particulièrement en CHSLD, où le roulement de personnel est grand. Je demeure également préoccupée que ces rapports demeurent cosmétiques dans leurs approches. Les rapports consultés avaient une portée très polie néanmoins les modifications proposées sont certainement les bienvenues dans une approche globale de vérification des ressources.

La ligne du temps de la crise sanitaire

Le 31 décembre 2019 : Une éclosion d'un nouveau virus dans la ville de Wuhan en Chine est signalée.
Le 20 janvier 2020 : Info-Santé reçoit ses premières directives de surveillance.
Le 23 janvier 2020 : Le directeur de la sécurité civile du MSSS est avisé d'ouvrir le centre de coordination.
Le 24 janvier 2020 : Le MSSS demande de valider le nombre d'équipements de protection en réserve.
Le 25 janvier 2020 : Un premier cas a été rapporté en Ontario.
Le 28 janvier : Une correspondance du directeur adjoint de la sécurité civile du MSSS est envoyée à tous les établissements pour les prévenir du niveau d'alerte.
Le 30 janvier 2020 : Le comité d'urgence de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) déclare que l'éclosion de la COVID-19 répond maintenant aux critères d'une urgence de santé publique de portée internationale.

Le 11 février 2020 : Quelques cas ont été déclarés en Ontario et en Colombie-Britannique.
Le 27 février 2020 : Un premier cas est recensé au Québec.
Le 2 mars 2020 : Le premier cas de COVID-19 est recensé en CHSLD.
Le 8 mars 2020 : Le premier décès au Canada survient.
Le 11 mars 2020 : L'OMS déclare la pandémie.
Le 12 mars 2020 : Le MSSS transmet le guide de préparation à la pandémie dans les CHSLD.
Le 13 mars 2020 : Le gouvernement du Québec décrète l'état d'urgence sanitaire sur tout le territoire québécois en lien avec la pandémie de la COVID-19.
Le 14 mars 2020 : Les visites régulières dans les centres hospitaliers, les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), les ressources intermédiaires, les ressources de type familial ainsi que les résidences privées pour aînés sont interdites sur tout le territoire québécois. Cette mesure vise à protéger les personnes les plus vulnérables.
Le 31 mars 2020 : Plusieurs foyers d'éclosion sont signalés aux différentes directions régionales de santé publique.
Le 9 avril 2020 : Avis de l'INSPQ quant au port du masque obligatoire par le personnel dans tous les CHSLD.
Le 11 avril 2020 : Le MSSS indique que les admissions en CHSLD sont cessées.
Le 29 avril 2020 : Un test de dépistage est exigé avant l'admission d'un résident en CHSLD.

Le nombre de cas confirmés en CHSLD et en RPA est passé de 2262 le 14 avril 2020, à plus de 6624 cas à la fin du mois d'avril 2020, soit trois fois plus en l'espace de deux semaines. Ces cas représentent environ le quart de tous les cas confirmés au Québec.

Parmi les difficultés qui ont touché l'ensemble des établissements visés par la présente enquête, on peut penser à la pénurie de main-d'œuvre, aux EPI qui ont tardé à être distribués, aux nombreuses communications du MSSS, à la gestion qui a manqué de proximité avec les gens sur le terrain, et au manque de coordination des équipes médicales. Ces thèmes récurrents seront repris de manière spécifique dans nos constats.

L'avis de certains experts

Nous avons eu l'occasion d'entendre plusieurs experts gravitant autour de la réalité des personnes âgées au Québec. Des témoignages éloquentes tant pour les propos scientifiques que pour la grande humanité qui s'en est dégagée. Il est troublant de constater que cette situation, qualifiée par plusieurs de ces experts d'« hécatombe » ou de « zone de guerre », aurait pu être amoindrie.

Les avis des D^{rs} Réjean Hébert, Quoc-Dihn Nguyen et Vinh-Kim Nguyen sont très critiques. L'un dénonce l'âgisme systémique, voire le manque d'indignation de la population quant à l'hécatombe ; l'autre condamne le retrait, du jour au lendemain, des proches aidants, alors que le personnel soignant, dépassé et mal protégé, continuait à propager la maladie ; le dernier conclut à une forme d'euthanasie sans guillemets chez des aînés qu'on aurait pu sauver en les hospitalisant sans tarder. Ces constats font réfléchir à la place que nous accordons à nos aînés.

L'ex-président de l'Association des médecins gériatres du Québec, D^r Serge Brazeau, a notamment dénoncé le peu de place que les autorités gouvernementales ont laissé à sa profession, dès le début de la pandémie. Lors de son témoignage⁵⁰, il nous dira qu'une cellule de crise a été mise en place au MSSS, mais qu'il n'y avait pas de gériatre, même s'il était clair selon lui que la COVID-19 affectait beaucoup plus sévèrement les aînés que le reste de la population. Le 19 mars 2020, inquiet de la situation, il communique avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec pour tenter d'obtenir une représentation des gériatres au ministère, mais sans succès. Ce n'est que le 13 avril 2020 qu'un groupe d'experts en gériatrie a été créé par la ministre de la Santé et des Services sociaux de l'époque et de la ministre responsable des Aînés et des Proches aidants.

Fait étonnant, toujours selon son témoignage, les membres de ce comité ont dû signer une entente de confidentialité :

On nous a rapidement demandé de ne pas parler aux médias. Alors qu'il y avait urgence d'agir, j'ai trouvé qu'il y avait beaucoup de lenteur dans nos travaux et de rectitude.

Le D^r Brazeau n'est pas convaincu que d'avoir scindé le MSSS pour créer une responsabilité ministérielle propre aux aînés soit une bonne idée. Il y a vu suffisamment de problèmes de communication entre les deux entités pour s'en convaincre : « Quand on crée deux chaises comme ça, il y a un risque que les gens se retrouvent pris entre les deux. »

Mes constats

J'ai écouté attentivement l'ensemble des témoignages et, bien que mon enquête doive tendre à détailler les causes des décès et à en établir les circonstances, je ne peux faire fi du contexte dans lequel ces décès se sont produits.

Plus de 220 témoins factuels ont été entendus. Lors des témoignages, des versions divergentes et parfois contradictoires ont été relatées. C'est dans ce contexte bien particulier que j'ai dû baser mes observations.

⁵⁰ Témoignage D^r Serge Brazeau, 2 novembre 2021.

Certains constats peuvent être dégagés de la trame factuelle et des témoignages entendus lors des audiences.

D'entrée de jeu, il est primordial de rappeler que la pandémie de portée internationale a été une crise sanitaire hors du commun à gérer pour toutes les personnes impliquées de près ou de loin dans cette gestion. Les constats tiennent donc nécessairement compte de la situation exceptionnelle qui a prévalu au Québec lors de la 1^{re} vague de la COVID-19.

Les CHSLD ont été frappés durement lors de la 1^{re} vague et le premier constat de cet échec a été illustré avec le CHSLD Herron, premier CHSLD au Québec qui a mis en lumière la crise qui allait suivre dans les semaines subséquentes et toucher durement des dizaines de milieux d'hébergement, dont certains ont perdu plus de 50 % de leurs résidents lors de la 1^{re} vague de la COVID-19. Tous les éléments y étaient pour créer cette catastrophe. À ce jour, la perception demeure que le CIUSSS a choisi de jeter en pâture l'administration du CHSLD Herron. Le premier ministre s'est d'ailleurs avancé sur une corde raide en annonçant publiquement, de façon concomitante avec le reportage du journaliste, M. Derfel, que nous étions face à une situation potentiellement criminelle. Le CHSLD Herron deviendra dès lors le triste symbole du grand cafouillage, tant par les propriétaires, le CIUSSS, que le MSSS. Or, d'autres CHSLD, dont le CHSLD Sainte-Dorothée, quant à lui un établissement public, feront également triste figure dans le palmarès de prise de charge. Si bien que ni les CHSLD publics ni les privés n'étaient prêts à affronter cette vague qui allait s'abattre sur eux.

Les CHSLD et la RPA choisis n'ont pas été un échantillonnage fait à l'aveuglette. Cet échantillonnage visait à établir un constat par région ciblée, mais il révélait également des endroits durement touchés par la 1^{re} vague de la COVID-19.

Le Québec est la province où la proportion des décès en CHSLD/RPA a été la plus forte au Canada. C'est avec ce triste record que j'ai repris l'implication des acteurs et organismes ayant contribué à cette période sombre de l'histoire du Québec, ou ayant omis de le faire.

L'INSPQ : La veille scientifique et la progression du virus

L'INSPQ est mandataire de l'État. Son rôle principal est de soutenir, par son expertise scientifique, les décisions des autorités de santé publique et celles du ministre de la Santé et des Services sociaux dans l'exercice de leurs fonctions. Son rôle, bien que mis à l'avant-scène à plusieurs occasions, n'est pas destiné à la population en général. Ainsi ne faut-il pas s'étonner que le langage employé par l'INSPQ dans ses communications puisse être qualifié de plus ou moins hermétique, puisqu'il est généralement spécialisé et non pas vulgarisé pour une compréhension par la population générale. Il peut être perçu comme un druide et, d'une certaine manière, il est légitime que ce rôle lui soit dévolu. On attend de nos scientifiques qu'ils soient des sommités dans leurs champs d'expertise. Cette nuance est importante puisqu'elle met la table quant au rôle de cette entité.

Le 6 janvier 2020, D^r Jasmin Villeneuve débute une veille scientifique instaurée de façon volontaire et surveille ce qui se passe en Chine malgré le peu d'information qui circule. Les données sont parcellaires et publiées sans les processus usuels de validation par les pairs, et avec peu d'évidences scientifiques. Le mandat de vigie sanitaire appartient quant à lui à la Direction générale de la santé publique (DGSP) du MSSS, laquelle

direction relève d'un sous-ministre adjoint qui est également le directeur national de santé publique⁵¹.

Le 5 février 2020, l'INSPQ répond à une demande du MSSS sur le nombre d'EPI requis. Le 23 février 2020, l'INSPQ est présente lors de la rencontre du comité de sécurité civile du MSSS. Le 24 février 2020, c'est le déclenchement du plan d'urgence au sein de l'INSPQ.

Le 9 mars 2020, l'INSPQ a déposé trois scénarios quant aux impacts potentiels de la crise de la COVID-19. Ces scénarios couvraient essentiellement l'impact à plus ou moins grande échelle des hospitalisations. C'est à la suite de ces scénarios que le Québec sera mis en veille quelques jours plus tard avec l'annonce de la crise sanitaire.

Devant l'ampleur du travail, le mandat⁵² de la vigie sanitaire ainsi que la coordination et l'intégration de la production scientifique pour l'ensemble du Québec sera exceptionnellement confié à l'INSPQ le 18 mars 2020. En temps normal, la vigie sanitaire, c'est-à-dire la capacité de suivre de la donnée nominale sur ce qui se passe en temps réel au Québec, est une responsabilité qui appartient aux autorités de la DGSP, dont le Directeur national et les directeurs régionaux.

Ce mandat a été confié à l'INSPQ compte tenu de la vitesse à laquelle se déployait l'épidémie à ce moment-là et des ressources à sa disposition. L'INSPQ compte des experts, des épidémiologistes, des statisticiens, des médecins spécialistes, des médecins omnipraticiens et des professionnels. Ils avaient donc la capacité de prendre en charge ce mandat.

Le témoignage de la D^{re} Jocelyne Sauvé, de l'INSPQ, a révélé que l'organisme avait prévenu le ministère dès le mois de février que ce virus allait toucher de façon marquée les personnes âgées en milieux d'hébergement. Les acteurs du gouvernement qui se sont succédé ont affirmé n'avoir pris conscience du risque réel en CHSLD qu'en mars 2020. La D^{re} Sauvé a rappelé que l'INSPQ ne prenait pas de décisions quant à la gestion de la pandémie. La mission de l'INSPQ, c'est de soutenir le ministre, son directeur national et les autorités régionales. Selon son propos, l'INSPQ *recommande* et les autorités *disposent*. Pourtant, plusieurs témoins nous diront en cours d'audiences que les avis de l'INSPQ sont scrupuleusement suivis et appliqués, indistinctement de courants convergents. Ce rôle important n'en demeure pas moins un rôle-conseil. Des témoignages entendus, j'ai bien retenu que l'INSPQ a une autorité morale sans équivoque. Aurait-il fallu que l'INSPQ ait davantage un rôle de chien de garde pour lever des drapeaux rouges de manière plus rapide aux directeurs nationaux et régionaux de santé publique? La question demeure entière.

Que s'est-il passé pour que nous n'ayons pas agi à cette préparation? La thèse la plus probable et qui revient tout au long de la trame de fond est le travail en silo. J'y reviendrai dans mon propos quant à la prise en charge par la coordination de la sécurité civile.

Les acteurs du gouvernement et les plans mis en place

Le 22 janvier 2020 se tient une réunion du Comité de gestion du réseau (CGR), à laquelle participent notamment la ministre de la Santé et des Services sociaux, le directeur national de santé publique, le sous-ministre de la Santé et des Services

⁵¹ CANT-2, pièce 74.1.

⁵² CANT-2, pièce 80.

sociaux ainsi que les PDG des CISSS et CIUSSS de la province. Parmi les documents consultés, rien n'indique que le MSSS souhaite une vigie ou une orientation particulière pour les CHSLD. Pourtant, tous les acteurs du MSSS entendus témoigneront que les personnes âgées font partie des personnes à risque et parmi les plus vulnérables. Il en ressort donc que même si on est au courant, on choisit néanmoins de garder les aînés, spécifiquement les personnes hébergées en CHSLD, dans l'angle mort des préparatifs pour la pandémie.

Le 28 janvier 2020, une lettre adressée aux PDG est transmise par le directeur adjoint de la sécurité civile du MSSS. Dans cette correspondance, aucune consigne particulière ne vise les CHSLD, et cela, malgré que la ministre de la Santé et des Services sociaux de l'époque nous ait indiqué que les personnes âgées étaient considérées parmi les plus vulnérables et que cette correspondance invitait les établissements à se mettre sous tension et à y inclure implicitement, selon son témoignage, les CHSLD.

La coordination des différents acteurs, tant ceux relevant du MSSS que les coordonnateurs civils rattachés aux différents CISSS et CIUSSS, sera prise en charge par la sécurité civile du MSSS. La première action sera de mettre en place le centre de coordination le 22 janvier 2020. La mobilisation des instances de sécurité civile par la mise en place d'un comité stratégique qui avait pour mandat d'agir comme coordonnateur de la réponse à la pandémie au sein du MSSS. Selon le témoignage de M. Simard, de la Direction générale adjointe de la sécurité civile et des affaires institutionnelles, ce comité n'avait pas le mandat de prendre des orientations concernant les différentes missions cliniques du réseau. Chaque direction clinique du MSSS prenait ses décisions au sein de comités ou de cellules de crise pilotés par la direction en question. Les instances de sécurité civile, prioritairement mandatées pour soutenir les directions générales, n'ont donc pas joué un rôle qui aurait consisté à éliminer les fonctionnements en vase clos. Le rôle de coordination assuré par ces instances a donc été nettement insuffisant à cet égard et M. Simard n'avait apparemment pas les coudées franches pour éliminer ce cloisonnement et permettre une coordination plus fluide.

Le 26 février 2020, on peut lire au procès-verbal du CGR « qu'étant donnée la hausse du nombre des cas de personnes infectées par le coronavirus [...] la sécurité civile et le MSSS seront en mode préparatoire à une pandémie ».

Le 9 mars 2020, toujours au procès-verbal du CGR, on peut lire : « procéder à une mise à jour du plan de lutte à la pandémie élaborée pour le H1N1 et [...] ajouter une annexe dédiée à la COVID-19 ».

Le 10 mars 2020, sept cas sont déjà confirmés au Québec, dont le premier cas infecté à la COVID-19 en CHSLD. Ce même jour, le ministre Girard dépose son budget au salon bleu en présence des parlementaires et aucune mention ne fait état de la situation sanitaire ou de la crise appréhendée.

Le 12 mars 2020, un guide destiné aux CHSLD est transmis aux PDG des établissements. Cet envoi est fait 10 jours après le premier cas de COVID-19 recensé en CHSLD. Cette seule situation est troublante et évidemment tardive.

Le 31 mars 2020, le D^r Quoc-Dihn Nguyen écrit une lettre ouverte aux médias devant la montée des cas. Sa lettre ne sera publiée que le 9 avril 2020 dans un grand quotidien. Les signaux étaient déjà transmis depuis la fin mars 2020 que la catastrophe était aux portes, mais apparemment, seuls les gens actifs sur le terrain en étaient pleinement conscients. Le 10 avril 2020, le gouvernement annonce un comité spécial d'experts pour la situation des aînés. Le D^r Quoc-Dihn Nguyen, qui était l'un des sonneurs d'alarme, en fera partie.

À la mi-avril, pour pousser le MSSS à déclencher l'inspection des CHSLD, il aura fallu attendre le reportage percutant du journaliste Aaron Derfel (*Montreal Gazette*) sur les conditions horribles et les multiples décès du CHSLD Herron.

Pourtant, et ce depuis 2006, le Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza – Mission santé (aussi connu sous Plan du H1N1) est l'un des plans phares pour contrer une pandémie. Ce Plan établit les principes d'action, les modalités décisionnelles et de coordination, ainsi que les activités et les responsabilités du MSSS selon les diverses phases d'une éventuelle pandémie définies par l'OMS. S'appuyant sur la mission du réseau, soit de préserver la vie, la santé et le bien-être de la population, il se décline en cinq volets, soit : protéger la santé, soigner les personnes malades, assurer le bien-être psychosocial, offrir une information claire, tant dans le réseau qu'au sein de la population, et maintenir le fonctionnement du réseau. Ce plan prévoyait notamment :

Une pandémie d'influenza renferme un potentiel élevé de bouleversements individuels et psychosociaux : les individus, les conjoints, les familles, les milieux de travail et d'éducation, les rendez-vous culturels et de loisir, bref, toutes les activités de la société risquent d'être affectées à des degrés imprévisibles, au même titre que la santé physique et psychosociale des personnes.

Voici quelques indicateurs, à titre d'exemple :

- *en raison du volume et de la fréquence des voyages internationaux, l'activité pandémique se propagera rapidement sur toute la planète;* (nos soulignés)
- *la pandémie d'influenza affectera toutes les régions du pays, de sorte qu'il ne sera pas possible de compter sur de l'aide extérieure;*
- *il y aura un nombre important de malades qui nécessiteront une hospitalisation ou une consultation médicale, et un grand nombre de malades à domicile, alors que les effectifs du réseau de la santé connaîtront une pénurie de ressources;*
- *les réserves de médicaments spécifiques pourraient ne pas être suffisantes pour répondre à tous les besoins, et le vaccin ne sera vraisemblablement pas disponible lors de la première vague d'activité pandémique;*
- *la crise sanitaire comporte un potentiel de perturbations sociales majeures;*
- *la population devra faire face à des impacts psychosociaux multiples;*
- *les coûts économiques à l'échelle mondiale atteindront sans doute plusieurs milliards de dollars.*⁵³

Les témoignages nous ont convaincus que, malheureusement, ce plan a été complètement occulté pour les CHSLD, que l'emphase a été mise sur les milieux hospitaliers et que la prévisibilité était écrite et avait déjà été testée, à plus petite échelle, lors de la crise du H1N1. Fait encore plus troublant, une ministre et un des sous-ministres admettent ne pas connaître le Plan du H1N1.

Au niveau des CIUSSS et des CISSS, l'imprécision de certaines consignes ou orientations, leurs changements fréquents et l'absence ou le retard dans l'émission des

⁵³ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2006). *Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza – Mission santé*.

recommandations ministérielles à l'égard des enjeux auxquels les autorités des milieux d'hébergement devaient faire face ont créé des difficultés très importantes sur le plan de l'opérationnalisation et a démontré des gestions à géométrie variable. Des écarts importants ont démontré le manque de flexibilité du réseau dans les notions de « gros bon sens ».

Certains cadres œuvrant dans des CISSS et CIUSSS et ayant témoigné lors des volets locaux de l'enquête ont nuancé la perte de contrôle dans la propagation des infections nosocomiales et l'impact négatif qui en découlait sur la qualité des soins, même en présence d'un bilan catastrophe sur le nombre de contaminations et de décès. Plusieurs de ces témoignages sont en contradiction avec ceux des employés, qui ont soutenu que les CHSLD s'étaient transformés en « zone de guerre ». Cette dichotomie dans le vécu de la présente crise révèle la nécessité d'avoir des outils de mesure objectifs de manière à assurer une meilleure compréhension de la qualité des soins en temps réel et de responsabiliser les établissements du réseau face à leurs obligations légales.

Je suis convaincue que tous les efforts nécessaires ont été mis en place pour répondre au manque de personnel dans le réseau de la santé, et ce, bien avant la crise sanitaire. La situation dans les CHSLD et le manque criant de main-d'œuvre ne date pas de la crise sanitaire. Tout comme les infrastructures désuètes, le manque d'effectifs est le reflet de décennies d'un réseau malade dont les milieux d'hébergement constituent un organe particulièrement affecté. Le manque de ressources humaines actuel n'est pas le fruit du hasard. Il est la résultante de mesures non pérennes liées à des considérations budgétaires historiques⁵⁴.

Bien que le Plan du H1N1 prévoie que lors d'une crise, il faut prévoir 130 % des effectifs, il est difficile d'arriver à ce résultat alors que le réseau est déjà en déficit. Par ailleurs, les plans de délestage⁵⁵ n'ont pas été mis à jour par les CIUSSS et CISSS. Cette situation a fait en sorte que certains employés volontaires et déployés par décret, qui n'avaient pas de formation ni un accueil digne de ce nom dans les milieux d'hébergement déjà chaotiques, ont été laissés à eux-mêmes. Il y avait certes beaucoup de bonne volonté, mais très peu de coordination.

Pendant la crise sanitaire, ce manque criant de personnel (notamment des préposés aux bénéficiaires et infirmières auxiliaires) et une rémunération inadéquate dans les CHSLD privés ont exacerbé cette situation qui était latente. Il suffisait d'une simple brèche pour que la maison prenne en feu.

Il faut reconnaître que rapidement, les équipes de M. Lehouillier, sous-ministre associé à la Direction générale des ressources humaines et de la rémunération, ont été à pied d'œuvre pour trouver des solutions. On pense notamment à l'arrêté ministériel⁵⁶ décrété par le gouvernement, notamment afin de mobiliser le personnel qui pouvait aller prêter main-forte; aux consignes données par le ministère qui sont venues vers le 25 avril 2020 pour limiter la mobilité du personnel à l'intérieur d'une installation et entre des installations différentes; à la bonification des salaires des PAB et à la plateforme *Je contribue!*, qui a mobilisé près de 20 000 personnes. Malheureusement, cette dernière initiative a eu quelques ratés et certaines personnes inscrites dès le départ sur la première plateforme n'avaient toujours pas eu de retour des semaines après leur inscription. Le 1^{er} mai 2020, une nouvelle plateforme sera mise en place et sera beaucoup plus efficace. Elle permettra notamment aux établissements d'accéder

⁵⁴ Témoignage de D^r Réjean Hébert, 1^{er} novembre 2021 - Témoignage de Mme Francine Ducharme, 2 novembre 2021.

⁵⁵ Le délestage réfère à des employés qui œuvrent dans d'autres secteurs d'activités que les soins directs et qui viennent prêter main-forte.

⁵⁶ Arrêté numéro 2020-007 de la ministre de la Santé et des Services sociaux en date du 21 mars 2020.

directement à la banque de candidatures plutôt que de recevoir les candidatures du MSSS.

La pénurie de main-d'œuvre est donc l'un des enjeux importants qui a été pris en charge par le gouvernement. Les plans qui ont été déposés nous convainquent du sérieux qui a été mis en place pour faire face à cet exode du personnel, notamment en CHSLD. Il faudra demeurer vigilant et éviter de revenir en arrière en maintenant des emplois sous-payés, notamment dans le secteur privé, ce qui ne fait qu'accentuer le roulement de personnel et maintenir ainsi le cycle de la pauvreté chez bien des employés qui prennent soin de nos aînés.

D'autre part, le personnel affecté à plusieurs sites a également grandement contribué à la propagation du virus. À cet effet, l'implication des instances syndicales est vitale pour moduler les conventions collectives puisqu'elles ont l'agilité nécessaire pour réagir et stabiliser rapidement les équipes en temps de crise. Cette réflexion ne peut donc pas reposer sur les seules épaules du gouvernement.

Les ratios de personnel, compte tenu de l'alourdissement des clientèles en CHSLD, devraient également être revus, tout comme la présence accentuée de toutes les catégories de professionnels de la santé. Le MSSS a bien transmis aux établissements des indicateurs pour prodiguer un niveau minimal de soins aux résidents en les invitant à appliquer les ratios Voyer⁵⁷. Par ailleurs, cette mesure facultative n'a pas été implantée⁵⁸. Le ratio d'infirmières en prévention et contrôle des infections (PCI) identifié dans le Rapport Aucoin⁵⁹ a également été négligé par le MSSS et les établissements en dépit du fait que les auteurs l'ont qualifié d'un enjeu de sécurité des soins, ainsi que d'un problème de santé publique.

Le plan de délestage en temps de pandémie est définitivement à revoir. On ne peut pas se contenter de bouger le personnel sur un échiquier sans en comprendre les conséquences. Il faut une préparation à ces déplacements et il est impératif d'identifier qui va où, de planifier l'accueil et la formation de ce personnel délesté, et surtout de savoir en temps réel de combien de ressources un CISSS ou un CIUSSS dispose pour venir prêter main-forte aux centres d'hébergement. Lorsque la pandémie a frappé, elle a provoqué des symptômes d'épuisement chez un certain nombre. Au cours de la 1^{re} vague, des plans d'affectation du personnel n'ont pas été planifiés tel que le requerraient notamment les plans existants du H1N1 et il aura fallu compter sur le volontariat pour combler les absences. Cela a eu pour effet de révéler les limites de ce plan étant donné que le bassin de ressources humaines était limité et que le délestage d'activités n'a été que partiel. Par ailleurs, la capacité des directions de ressources humaines à gérer un afflux supplémentaire de demande était insuffisante et les points de rupture sont rapidement apparus comme un handicap réel.

⁵⁷ Philippe Voyer, professeur titulaire à la faculté des sciences infirmières, à l'Université Laval. (Détermination des ratios).

⁵⁸ Témoignage de Mme Louise Potvin, PDG du CIUSSS de la Montérégie-Est, 19 avril 2021. Témoignage de monsieur AB, infirmier clinicien et vice-président au FIQ-SPSME : « les ratios Voyer n'étaient pas respectés par l'employeur au CHSLD René-Lévesque lors de l'éclosion de COVID-19 », 22 avril 2021.

⁵⁹ Comité d'examen sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales. (2005) *Les infections nosocomiales au Québec, un problème majeur de santé, une priorité – Rapport du Comité d'examen sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales (Rapport Aucoin)*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.

La ministre des Aînés et des Proches aidants et sa sous-ministre

Nous avons entendu la sous-ministre adjointe des Aînés et des Proches aidants à deux occasions. Nous avons alors appris que des évaluations avaient été faites en CHSLD, évaluations qui auraient été au départ verbales, puis par écrit. Ces révélations ont été faites par un citoyen au journaliste Thomas Gerbet de Radio-Canada. Ces évaluations nous ont été transmises de manière tardive et ont été difficile à obtenir. En effet, nous avions au départ reçu l'information que ces évaluations n'étaient pas disponibles. Au cours de l'enquête, il aura fallu insister pour obtenir les informations utiles en ce qui a trait à ces évaluations. Plus de 1 100 rapports nous ont finalement été transmis sans égard aux milieux d'hébergement ciblés par nos travaux. Nous avons pris connaissance de cette abondante documentation, mais avons évidemment retenu uniquement ce qui était pertinent à nos travaux. Parmi les constats de ces évaluations, nous avons pu observer que ce n'est qu'en mai 2020 que les CHSLD en éclosion commenceront à reprendre un minimum de contrôle.

Le 14 janvier 2022, la ministre des Aînés et des Proches aidants a pu être entendue malgré qu'elle ait toujours été en absence pour maladie. Son témoignage est sans doute celui qui nous a permis de mieux cerner la date à laquelle nous avons vraiment pris la mesure de la crise à venir, soit autour du 9 mars 2020. C'est le témoignage le plus crédible malgré le discours formaté pour la présente enquête.

La ministre, lors de son témoignage, nous dira : « au début de 2020, l'espace-temps, rappelez-vous, ça déboule. Il n'y a personne qui croyait que ça allait toucher les milieux de vie, on croyait que ça allait toucher les hôpitaux ». Elle a indiqué que, de janvier à mars 2020, les risques étaient considérés comme étant faibles pour les Canadiens, selon l'Agence de la santé publique du Canada et l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Dans les faits, avant le 9 mars 2020, l'implication de la ministre dans la gestion de la crise est anecdotique.

Puis, questionnée sur le tsunami qui a frappé les CHSLD, la ministre nous dira : « si les établissements de soins de longue durée sont restés si longtemps sous le radar, c'est qu'ils avaient l'habitude de faire face aux éclosions et de les contenir. Ça fait partie de leur routine presque quotidienne. » Cette vision était en fait une fabrication de l'esprit. Si l'expression pouvait convenir pour de simples éclosions au potentiel limité, la réalité était que les CHSLD sont les enfants pauvres du système de santé. Il est encore plus étonnant de constater que les CHSLD étaient perçus comme des établissements qui pouvaient contenir le virus, puisqu'habités à des éclosions de type gastro ou influenza. À ce compte, les hôpitaux aussi sont habitués à parer les éclosions, et pourtant, tous les efforts convergeront à leur préparation. Ce raisonnement était d'autant périlleux que les autorités savent depuis au moins une décennie que les CHSLD peinent à maintenir leurs effectifs. Ne serait-ce que pour cet élément, il aurait fallu d'ores et déjà prévoir les mécanismes pour les soutenir. En rétrospective, le train qui était en marche allait frapper droit dans le mur des CHSLD et l'impact, avec plus de préparation, aurait sans doute été moins violent.

La planification clinique en vase clos faite par les différentes directions et ministères, et ce, malgré l'activation de comités de coordination liés à la sécurité civile, a démontré un certain cafouillage. La non-implication de la ministre en début de crise n'est donc pas étonnante. Questionnée sur ses interventions à certains médias quant au fait qu'elle n'avait pas été impliquée dans les décisions, la ministre nous dira qu'elle manquait de recul à ce moment-là. Je crois, jusqu'à ce jour, qu'elle a tenté de se faire entendre, mais que l'emphase sur les milieux hospitaliers était tellement grande, que sa voix ou celle de son cabinet n'a eu d'échos que tardivement.

Par ailleurs, une fois mises dans la boucle, l'apport de la ministre et de sa sous-ministre est indéniable. Plusieurs témoins ont notamment commenté l'implication de Mme Rosebush, à toute heure du jour. Lorsque la crise médiatique éclate au CHSLD Herron, cette dernière informe par courriel⁶⁰ le sous-ministre à la santé des actions entreprises. On peut y lire :

Également, voici la stratégie proposée pour assurer une vigie des différents milieux de vie (CHSLD privés, RI-RTF, RPA) pendant la période de pandémie, afin de valider la mise en œuvre des directives ministérielles et de la situation des résidents.

Cette stratégie s'ajoute aux actions déjà entreprises aujourd'hui, c'est-à-dire :

- 1. Enquête policière et du MSSS en cours au CHSLD Herron*
- 2. Travaux en cours au niveau des technologies de l'information pour relier la résidence Herron au CIUSSS de l'ouest de l'île de Montréal [sic]*
- 3. Visite le 11 avril 2020 dans les CHSLD privés non conventionnés*
- 4. Visite des RPA le 11 avril 2020 du même propriétaire que Herron*
- 5. Demande aujourd'hui aux PDG de compléter une fiche d'informations rapides pour dimanche 14 h des milieux de vie dans les zones rouge et orange*
- 6. Demande aux PDG de faire une visite dans les milieux de vie des zones rouge et orange pour lundi 14 h*
- 7. Production d'un état de situation pour les milieux des zones rouges et oranges, 2 fois par semaine et s'il y a un changement important*

Force est de constater qu'on a peut-être pensé aux aînés, mais devant le fait que la vaste majorité d'entre eux vivent dans la communauté, on ne semble pas s'être penché de manière proactive sur les milieux où les aînés les plus vulnérables sont concentrés dans des lieux hautement propices à la contagion. La division des responsabilités ministérielles, entre le ministre en titre de la Santé et des Services sociaux et la ministre responsable des Aînés et des Proches aidants, a-t-elle diminué l'importance relative aux milieux de vie versus les milieux de santé? Cette question ne trouvera réponse que dans les priorités qu'on accordera à nos aînés en tant que société, en réponse à cette tragédie appelée COVID-19 qui a fauché leur vie dans une proportion démesurée quant à leur poids populationnel.

Le directeur national de santé publique et les directeurs régionaux

Le directeur national de santé publique joue un rôle pivot dans une crise sanitaire. Il est l'autorité morale au plan scientifique et de ce fait, une attente raisonnable lui est adressée pour guider le gouvernement, mais également la population.

Il n'y a pas l'ombre d'un doute à mon esprit que le directeur national a travaillé avec acharnement, mais à ce jour, il reste des zones grises à son témoignage. Partant de la notion que le niveau d'alerte est rehaussé par l'OMS dès janvier et que, de l'aveu même du directeur national de santé publique, la condition des aînés est préoccupante, il reste ce léger flou concernant ce qui s'est réellement passé entre janvier et le 12 mars 2020.

⁶⁰ CNAT-1, pièce 280, courriel du 11 avril 2020.

À la lumière de l'ensemble de la preuve, je suis convaincue que les autorités qui nous gouvernent ont échappé cette portion de préparation portant sur les CHSLD. Tous les signaux étaient présents, mais n'ont pas été pris en compte. Si c'est bien le cas, pourquoi ne pas tout simplement le dire? Naïvement, je crois que les familles ont besoin d'entendre la vérité, même si cette vérité montre un parcours semé d'embûches, voire d'incertitudes, qu'elle fait mal et nous rappelle notre vulnérabilité face à des crises sanitaires. Comment croire que nous pourrions faire face à la prochaine crise si les acteurs de premier plan ne sont pas prêts à reconnaître où leur préparation a fait défaut?

Nous avons entendu plusieurs témoins nous dire que l'avion se bâissait en plein vol, dont le directeur national de santé publique. Bien que le virus ait été foudroyant, pour reprendre l'image de l'avion tant consacré, un plan de vol, un radar ou d'autres instruments de vol donnant des informations en temps réel auraient dû être une priorité absolue. Ce plan de vol devrait notamment et impérativement être instruit d'une veille scientifique internationale digne de ce nom.

Le rôle du directeur national de santé publique et celui de sous-ministre sont deux rôles distincts et ne sont peut-être pas compatibles. C'est peut-être ce qui met un filtre à la transparence de la trame de fond. Les impératifs sanitaires ne correspondent pas nécessairement aux intérêts politiques et économiques d'un gouvernement, que ce soit au Québec ou ailleurs. Il est clair qu'une personne qui doit tenir compte à la fois des impératifs scientifiques et des autres risques au plan économique en tant que sous-ministre risque d'être placée dans une position de conflit. Le directeur national de santé publique doit être en mesure de faire ce qu'il croit être le mieux pour la santé de la population et d'être la plus haute autorité en matière scientifique, au risque de ne loger à la même enseigne que le gouvernement.

Est-ce que cette indépendance est possible alors que le directeur national de santé publique relève directement du ministre de la Santé et des Services sociaux? Il est légitime de se questionner. À l'heure d'une société où l'image prend beaucoup de place (sans doute trop), les conférences de presse avec le premier ministre et le DNSP ont avec le temps fini, selon moi, par créer une brèche dans l'esprit collectif. Il n'est pas nécessaire que cela soit avéré. En effet, dès que la population a l'impression que le grand manitou de la Santé publique, également sous-ministre, qui accompagne toujours le premier ministre lors de ses points de presse relatifs à la pandémie, pourrait être tenté de moduler ses propos ou ses recommandations en matière de santé publique, et ce, afin d'être en phase avec les priorités du gouvernement, le doute s'installe. Il est donc impératif que les instances de santé publique bénéficient d'une totale indépendance pour asseoir leurs directives sur des bases scientifiques et en application au principe de précaution.

Le directeur national de santé publique a révélé lors de l'enquête que, bien qu'inquiet dès la fin janvier 2020 pour les aînés, il a dû jongler avec des recommandations qui, selon ses propos, devaient passer le test de la réalité. Ce test de la réalité faisait notamment référence à la consigne du port du masque qui n'était pas nécessaire malgré les demandes incessantes du terrain. Son avis aurait-il été le même s'il n'avait pas eu à s'inquiéter d'une rupture éventuelle des stocks? J'ai tendance à croire que non. De là, à mon humble avis, le danger de porter les deux chapeaux.

L'expérience vécue par l'état de Washington, aux États-Unis, et la province de la Colombie-Britannique, au Canada, qui voyaient des éclosions survenir dans leurs milieux d'hébergement, aurait également dû nous alarmer, mais personne au sein de la Direction générale santé publique ni au MSSS n'a cru bon communiquer avec son homologue de la Colombie-Britannique. Étonnant, alors que les premières éclosions dans des maisons des aînés recensées au Canada se sont manifestées en Ontario et

en Colombie-Britannique. C'est d'ailleurs la Colombie-Britannique qui a pris des mesures musclées dès les premiers cas de COVID-19 et a réussi à faire notamment cesser la mobilité du personnel en CHSLD, une mesure pour laquelle le Québec aurait dû rapidement lui emboîter le pas.

Sur le plan régional, la directrice régionale de santé publique (DRSP) de Montréal a été la première touchée par un cas de COVID-19. Si bien que dès le 27 février 2020, une cellule de crise y est déployée. Dans les deux semaines qui ont suivi, plus de 300 cas sont signalés. Le plan de mobilisation au sein de la Direction, de l'aveu même de la directrice régionale de santé publique, était nettement insuffisant. Ils ont dû procéder rapidement à de nouvelles embauches pour venir prêter main-forte aux équipes déjà en place et qui se résumaient à 2 médecins et 5 infirmières. Cette situation de sous-effectifs a été présente dans toutes les directions régionales entendues lors de la présente enquête.

Les systèmes d'information

L'enquête a mis en lumière des systèmes d'information qui ne se parlaient pas entre eux et qui étaient désuets. Les données disponibles étaient nettement insuffisantes pour permettre la gestion en temps réel, pouvoir analyser rapidement une situation en constante évolution et faire des projections en conséquence. Il était donc quasi impossible de faire une analyse rétrospective de la situation, et cela est encore plus vrai en contexte pandémique lors de la 1^{re} vague. On peut penser au suivi des cas par les directions régionales de santé publique, qui les comptabilisaient par la réception des documents par télécopieur. Est-ce surprenant que nous ayons perdu le compte? La réponse se trouve dans la question. La communication étant le nerf de la guerre, des jours précieux ont été perdus pour obtenir des informations justes. Cet écart était encore plus grand en CHSLD, alors que le suivi des décès se comptabilisait manuellement et arrivait dans les directions régionales de santé publique par télécopieur.

On pense également aux dizaines de directives transmises par le MSSS et à la confusion des messages une fois arrivés dans les établissements. Dans tous les établissements convoqués lors de cette enquête, cette remarque a fait consensus. L'information arrivait en trop grosse quantité et était modifiée plus rapidement que ce qu'il était possible de gérer pour les équipes terrain.

L'approvisionnement en masques et le principe de précaution

Le témoignage de M. Luc Desbiens, sous-ministre adjoint de la Direction générale des infrastructures, de la logistique, des équipements et de l'approvisionnement, nous a éclairés quant à la prise en charge usuelle des équipements de protection. En période régulière, le MSSS ne gère pas lui-même l'approvisionnement et la distribution du matériel requis par les établissements du réseau et ne dispose pas non plus de données centralisées sur les quantités d'équipements en réserve. Les CISSS et les CIUSSS utilisent des systèmes d'information qui ne communiquent pas entre eux. On peut imaginer qu'en temps de crise, un tel fonctionnement est un handicap important pour la prise rapide de décisions concertées et cohérentes.

L'approvisionnement des équipements s'effectue sur la base du principe du *juste à temps*. Ce principe permet d'éviter d'entreposer une quantité importante d'équipements inutilement et évite également des coûts d'entreposage. Par ailleurs, comme la crise nous l'a démontré, cela nous met également à risque d'être dans un marché concurrentiel mondial lorsque nous faisons face à une pandémie. Au sommet de la

1^{re} vague, M. Desbiens nous dira que la consommation d'EPI était 13 fois supérieure à la consommation avant pandémie. On consommait donc en 4 semaines l'équivalent d'une année avant la pandémie⁶¹.

Le MSSS n'a pas lésiné sur les moyens et a acheté tout ce qu'il était possible d'acheter. Autour du 20 mars 2020, les CIUSSS et les CISSS avaient la responsabilité de distribuer les EPI sur leurs territoires respectifs. Le 26 mars 2020, le Québec recevra sa première livraison de masques provenant de l'étranger.

Lorsque questionné au sujet du Plan du H1N1⁶², M. Desbiens nous dira ne pas y avoir référé et ne pas en connaître la teneur. Pourtant, ce plan de 2006 prévoit que :

Le gouvernement du Québec peut recourir à des pouvoirs particuliers en situation de pandémie afin de protéger la santé de la population. Dans ce contexte, il peut faire des dépenses, conclure des contrats afin d'approvisionner, entreposer et distribuer les médicaments, équipements et fournitures qu'il juge nécessaires. Il peut procéder à des achats d'urgence et passer outre aux règles habituelles d'approvisionnement. Évidemment, lors d'une pandémie d'influenza, l'approvisionnement en produits considérés non critiques se fera selon les normes en vigueur dans le réseau. Comme les sites non traditionnels de soins relèveront d'un établissement, ils seront donc soumis aux mêmes règles administratives. Par souci d'efficacité, c'est le Ministère qui coordonnera l'approvisionnement, en garantissant un entreposage adéquat et sécuritaire des produits considérés critiques ainsi qu'un système de distribution et de suivi planifié, de concert avec les fournisseurs. (nos soulignés)

La prévision des équipements fait notamment partie d'une approche globale de prévention. Le principe de précaution a été à plusieurs occasions soulevé lors des audiences et je ne peux que souscrire à une approche qui soit axée sur la prévention et sur une approche qui établit un processus de gestion du risque⁶³. En temps de pandémie, la certitude scientifique ne doit pas être une condition *sine qua non* à l'implantation d'une mesure protectrice, surtout face à un agent pathogène aussi virulent que la COVID-19.

Lorsque les connaissances spécialisées deviennent insuffisantes ou incomplètes pour endiguer les dangers inhérents pour la santé, le processus de gestion des risques doit cohabiter avec la science et y inclure la sphère sociale. Dès lors, le rehaussement de la protection de la population doit devenir la priorité absolue. En fait, le personnel œuvrant dans le réseau sera le premier à être victime des conséquences découlant des décisions institutionnelles adoptées sans l'application du principe de précaution. Dans les faits, « la précaution prend une importance particulière lorsque l'objectivité de la science est elle-même mise en doute et que les avancées scientifiques ne semblent plus être garantes du bien-être »⁶⁴ des aînés ainsi que du personnel soignant.

L'INSPQ n'a pas pris la pleine mesure quant à la possibilité de la transmission par inhalation d'aérosols en milieu de soins de longue durée et a peut-être sous-estimé les conséquences dans le processus de gestion des risques, *a fortiori* lorsqu'une hypothèse

⁶¹ CANT-2, pièce 76.

⁶² CANT-2, pièce 212, page 120.

⁶³ *Présentation du D^r Quoc-Dihn Nguyen*, p. 19.

⁶⁴ Cartier, G. *Le principe de précaution et la déférence judiciaire en droit administratif*, Les Cahiers de droit, Université Laval, volume 43, numéro 2, 2002, p. 97.

scientifiquement crédible sur ce mode de transmission existait avant même l'avènement de la pandémie de COVID-19.⁶⁵

Le directeur national de santé publique, lors de son témoignage, a avancé que les CHSLD étaient moins susceptibles d'être frappés par la COVID-19 que les centres hospitaliers. Sur la base de cette opinion qui ne reposait sur aucune évidence concrète, ils ont ainsi justifié la décision gouvernementale d'affecter prioritairement les ressources disponibles aux milieux de soins aigus et de ne pas rehausser les mesures de prévention pour lutter contre une éventuelle transmission par inhalation d'aérosols dans les milieux de soins de longue durée.

Le témoignage de la D^{re} Mélanie Roy, chirurgienne ophtalmologique, est fort éloquent. Cette dernière s'est portée volontaire via la plateforme « Je contribue » et s'est vu refuser le droit de porter son propre masque N95 en zone chaude au CHSLD Yvon-Brunet. Elle a malheureusement contracté la COVID-19 malgré son expertise acquise dans l'application des procédures PCI en salle opératoire. Elle est à ce jour toujours convaincue que l'acquisition de sa maladie résulte d'un manque de protection face à la transmission par inhalation d'aérosols. D^{re} Roy s'est par la suite engagée dans une pluralité de groupes de mobilisation en vue de mieux protéger le personnel de la santé et les aînés.

J'ai donc tendance à adhérer à l'idée de la microbiologiste Mme Geneviève Marchand, selon laquelle il est mieux d'en faire « un peu trop que [...] pas assez » lorsque confronté à un virus à caractère pandémique. Cette idée est également soutenue par le témoignage de la directrice régionale de santé publique (DRSP) de Montréal⁶⁶, qui a reconnu qu'il serait important, advenant une prochaine crise sanitaire, d'accorder de l'importance au principe de précaution.

Le principe de précaution ne réduit pas la pertinence des comités scientifiques tels que le CINQ. Il vient simplement s'ajouter de manière complémentaire à la protection des travailleurs de la santé. Dans l'intention de protéger la vie humaine, le principe de précaution devrait donc être plus contraignant lors de l'élaboration de directives et recommandations PCI. Cette philosophie aurait également comme avantage de planifier les équipements de protections en conséquence. Le principe de précaution devrait être enchâssé dans les dispositions légales et réglementaires qui régissent la Santé publique. Ce faisant et tout en clarifiant les rôles et responsabilités eu égard au suivi et au contrôle des plans que nous nous donnons en préparation de tels événements, il est probable que nous soyons en meilleure position à l'aube d'une prochaine pandémie.

Les proches aidants

Lors de cette enquête, un consensus a été établi quant au fait que dans un contexte de manque de personnel et une crise sanitaire sans précédent, l'appui des personnes proches aidantes, pour compléter les soins de base, aurait été un atout, en plus d'un soutien émotionnel indéniable.

Plusieurs familles ont été jointes lors de notre enquête et les commentaires sont variables de l'une à l'autre. Cela étant dit, une constante revient fréquemment : le manque de communication des résidences avec les familles, qui s'est dramatiquement

⁶⁵ Avis du CINQ sur la gestion du risque pour la protection respiratoire en milieux de soins aigus, Version 1.0, 26 février 2020, p. 2.

⁶⁶ Témoignage D^r Drouin au volet CHSLD Yvon-Brunet.

accentué après le 28 mars 2020, et qui a eu pour effet d'augmenter le niveau d'inquiétude de la plupart d'entre elles et le niveau de stress des résidents.

N'ayant plus accès à leurs proches depuis le 13 mars 2020, plusieurs familles ont tenté de prendre des nouvelles. Elles se sont butées à des répondeurs et à des courriels demeurés sans réponse. Le rôle des familles est pourtant déterminant, particulièrement lors de cette crise sans précédent. Du jour au lendemain, les personnes âgées vivant en résidence se sont vues coupées du monde extérieur lors de la 1^{re} vague, et plusieurs sont mortes sans avoir pu communiquer avec leurs proches. C'est un drame humain qui donne le vertige.

L'une des raisons invoquées par le MSSS pour restreindre l'accès des proches aidants a été la protection des aidants, étant eux-mêmes vulnérables, faisant référence au fait que la plupart d'entre eux sont âgés. Or, cette information n'est pas documentée et est à la rigueur infantilissante pour les familles. Le sous-ministre Gendron, lors de son témoignage, a précisé que des proches aidants pouvaient venir en renfort pour aider notamment à alimenter un proche et que les situations étaient prises au cas par cas. Dans les faits, la consigne gouvernementale était on ne peut plus claire et a été appliquée de façon uniforme : les proches aidants n'avaient droit à aucune visite. Les seules exceptions étaient pour des résidents en fin de vie. Il y a encore ici une mauvaise interprétation d'une directive du MSSS.

Il n'y a aucun doute dans mon esprit que la présence d'un proche aidant aurait eu comme effet bénéfique de donner une chance de survie à certains aînés. Certaines familles ont même songé à retirer leurs parents des CHSLD et d'autres nous ont témoigné leurs regrets de ne pas l'avoir fait. Le témoignage du D^r Brazeau⁶⁷ confirme que l'absence de proche aidant a pu avoir comme conséquence la progression des troubles neurocognitifs, des dépressions, des pertes de mobilité et des pertes d'autonomie.

L'impasse des CHSLD

Tout au long de l'enquête, des témoins ont invoqué le principe de milieu de vie par opposition à celui d'un milieu de soins, notamment pour justifier la lenteur pour la mise en place des équipements de protection.

Ce n'est qu'en fin de parcours d'enquête que certains témoins ont souligné la nécessité de réconcilier ces deux concepts intimement liés. Cette philosophie de milieu de vie, bien que tout à fait compréhensible, a malheureusement aveuglé les décideurs quant au niveau de protection contre la COVID-19 à offrir aux résidents de ces milieux de vie.

L'autre constat important que nous avons fait est la désorganisation dans la chaîne de commandement, notamment en ce qui concerne les CHSLD publics. En n'ayant aucun gestionnaire décisionnel en place, les CHSLD se sont retrouvés à suivre des consignes de leurs CIUSSS/CISSS et ultimement du MSSS sans distinctions aux particularités propres de chacun. Nous avons également noté qu'aucune action concrète et spécifique de préparation des CHSLD sur le terrain n'a été faite avant la mi-mars 2020. Les risques concernant ces milieux n'ont pas été correctement évalués. En l'absence de leadership près des CHSLD, comment aurait-il pu en être autrement? Une gestion efficace et ordonnée aurait permis de dispenser des soins de manière plus ordonnée et structurée.

⁶⁷ CANT, pièce 174.

Les besoins des résidents ont été occultés, si bien que des soins de base ont été donnés de manière aléatoire et ont parfois été inexistants. Certains résidents ont eu peine à recevoir leurs repas, alors on peut imaginer que les besoins d'hygiène n'étaient pas en tête de liste des priorités. Ce qui m'a également frappée lors de cette enquête, c'est la pauvreté des informations contenues aux dossiers médicaux, le suivi des soins par les infirmières et infirmières auxiliaires était documenté de manière aléatoire et parfois de manière imprécise. Pour les coroners, les informations qui y sont transcrites sont primordiales pour l'analyse du suivi médical. En plus d'être peu documentés, les dossiers médicaux contiennent parfois des informations erronées, ce qui est encore plus aberrant. La tenue de dossier devrait faire partie des audits de qualité et des correctifs devraient être apportés le cas échéant.

Autre constat, les nutritionnistes, déjà en nombre insuffisant avant la pandémie, n'ont pas pu contribuer à la hauteur de leur formation pour évaluer les plans nutritionnels des résidents lors de la pandémie. Nous avons d'ailleurs été étonnés qu'aucun cadre normatif n'ait existé quant au volet nutrition clinique et que, de ce fait, plusieurs résidents n'aient eu aucun plan à leurs dossiers.

Il n'y a pas de direction médicale dédiée dans les CHSLD, si bien qu'en cas de crise, personne n'est réellement chef d'orchestre. Bien que cette responsabilité soit imputable aux PDG des CIUSSS et des CISSS, l'implication des médecins est primordiale tant au niveau des soins que des orientations prises dans leurs milieux. Pire encore, bien que le MSSS nous ait indiqué que seulement 6,3 % des actes médicaux avaient été facturés à la RAMQ pour de la télémédecine, nous avons malheureusement été confrontés à des situations tout autres en matière de couverture médicale dans les CHSLD concernés par notre enquête. Je comprends donc que la situation globale des médecins dans la vaste majorité des CHSLD ne reflète pas ce que nous avons observé et que la réalité terrain des autres milieux a été différente.

Par ailleurs, au fil du temps, l'expertise en soins s'est diluée avec les années pour offrir des soins aigus en CHSLD et la dualité qui s'est installée entre milieu de soins et milieu de vie a été mise en lumière de manière plus significative lors de la crise. Cette même dualité qui s'est cristallisée à plusieurs occasions aurait dû être traitée de manière complémentaire et non en opposition d'un milieu par rapport à un autre. Un milieu de vie doit être compris dans une perspective où les résidents y sont confiés pour être accompagnés jusqu'à leur dernier voyage et, de surcroît, recevoir les traitements et les soins adéquats à leurs conditions médicales. Les deux concepts ne sont donc pas incompatibles. C'est d'ailleurs exactement ce que la LSSSS dit à l'article 83 :

*La mission d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée est d'offrir de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le support de leur entourage.*⁶⁸
(nos soulignés).

Il est sans doute temps que le MSSS définisse clairement l'offre de service que sous-tend l'article 83.

D'autre part, nous le savons maintenant, le personnel de nombreux CHSLD ne disposait pas, en temps opportun, des EPI nécessaires pour freiner efficacement la propagation. Au plus fort de la crise, il est maintenant notoire que les CHSLD ont été privés de l'aide

⁶⁸ Loi sur les services de santé et les services sociaux, chapitre S-4.2, article 83.

compétente de personnes qui connaissaient leurs proches respectifs et le milieu de vie. Les travailleurs de CHSLD, dont la santé et la sécurité ont été mises à mal en raison du manque de matériel de protection approprié et du manque de formation sur son utilisation, étaient aussi à risque de contaminer les personnes hébergées.

Pourtant, le 27 janvier 2005, le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, M. Philippe Couillard, créait un Comité d'examen sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales. Ce comité avait pour mandat d'examiner la situation et de faire des recommandations afin d'aider le ministère, ses organismes et son réseau sociosanitaire à mieux composer avec la situation évolutive des infections nosocomiales. Ce comité a rendu son rapport, désormais connu sous le nom de Rapport Aucoin.

Ce qui est troublant, c'est que plusieurs des recommandations qui ont été émises visent essentiellement les mêmes problématiques que nous avons vécues lors de la 1^{re} vague de la COVID-19. En matière de prévention, nous pouvons lire⁶⁹ :

- *Que l'information sur la situation des infections nosocomiales prévalant dans l'établissement soit transmise régulièrement à l'ensemble des professionnels et du personnel.*
- *Que l'ensemble du personnel reçoive une formation en [protection et contrôle des infections] (PCI).*
- *Que des campagnes de sensibilisation en PCI soient tenues annuellement dans chaque établissement, tant auprès des médecins et du personnel soignant que de l'ensemble du personnel et des usagers.* (nos soulignés)
- *Que de l'information écrite, au contenu standardisé, sur les infections nosocomiales et les mesures de prévention et de contrôle soit développée et transmise aux patients et aux visiteurs.*
- *Que l'établissement s'assure que les mesures de prévention et de contrôle prescrites soient respectées par toute personne travaillant dans l'établissement ou le fréquentant, y compris les bénévoles et les stagiaires.*

Il est donc primordial de se questionner sur la pérennité de ces différents rapports d'experts puisque de toute évidence, en CHSLD, nous avons été conviés à un rendez-vous manqué.

Les CHSLD privés sont également un des angles morts importants de cette crise et sont les enfants pauvres d'un système qui était déjà chaotique depuis des décennies. Rappelons que 4 836 personnes sont décédées de la COVID-19 dans les milieux dédiés aux aînés, dont 3 675 étaient hébergés en CHSLD. Le taux de mortalité a été plus élevé dans le secteur privé non conventionné que dans les établissements publics et privés conventionnés. Près de 75 % des CHSLD du Québec (296 sur 412) ont été touchés par la COVID-19, c'est-à-dire qu'ils ont recensé au moins un cas, selon les données du MSSS. Le gouvernement du Québec a fait appel aux CHSLD privés pour combler le manque de lits de soins de longue durée. Le gouvernement a également privilégié des ententes de services temporaires avec les CHSLD privés, pour désengorger les hôpitaux aux prises avec des patients dont l'état de santé était stabilisé, mais qui occupaient un lit en attendant qu'une place se libère dans le réseau public de soins de longue durée.

Plusieurs types de contrats d'achats de places existent auprès des CHSLD privés et je n'entrerai pas dans ces particularités contractuelles. Par ailleurs, cette pratique, qui était

⁶⁹ Comité d'examen sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales. (2005) *Les infections nosocomiales au Québec, un problème majeur de santé, une priorité – Rapport du Comité d'examen sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales (Rapport Aucoin)*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.

à géométrie variable, a été encadrée par la création de partenariats public-privé et des appels d'offres basés sur la règle du plus bas soumissionnaire.

Les achats de places qui devaient être temporaires sont rapidement devenus permanents. Lors des témoignages entendus, il a été mis en lumière que les CHSLD privés ne bénéficient pas d'un financement pérenne.

Avant la 1^{re} vague de COVID-19, ces centres souffraient particulièrement de la pénurie de personnel, puisque les salaires qu'ils offraient étaient moins alléchants qu'au public⁷⁰. Force est de constater que ce modèle a atteint sa limite, puisque les membres de l'Association des établissements de longue durée privés du Québec (AELDPO) ne parviennent plus à embaucher le personnel nécessaire. Lors de son témoignage, M. Arbec nous dira : « Au Tim Hortons et au McDonald's, on a dépassé le salaire des employés des CHSLD privés non conventionnés. »

La protectrice du citoyen a recommandé la mise en place d'une stratégie nationale de lutte à la pénurie de main-d'œuvre dans le secteur de la santé et des services sociaux afin d'assurer la stabilité des effectifs dans les CHSLD, en plus de lutter contre les disparités des conditions de vie des résidents des différents CHSLD publics et privés⁷¹. Je ne peux que souscrire à cette recommandation.

Après la 1^{re} vague, le gouvernement a haussé les salaires des préposés qui œuvraient dans ces centres privés. Ils ont également eu accès aux services de gardiens de sécurité pour les poster aux entrées des résidences et réduire la propagation. Les EPI étaient également distribués en quantité beaucoup plus importante par les CISSS et les CIUSSS. Trop peu, trop tard?

Nous avons tendance à croire que oui, si on se fie aux signaux d'alarme qui ont été transmis au MSSS par l'association des CHSLD privés conventionnés.

Le 16 mars 2020, Mme Annick Lavoie, directrice de l'Association des établissements privés conventionnés (AEPC), informe la sous-ministre adjointe responsable des Aînés et des Proches aidants que la situation est préoccupante au niveau des EPI⁷². Cette dernière lui promet de faire le message, mais la situation demeure identique. Le 19 mars, la directrice de l'AEPC met en copie le cabinet de la ministre des Aînés et des Proches aidants, Mme Marguerite Blais, et insiste à nouveau sur le fait que plusieurs CHSLD se trouvent en situation précaire. On peut lire dans cette correspondance⁷³ :

La situation est maintenant critique et une intervention de votre part est requise pour régulariser la situation. Nul besoin de rappeler le scénario catastrophe advenant un cas de COVID-19 dans un CHSLD.

Le 1^{er} avril, une nouvelle relance est faite. On peut lire au courriel⁷⁴ :

J'ai appris que certains établissements avaient de la difficulté à s'approvisionner, non seulement [en] EPI, mais également [en] produits/équipements d'utilisation régulière et non reliée au COVID-19. À titre d'exemple, les solutés et tubulures, gants pour les soins d'hygiène

⁷⁰ Témoignage de Paul Arbec, président de l'Association des établissements de longue durée privés du Québec (AELDPO). 3 novembre 2021.

⁷¹ CANT-1, pièce 219, Le Protecteur du citoyen. Rapport spécial, *La COVID-19 dans les CHSLD durant la première vague de la pandémie* (23 novembre 2021).

⁷² CANT-1, pièce 183.6.

⁷³ CANT-1, pièce 183.7.

⁷⁴ CANT-1, pièce 183.15.

aux résidents, etc. Les fournisseurs réguliers auprès desquels les EPC [établissements privés conventionnés] s'approvisionnent en temps normal mentionnent que le MSSS a réquisitionné tous les produits et équipements incluant ceux qui ne sont pas en lien avec la pandémie. Ma question est que fait-on alors pour s'en procurer, car la vie continue?

Le 16 avril 2020, visiblement exaspérée de ne pas obtenir de réponses satisfaisantes, Mme Lavoie écrit au sous-ministre Gendron. Sa correspondance⁷⁵ traduit éloquemment le fossé qui s'est créé entre le terrain et le MSSS. On peut y lire :

[...] Ce matin, je me tourne vers vous, car je ne sais plus à quels saints me vouer! Je trouve extrêmement exaspérant que les directives que vous transmettez aux PDG des CISSS/CIUSSS ne descendent pas la chaîne de communication jusqu'aux établissements privés conventionnés (EPC). Il ne fait nul doute que si vous prenez le temps de rédiger des communications au RSSS c'est que les messages sont importants et doivent être connus de tous. Avec tout mon respect, puis-je vous demander, s'il vous plaît, de bien vouloir m'ajouter en copie conforme de vos directives, afin de vous assurer que vos demandes se rendent en temps opportun, voire même se rendent tout simplement, aux EPC? La participation, la collaboration et l'adhésion de tous sont requises en ce temps de pandémie et vos messages doivent être entendus par tous les acteurs du RSSS. [...]

La gestion des communications et des équipements par les CISSS et CIUSSS est à géométrie variable et certains vont approvisionner des CHSLD privés conventionnés de manière très parcimonieuse, alors qu'ils font techniquement partie du réseau de la santé. C'était une catastrophe annoncée et évitable.

La situation sanitaire dans les CHSLD et les RPA au Québec requiert une solution permanente pour faire face au prochain coronavirus ou autre et à toute éventuelle situation de pandémie. On ne peut avoir recours à l'armée chaque fois que nous manquons de personnel dans les CHSLD et les RPA. Pourquoi ne pas mettre en place un service civique volontaire d'urgence qui serait chapeauté par le ministère de la Sécurité publique, tout comme cela se voit parfois en cas de catastrophe naturelle?

Les chambres pour deux personnes et la vétusté des lieux représentent un défi de taille pour les établissements sachant que 22 % des places occupées le sont dans des chambres multiples. Bien qu'aucune enquête probante n'ait démontré lors des audiences que la ventilation ait pu jouer un rôle dans la propagation du virus, on ne peut exclure que plus l'infrastructure est désuète, plus les risques de développer des maladies d'ordres respiratoires puissent être envisagés.

Les transferts des centres hospitaliers vers les CHSLD ne sont pas à négliger. Selon des données du MSSS, entre le 1^{er} et le 31 mars 2020, il y a eu une augmentation significative de 31 % des admissions en CHSLD comparativement aux autres mois de l'année 2019-2020. Cela représente 1 714 personnes admises en CHSLD, dont 865 personnes provenaient des hôpitaux. Normalement, 1 311 personnes sont admises en CHSLD en moyenne chaque période⁷⁶. Cette situation a fait en sorte de transférer des personnes âgées dans des milieux qui n'étaient pas ou peu préparés à cette vague qui allait les frapper de plein fouet. Le décès de M. Barrette est l'une des tristes

⁷⁵ CANT-1, 183.20.

⁷⁶ Système d'information pour la coordination régionale des admissions (SICRA), Données du Mécanisme d'accès à l'hébergement de chacune des régions et témoignage de la ministre de la Santé et des Services sociaux.

illustrations de cette réalité, alors que deux jours après son transfert, il décède dans un CHSLD en éclosion. Ce n'est que le 11 avril 2020, alors les CHSLD sont au pire de la catastrophe, que les nouvelles admissions vont cesser. Les transferts des milieux hospitaliers vers les CHSLD, bien que nécessaires pour orchestrer le réseau de la santé, ont été sous-évalués tant au niveau des surcapacités en CHSLD que des moyens mis à leur disposition.

Finalement, l'accompagnement en fin de vie doit se faire dans un esprit d'accompagnement et en toute dignité. L'application des protocoles de fin de vie a été initiée dans la foulée de la 1^{re} vague de la COVID-19. Afin de soulager la détresse respiratoire fréquemment observée avec les infections respiratoires, particulièrement les infections du type SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère), les CHSLD ont eu recours à la prescription régulière d'un cocktail de médicaments (opiacé, benzodiazépine et anticholinergique) fréquemment utilisé pour les épisodes de détresse ou en fin de vie. Donné en continu ou à intervalle régulier avec des doses suffisantes pour provoquer la sédation, il devient un protocole de sédation palliative qui, à moins d'être interrompu, mène à la mort, ne serait-ce que parce que, dès lors, la personne ne peut plus s'hydrater et s'alimenter.

Dans la plupart des cas, ce protocole ne hâte pas le décès, car la personne est en situation de fin de vie. C'est la maladie qui emporte le patient. Le protocole ne fait qu'apaiser les symptômes, tels que la douleur, l'anxiété associée à la fin de vie ou la sensation de manque d'air (dyspnée).

Dans les cas de COVID-19, chez des personnes frêles et ayant de multiples comorbidités, effectivement, le pronostic était souvent éminemment réservé. Il convenait alors d'offrir des soins de confort, telle la sédation palliative, qui permettent à la personne de mourir dans la dignité.

Toutefois, pour en arriver là, deux regards éthiques étaient nécessaires avant de plonger la personne dans un sommeil profond.

1) En tout premier lieu, le médecin devait s'assurer non seulement qu'il avait discuté du niveau de soins, mais que les explications et implications avaient été entendues par le résident et/ou sa famille. Si nous ne pouvons témoigner de la teneur de ce qui s'est dit durant ces échanges, les témoins aux audiences ont certainement entendu, cas après cas, que bon nombre de familles s'étaient senties manipulées et ne se doutaient pas des implications que le choix d'un niveau C ou D pouvait impliquer.

Pourtant, selon le MSSS et l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), même un niveau D ne pouvait être interprété comme uniquement la dispensation de soins de confort. Certes, cela implique le plus souvent que le cours de la maladie ne sera pas altéré. Toutefois, un traitement habituellement donné à des fins curatives peut quand même être prescrit lorsqu'il représente la meilleure option pour soulager l'inconfort⁷⁷. On pense ici à un traitement n'impliquant que des antibiotiques lors d'une infection non compliquée, ou encore à une réhydratation chez un patient qui ne souffrirait que d'une déshydratation isolée.

Par ailleurs, l'accord du résident et/ou de sa famille à la clause de non-transfert en milieu hospitalier demeure conditionnel au fait que le CHSLD puisse assurer certains soins de base comme d'assurer la distribution des médicaments, de pouvoir effectuer certains prélèvements, tel un test de dépistage de la COVID-19, d'être en mesure de faire boire le résident, voire d'installer au besoin un cathéter sous-cutané (hypodermoclyse). Or, en

⁷⁷ Formulaire sur les niveaux de soins, Santé et Services sociaux, AH-744, p. 2.

audiences, il est apparu, tristement, que bon nombre de CHSLD ont laissé aller les compétences qu'ils avaient dans certains soins, de sorte qu'ils ne pouvaient avoir recours à des techniques de soins pourtant de base. Il fallait à tout le moins que cela soit compris du résident et/ou de sa famille pour savoir à quoi leur décision exposait le résident.

Dans la même logique, certains soins pourtant élémentaires ont été cessés en CHSLD du fait du manque d'EPI convenables pour assurer la protection du personnel. En choisissant son niveau de soins, le résident et sa famille étaient-ils avisés que, en renonçant au transport hospitalier, ils acceptaient qu'en cas de difficulté respiratoire prolongée, quand la saturation en oxygène chuterait dans le sang, le résident n'aurait droit qu'à une oxygénothérapie limitée (4 L/min) et que l'aérosolthérapie par nébulisation serait bannie? Dès lors, chez ce résident avec saturation faible en oxygène, il ne restait plus qu'un seul soin de confort encore pertinent pour calmer l'anxiété associée au manque d'oxygène, soit la sédation.

À maintes et maintes reprises, les proches aidants et les familles ont signifié durant les audiences que leur consentement avait été obtenu au terme d'une discussion sommaire qui, à l'évidence, rendait celui-ci caduc, car non éclairé.

Au surplus, il a été mis en preuve que même la PDG du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal n'avait pas cette connaissance sur les niveaux de soins et le transfert hospitalier puisque dans la lettre du 30 mars 2020, elle reprochait à la propriétaire du CHSLD Herron d'avoir fait transférer des résidents alors même que les deux parties étaient bien au courant de l'impossibilité pour le CHSLD d'assumer les soins de base. Non seulement il n'y avait pas lieu de blâmer le CHSLD pour cette action, mais, au contraire, dans la mesure où le CHSLD était dépassé — et a continué à l'être pendant encore au moins dix jours — il fallait encourager les transferts jusqu'à ce qu'un semblant de normalité soit retrouvé. Lorsqu'un établissement est débordé au point de mettre en péril la survie de ses résidents, on peut mettre en cause sa gestion menant à cet état de fait, mais certainement pas son appel à l'aide. Le transfert de résidents en Centre hospitalier s'inscrivait dans cette logique. Il était pour le moins disgracieux de blâmer le CHSLD pour avoir transféré des résidents alors même que dans l'urgence, ce geste était le plus sensé si l'on voulait que ces résidents aient une chance de s'en sortir. Malheureusement, sur ces entrefaites, début avril, les transferts ont cessé, mais le nombre de décès, lui, a effectivement continué à grimper.

En temps de COVID-19, comme en tout temps d'ailleurs, le transfert dans un milieu de soins approprié devait être envisagé si les moyens disponibles localement étaient insuffisants pour assurer le confort de la personne avec un niveau de soins C ou D⁷⁸. Il en allait de la dignité de ces résidents. Bien entendu, historiquement, les CHSLD ont généralement été en mesure d'assurer ce confort, mais face à circonstances extraordinaires, il fallait réagir avec des moyens exceptionnels et laisser de côté la rigidité administrative qui, fin mars, début avril, a plutôt caractérisé les décisions prises dans plusieurs milieux.

2) Le processus de prise de décision menant à la sédation palliative est peut-être une question encore plus cruciale. En effet, il est difficilement concevable que des décisions de vie ou de mort aient pu être prises sur la foi d'un relais téléphonique uniquement. Nous avons observé qu'à plusieurs reprises, la décision d'amorcer la sédation palliative en continu s'est prise après un appel au médecin sur la base de quelques paramètres

⁷⁸ Bien sûr, la chose est encore plus vraie pour les résidents avec des niveaux A ou B, où la personne s'attend à des soins encore plus avancés.

de signes vitaux, un résident ayant une légère fièvre avec un rythme respiratoire un peu élevé et une désaturation en oxygène en voie d'installation. Dans un contexte d'éclosion, il est vrai que le diagnostic le plus fréquent était une infection à la COVID-19. Toutefois, il n'était pas le seul. Une simple déshydratation ou une hyperglycémie peuvent, de fait, se traduire par une tachypnée, une tachycardie, voire un peu de fièvre. D'autres infections vont aussi produire un tableau clinique similaire.

Dans ces circonstances, même si le diagnostic le plus probable était une infection à la COVID-19, une décision aussi importante que la sédation palliative en continu aurait dû commander un minimum de prudence et de confirmation. Dans les faits, une fois la sédation palliative initiée, aucun autre questionnement ou manœuvre diagnostique n'était fait. On attendait le décès et aucun soignant ne venait examiner ou remettre en question le diagnostic. On fermait la porte de la chambre et l'on n'y venait plus que pour s'assurer que tout était calme et paisible. Quelques résidents ont eu droit à la visite d'un membre de la famille, beaucoup n'ont même pas eu cette chance.

Pour un coroner, que de nombreux résidents soient décédés sans avoir eu droit à une visite d'un médecin durant leur ultime maladie est non seulement triste, mais inquiétant. Il faut espérer qu'à son heure, avant l'amorce d'une sédation palliative, chacun puisse avoir droit à la visite d'un médecin, qui se penchera pour ausculter le cœur et les poumons et prendra quelques minutes pour valider l'indication d'un soin loin d'être anodin. Faut-il rappeler que la sédation palliative est habituellement un geste qui s'inscrit dans un long parcours clinique au terme d'une maladie chronique ou terminale comme le cancer ? En situation aiguë, pandémie ou non, cette prescription exigeait que son indication soit validée, sinon hors de tout doute, du moins avec un indice de confiance raisonnable à la fois pour le diagnostic et la sévérité de la maladie. Or, un diagnostic par téléphone pouvait difficilement prétendre à un tel indice de confiance.

Les solutions

L'investissement dans le soutien à domicile, l'autre enfant pauvre du système de santé, est certainement une avenue à explorer.

Sans avoir la prétention de m'avancer sur des modèles de prise en charge, il y a certainement lieu de tendre vers une déprivatisation du système, car monnayer la lourde perte d'autonomie de nos aînés peut conduire à une exploitation mercantile de leurs conditions de vie.

Les CHSLD privés sont malheureusement une solution non viable si on veut offrir une qualité de soins digne de ce que les personnes âgées méritent. Le D^r Réjean Hébert a proposé des pistes de solution qui méritent que l'on s'y attarde :

Il faudra aussi remettre en question l'approche québécoise et canadienne de prioriser la solution institutionnelle en réponse à une perte d'autonomie. Les soins à domicile sont faméliques et devront faire l'objet d'une attention prioritaire au cours des prochaines années. Il faut non seulement en améliorer substantiellement le financement, mais aussi changer le mode de financement actuel axé sur les établissements. La mise en place d'une assurance publique de soins à long terme comme l'ont fait de nombreux pays européens et asiatiques est incontournable pour permettre aux personnes âgées de vivre à domicile le plus

*longtemps possible et de retarder le plus longtemps possible l'entrée en institution.*⁷⁹

Dans le contexte du vieillissement de la population, le fait d'améliorer l'accès à plus de soins à domicile permettrait sans doute de réserver les places en CHSLD à des personnes présentant des besoins complexes dont la seule issue pour leurs soins est le placement. Rappelons qu'au Québec, c'est 9,5 % des aînés qui vivent en CHSLD ou en RPA comparativement à 2 % en Italie⁸⁰.

Bien entendu, l'amélioration des soins à domicile ne doit pas se faire au détriment des CHSLD, qui demeurent nécessaires pour une clientèle ciblée. Nous devons envisager cette option en complémentarité des centres d'hébergement.

Le gouvernement du Québec n'a pas chômé et a mis en place des structures pour protéger les aînés. On pense notamment à l'adoption, en avril 2022, de la Loi visant à renforcer la lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité ainsi que la surveillance de la qualité des services de santé et des services sociaux. On peut également penser aux projets de développement des maisons des aînés, à l'ajout de gestionnaires en CHSLD lors de la 2^e vague et à la bonification des conditions de travail. Tous ces efforts sont louables et prennent nécessairement la bonne direction. Ces initiatives, bien que tardives, sont tout de même un gage réel d'espoir pour l'avenir.

Lors des audiences, nous avons également appris que le gouvernement travaillait sur trois projets pilotes avec des CHSLD privés pour un éventuel conventionnement de ces ressources. Ces ententes pourraient ensuite être étendues à l'ensemble des CHSLD privés. Or, ces discussions se font en vase clos, n'impliquant pas les deux associations, soit l'AEPC et l'AELDPQ. Les trois CHSLD du projet pilote ont été invités à signer des ententes de confidentialité. Pourquoi cet embargo? N'est-il pas temps d'asseoir à la même table l'expérience terrain et les décideurs? Poser la question, c'est y répondre.

L'armée devant un ennemi invisible

En raison des conséquences de la COVID-19 et de la pénurie de personnel dans les CHSLD, le gouvernement du Québec a demandé l'assistance des Forces armées canadiennes afin d'aider le MSSS à protéger les résidents des CHSLD. En réponse à ces demandes d'assistance, les Forces armées ont déployé entre le 20 avril et le 29 juin 2020 plus de 1 500 militaires employés dans des équipes de soins médicaux et des troupes non médicales. Ils ont été affectés à des rôles d'aides de service dans 47 CHSLD des régions de Montréal, Laval et de la Montérégie.

L'arrivée de l'armée a été un souffle d'oxygène pour les résidents et les employés qui avaient cruellement besoin de soutien. Plusieurs témoins ont salué cette initiative et ce renfort tant attendu. Le témoignage du brigadier général des Forces armées canadiennes a été très instructif quant au processus décisionnel qui permet l'agilité des gestionnaires à réagir rapidement devant une crise. Le brigadier général a expliqué que lors du déploiement de ses troupes, chacun de ses soldats avait son rôle et savait quoi faire sur le terrain. Par contre, les gestionnaires mandatés par les établissements, bien que dévoués, s'impliquaient directement dans les soins en étant sur la ligne de front au

⁷⁹ Hébert, R. (2016.) *L'assurance-autonomie : une innovation incontournable pour répondre au vieillissement de la population*. Le Point en administration de la santé et des services sociaux, 11(4) : 43-46.

⁸⁰ Témoignage de Mme Francine Ducharme, professeure honoraire, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, 2 novembre 2021.

lieu de se concentrer à coordonner les efforts de la main-d'œuvre et l'orientation des employés délestés. Malheureusement, cela a eu pour effet de conduire à une mauvaise coordination des ressources dans les CHSLD.

L'intervention de l'armée a certainement contribué à rétablir les niveaux de soins adéquats aux personnes âgées et a permis à la direction de ces établissements de se réorganiser pour reprendre le contrôle et stabiliser leurs opérations.

Dans un contexte de crise sanitaire où il était difficile d'anticiper les besoins émergents en assistance, les liens de communication serrés ont été critiques pour développer la connaissance situationnelle et faciliter une prise en charge rapide de la situation. Cette liaison a été maintenue tout au long de l'opération, ce qui a grandement contribué à améliorer la situation en permettant la coordination des ressources civiles et militaires, tant au niveau des CHSLD que des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS)/centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). C'est ainsi que nos observations ont été partagées en temps réel avec les directions des CHSLD et CISSS/CIUSSS sur une base régulière. Cet échange d'information s'est avéré essentiel à la mise en place rapide des mesures correctives et pour assurer la sécurité des patients et du personnel. Sur le terrain, cette collaboration étroite a été facilitée par le fait que les professionnels de la santé des FAC reconnus par leur ordre professionnel au Québec sont accrédités et ont pu utiliser le système de rapports du gouvernement provincial déjà établi au sein du MSSS.⁸¹

Le succès de l'armée a démontré que pour optimiser l'efficacité des actions, il faut une chaîne de commandement claire, rapide et coordonnée.

Finalement, le recours à l'intervention de l'armée canadienne, rendue nécessaire pour maintenir les soins et les services rendus en CHSLD, contribue à la réflexion globale des services offerts, notamment quant à nos ressources en main-d'œuvre, sachant que seuls le Québec et l'Ontario ont dû y avoir recours, contrairement aux autres provinces canadiennes⁸².

L'Hôpital chinois de Montréal et sa réussite

Lors du témoignage de la coordonnatrice de site en audience publique, nous avons tous été agréablement surpris d'entendre que lors de 1^{re} vague, aucun cas de COVID-19 n'avait été diagnostiqué chez les résidents de l'Hôpital chinois de Montréal. J'ai déjà fait état des distinctions de prise en charge entre les CHSLD du même CIUSSS précédemment. Il n'est donc pas nécessaire d'y revenir.

J'ai par ailleurs senti le besoin de valider cette réussite en allant à la rencontre des employés et des résidents de l'Hôpital chinois. Le 10 décembre 2020, j'ai visité ce CHSLD. Dès mon entrée, j'ai pu constater des mesures strictes d'hygiène et de contrôle des visiteurs. L'autre aspect qui m'a aussi frappée au seuil de la porte, c'est l'odeur. L'odeur du propre et d'un repas qui sent comme à la maison. Ces détails semblent

⁸¹ Rapport final d'observations : assistance de la force opérationnelle interarmées (Est) (FOI [Est]) aux centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) du Québec, 28 août 2020.

⁸² Témoignage de Mme Francine Ducharme, Professeure honoraire, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, 2 novembre 2021.

anodins, mais ils seront le fil conducteur de ma visite dans un milieu de vie qui donne des soins tout en étant la dernière demeure de ces aînés.

Le CHSLD a une capacité d'accueil de 128 places. Il est relativement jeune si on le compare à d'autres CHSLD. Malgré des chambres pour deux personnes, les efforts consentis par le personnel et les familles ont été un gage de succès. Lors du confinement, les résidents étaient placés en quarantaine à leur chambre, mais les repas étaient servis aux seuils de leurs portes pour briser l'isolement, avec du soutien, lorsque requis. Toute l'emphase de la préparation a été orientée vers la protection des résidents contre un ennemi invisible, mais qu'on croyait dangereux. Leur ultra-vigilance ou leur instinct de protection ont eu raison de la COVID-19.

L'Hôpital chinois est composé de 70 % d'employés d'ascendance chinoise. Dès janvier 2020, ils ont été sensibilisés au coronavirus par leurs familles et amis toujours en Chine. D'eux-mêmes, ils prennent alors la décision de porter le masque et d'annuler les contacts avec leurs propres familles. Les employés évitaient les transports en commun et les rassemblements pouvant avoir un impact sur leur santé et celle des résidents. Bien sûr, leur proximité avec la Chine a sans doute favorisé cette prise de conscience, mais je retiens surtout qu'ils ont été un modèle en matière de PCI et que ce modèle est tout à fait reproductible dans les établissements du Québec, pour peu que l'on y mette les efforts.

La stabilité des équipes est particulièrement enviable et la mobilité du personnel est anecdotique. L'embauche d'agence de placement était inexistante. Les employés ont gardé le fort et se sont relayés pour faire des heures en temps supplémentaire. Les médecins de l'Hôpital chinois, bien qu'âgés, sont demeurés au front pour soutenir les équipes soignantes. Les employés se faisaient tester régulièrement pendant que les mesures d'hygiène et de salubrité étaient renforcées. Cette trame de fond a aussi été possible grâce à des gestionnaires sur place qui ont su transmettre de l'information en temps réel et surtout, rassurer les employés. Tous les ingrédients étaient présents pour réussir la recette.

Ironiquement, au moment où toutes ces actions ont été prises, les employés étaient victimes de discrimination dans la sphère publique en raison de leur origine, que certains associaient à la source du virus. Aujourd'hui, chacun d'eux peut être fier d'avoir été des pionniers dans la lutte à la COVID-19.

Conclusion

La crise de la COVID-19 illustre des décennies de politiques publiques défailtantes concernant les CHSLD et qui étaient déjà connues. La capacité hospitalière québécoise réduite en comparaison des autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)⁸³, combinée à la fragilité préalable des CHSLD, a poussé les autorités à avoir pour premier réflexe de protéger notre capacité hospitalière⁸⁴ en évitant notamment le transfert des résidents vers les hôpitaux. Cette protection des milieux hospitaliers avait certes sa raison d'être, mais il me semble maintenant évident que les causes systémiques préexistantes devront être revues et des correctifs devront être apportés.

⁸³ L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) est une organisation internationale d'études économiques dont les pays membres ont en commun un système de gouvernement démocratique.

⁸⁴ C(NAT1)-219, La COVID-19 dans les CHSLD durant la première vague de la pandémie. Cibler les causes de la crise, agir, se souvenir - Rapport spécial du protecteur du citoyen (23 novembre 2021).

Le 1^{er} avril 2015, le projet de loi 10 est entré en vigueur. Les centres de santé et de services sociaux sont regroupés en centres intégrés de santé et de services sociaux. De 182 entités administratives avant la réforme, le réseau est passé à 34 mégastructures. Dans le cadre de leur établissement, 1 300 cadres perdront leur emploi. Cette réforme a eu notamment pour conséquence de diminuer la capacité décisionnelle terrain, et les effets se sont fait ressentir en CHSLD.

Le rapport préliminaire de la commissaire à la santé et au bien-être, Joanne Castonguay, portant sur la performance des soins et services aux aînés dans le contexte de la COVID-19⁸⁵ relate des dysfonctions chroniques, dont l'insuffisance des politiques de lutte contre les infections, les niveaux de soins inadéquats, le manque de ressources humaines, l'insuffisance des équipements de protection, le manque de prévision de l'accroissement des besoins d'une population vieillissante, la sous-valorisation de la contribution des préposés aux bénéficiaires et des employés qui œuvrent en CHSLD. Ces constats font écho à ce que j'ai pu constater lors de cette enquête. Si bien que si le problème est connu depuis plusieurs années, les efforts pour y remédier n'ont pas suffi. Il aura sans doute malheureusement fallu cette urgence sanitaire sans précédent dans l'histoire du Québec pour réunir les acteurs autour d'une même table et débiter cette nécessaire discussion sur l'avenir de nos aînés.

Il faudrait aussi s'attarder aux nombreux paliers d'intervention que certains ont caractérisés de « Mammouth de la santé ». La crise vécue lors de la 1^{re} vague invite notre société à devenir proactive quant aux réflexions nécessaires sur le système de santé québécois. Nous avons tout intérêt à revoir l'agilité et la performance de notre système. Ce n'est pas un exercice simple et ne peut certainement pas reposer sur les seules épaules de nos élus. Ces changements impératifs devront impliquer tous les acteurs qui gravitent autour de l'offre de service globale en matière de santé. Ces changements doivent à mon humble avis aboutir notamment à une gestion décentralisée et localisée.

Il faut éviter de tomber dans le piège de la banalisation. Pris isolément, chaque situation examinée en cours d'enquête aurait pu devenir un cas d'espèce. Cependant, l'enquête a mis en lumière des soins de base déficients, des CIUSSS et CISSS qui n'avaient ni le personnel ni de plan d'urgence adapté à une telle crise. L'agilité des dirigeants a également été mise à rude épreuve. Les communications étaient multiples et ne tenaient pas toujours compte de la réalité terrain. Les gens ont fait leur gros possible, mais cela a-t-il été suffisant? Force est de constater que non. Les maisons des aînés seront confrontées aux mêmes réalités si ce n'est que la vétusté des lieux en moins.

Il y aura sans doute lieu de clarifier l'implication des CISSS et des CIUSSS auprès des CHSLD privés et des résidences privées pour aînés. Cette situation mérite que l'on repense le modèle de prise en charge de nos aînés et que l'on investisse les ressources adéquates afin de faire respecter les protocoles réglementaires. Par ailleurs, cette responsabilité d'établir des mécanismes de surveillance par le biais de protocoles d'entente plus rigoureux relève d'une volonté politique dont le CIUSSS ou le CISSS ne peuvent être tributaires. Dans le sillage de la pandémie, le MSSS aurait tout intérêt à retenir les leçons des deux dernières années pour affûter ses mécanismes de contrôle, mais aussi ses communications ainsi que l'étendue des pouvoirs des CIUSSS/CISSS. L'imputabilité des services à être offerts à nos aînés doit être tributaire des ministères qui en sont responsables.

⁸⁵ Castonguay, J. (2021). *Mandat sur la performance des soins et services aux aînés – COVID-19*, rapport préliminaire. Commissaire à la santé et au bien-être, gouvernement du Québec.

Selon les données fournies par la Chaire de recherche sur les enjeux économiques intergénérationnels, en 2 031, le quart des habitants du Québec seront des aînés. Plus de 315 000 personnes de 65 ans et plus requerraient en 2020 un soutien à l'autonomie. Selon leurs projections, ce nombre passera à 500 000 en 2035 et à plus de 600 000 en 2050⁸⁶. C'est un enjeu réel et important auquel les autorités devront faire face dans un avenir très rapproché.

La tempête qui nous a frappés n'a fait que mettre en lumière les faiblesses structurelles du réseau déjà à bout de souffle, et ce, depuis déjà trop longtemps. Une réflexion sociétale doit être amorcée. Des projets qui ne reposent pas uniquement sur du béton, mais également sur des projets innovateurs qui mettront l'accent sur notre volonté à redéfinir la place des aînés au centre de nos préoccupations. Le choc démographique est à nos portes, il faut s'y pencher rapidement avec une lentille dédiée aux aînés.

L'enquête publique a malheureusement soulevé plusieurs questionnements et il m'est difficile d'envisager fermer le chapitre de cette tragédie sans inviter le gouvernement à faire une rétrospective des événements par le véhicule qu'il jugera approprié portant, entre autres choses, sur la hiérarchisation des décisions, sur l'agilité du système de santé en temps de crise, sur la compréhension et l'exécution des responsabilités au sein des ministères de la Santé, des Aînés et des Proches aidants ainsi qu'au sein des CIUSSS et CISSS. Il est nécessaire que le MSSS et tous les organismes qui en dépendent analysent ces éléments et apportent une solution pratique. Il est temps d'agir à l'interne pour simplifier les structures et donner à chaque établissement les pouvoirs nécessaires pour réagir à une crise. Nous sommes à la croisée des chemins. Cette tragédie qui aura malheureusement marqué l'histoire du Québec doit nous pousser à innover et à sortir des paradigmes institutionnels. Pour ces aînés, pour ces familles endeuillées, pour ces milliers de travailleurs de la santé, nous avons ce devoir de mémoire.

*[...] On se comptera pas de menteries
Vieillir comporte son lot de désagrément
Et de désagrègement
Mais entre les os qui se fragilisent
La vue et l'espérance de vie qui baisse
Il reste les bons moments, l'amour vécu, les enfants
Les luttes gagnées, et celles à mener
La richesse est dans le cœur
Mais la fortune est dans la tête
Par les liens, les valeurs partagées
L'histoire que l'on porte
Et tout ce qui nous porte à vivre jusqu'à demain
Le jour est jeune encore
Quand l'esprit veille
L'âge dort...⁸⁷*

⁸⁶ Chaire de recherche sur les enjeux économiques intergénérationnels. (2021). *Le financement du soutien à l'autonomie des personnes âgées à la croisée des chemins*.

⁸⁷ Goudreault, D. (2021). *Lettre d'amour aux aînés*.

Recommandations

Que le gouvernement du Québec :

- Revoie le rôle du directeur national de santé publique afin que ses fonctions soient exercées en toute indépendance et sans contrainte politique.
- Évalue la possibilité de mettre en place un service civique volontaire d'urgence qui serait chapeauté par le ministère de la Sécurité publique, tout comme cela se voit parfois en cas de catastrophe naturelle.
- Revoie rapidement l'offre de service à nos aînés en convertissant tous les CHSLD privés en CHSLD privés conventionnés.
- Augmente l'offre de service pour le maintien à domicile de nos aînés.
- S'assure d'une politique inclusive en temps de crise pour permettre qu'au moins deux proches aidants puissent visiter la personne hébergée de façon sécuritaire.
- Implante des ratios sécuritaires professionnels en soins/résidents dans les CHSLD.
- Rehausse, lorsque requis, le nombre de gestionnaires en CHSLD pour s'assurer de couvrir tous les quarts de travail (pouvoirs délégués de soir et de nuit.)
- Prévoit des discussions avec les instances syndicales afin de revoir ou d'ajouter, le cas échéant, des clauses de conventions collectives permettant une disponibilité et un délestage accrus du personnel lors d'une urgence sanitaire.
- Planifie les nouvelles infrastructures ou les rénovations des milieux d'hébergement en s'assurant que les milieux puissent répondre aux exigences requises en matière de soins de santé notamment en temps de crise sanitaire.
- S'assure que les milieux d'hébergement puissent offrir des chambres individuelles aux résidents.

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux :

- Introduise le principe de précaution au centre de toute démarche d'évaluation et de gestion des risques.
- Assure une plus grande imputabilité des gestionnaires des CISSS/CIUSSS et du ministère de la Santé et des Services sociaux quant aux soins prodigués aux personnes âgées en perte d'autonomie par le suivi d'indicateurs et une obligation d'intervention en cas de problèmes dans la qualité des soins.
- S'assure de maintenir en tout temps l'approvisionnement nécessaire en équipements de protection en plus de prévoir des réserves pour subvenir aux besoins en cas de crise.
- Définisse quels soins de confort les installations en CHSLD doivent minimalement être en mesure d'offrir.

- Établit un plan national afin de doter tous les CHSLD des équipements nécessaires pour donner ces soins.
- Revoit les formations techniques afin que les infirmières en CHSLD et, le cas échéant, les infirmières auxiliaires soient en mesure d'effectuer les techniques nécessaires aux soins de base (soins respiratoires, accès veineux et sous-cutanés, utilisation des pompes volumétriques, etc.).
- Développe un outil avec des mises en situation afin que les résidents et/ou leurs tuteurs puissent bien comprendre les implications d'un choix de niveau de soins.
- Assure une gestion dans les CHSLD qui réunissent un gestionnaire responsable, une direction des soins infirmiers et une direction médicale.

Que les CISSS et CIUSSS :

- Assurent dans les CHSLD la présence suffisante d'infirmières spécialisées en PCI afin que celles-ci puissent être présentes dans les opérations quotidiennes et qu'ils en assurent la pérennité.
- S'assurent de planifier des simulations en lien avec les plans de pandémie de manière triennale.
- Offrent de la formation quant à la tenue des dossiers médicaux et fassent des suivis périodiques.
- S'assurent de l'encadrement nécessaire justifiant le recours aux protocoles de détresse et à la sédation palliative dans un contexte de soins aigus.

Que le Collège des médecins du Québec :

- Revoit les pratiques médicales individuelles des médecins traitants des CHSLD Herron, des Moulins et Sainte-Dorothée, notamment quant à leur décision de poursuivre les soins en téléconsultation malgré le besoin de soutien et le très grand nombre de décès.

Montréal, le 10 mai 2022.



Me Géhane Kamel, coroner

ANNEXE I

LA PROCÉDURE

Le 17 juin 2020, devant l'ampleur des décès survenus au Québec, la coroner en chef, M^e Pascale Descary, ordonne une enquête publique sur la situation qui prévaut en CHSLD et en RPA. Les décès survenus entre le 12 mars 2020 et le 1^{er} mai 2020 ont constitué un tronc commun pour l'analyse de la présente enquête et un échantillonnage régional a également constitué la base de cette enquête.

J'ai été mandatée afin de présider la présente enquête publique. Le docteur et coroner Jacques Ramsay m'a assistée à titre d'assesseur.

Dès le début des audiences, j'ai reconnu comme personnes intéressées celles qui m'en avaient fait la demande, soit :

- La Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec – FIQ, représentée par **M^e Maxime Dupuis et M^e Thomas Rougeaux**;
- Le Syndicat des travailleuses et travailleurs du CISSS de Lanaudière – CSN, représenté par **M^e Katéri-Hélène Racine et M^e Julie Sanogo** (Laroche Martin, Service juridique de la CSN);
- DPCP – Bureau du service juridique – Représenté par **M^e Anne-Andrée Charette**
- MJQ-PG (MSSS) – Représenté par **M^e Alexandra Hodder, M^e Marie-France Le Bel, M^e Caroline Martin, M^e Annie Dumont et M^e Thi Hong Lien Trinh** (Bernard, Roy (Justice-Québec))
- FSQ SIIIA CSQ Infirmières – Représenté par **M^e Marc Daoud et M^e Amy Nguyen**
- Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS) – Représentée par **M^e Sophie Brochu et M^e Charles-Éric Désilets**
- Les familles **Barrette, Arpin Quesnel et Malone** (volet CHSLD Herron), Mmes **France et Diane Brissette** (volet des Moulins) et **M. Jean-Pierre Daubois** (volet Sainte-Dorothée) – Représentés par **M^e Patrick-Martin Ménard (Ménard, Martin Avocats)**
- Groupe Santé Arbec – **M. Paul Arbec** (Président et chef de la Direction)
- CISSS-Lanaudière (volet des Moulins), DRSP-Mtl (D^{re} Mylène Drouin) (volet CHSLD Herron), CIUSSS du Centre-Sud-de l'Île-de-Montréal (volet CHSLD Herron), CIUSSS du Centre-Sud-de l'Île-de-Montréal (volet Yvon-Brunet), CIUSSS Mauricie–Centre-du-Québec (volet Laflèche), CISSS de Laval (volet Sainte-Dorothée), CISSS de la Montérégie-Est (volet René-Lévesque), CISSS Chaudière-Appalaches (volet Manoir Liverpool) et l'INSPQ (volet national) – Représentés par **M^e Luc de la Sablonnière et M^e Rosalie Jalbert (Morency, Avocats)**
- CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal -Représenté par **M^e Jean-François Pedneault et M^e Amine Bakas (Monette Barakett)**
- Contentieux du Syndicat québécois des employées et employés de service, section locale 298 (FTQ) – Représenté par **M^e Damien Lafontaine**
- **Mmes Tina et Maryte Gurekas** - Filles de Mme Olga Maculedicius (volet CHSLD Herron)
- **Mme Pamela Newton** - Fille de Mme Denise Blanche Therriault (volet CHSLD Herron)
- **Mme Moira Davis** - Fille de M. Stanley E. A. Pinnell (volet CHSLD Herron)

- **Mme Christiane Boucher** - Fille de M. Denis Boucher (volet CHSLD Herron)
- **M. Luc Vincent** - Neveu de Mme Lucille Lecompte (volet CHSLD Herron)
- **M. Stéphane Bouchard** – Petit-fils de M. Florian Poissant (volet CHSLD Herron)
- **Mme Véronique Bossé** – Fille de Mme Viviane Blanchard (volet CHSLD Herron)
- **M. Wayne Allo** – Fils de Mme Thelma Jean Allo (volet CHSLD Herron)
- Dirigeants du CHSLD Herron (**Mme Samantha Chowieri et M. Andrei Stanica**) – Représentés par **M^e Alexandre Paradis (Les avocats Poupert, Touma Regroupement d’avocats autonomes)**
- **Mme Sophie Réunis** – Fille de Mme Maria Lermytte (volet CHSLD Laflèche)
- **Mme Johanne Grenier** — Fille de M. Éphrem Grenier (volet CHSLD Yvon-Brunet)
- **Mme Micheline Guimond** – Conjointe de M. Yvan Luc Brodeur (volet CHSLD René-Lévesque)
- Manoir Liverpool (M. Claude Talbot et Mme Manon Belleau) – Représentés par **M^e Amélie Dufour et M^e François Pinard-Thériault**
- **M. Nicolas Vigneault-Levesque, Mme Isabelle Levesque et Mme Julie Levesque** – Fils et sœurs de M. Jacques Levesque (volet Manoir Liverpool)

J’ai été assistée tout au long de la préparation et de la tenue de l’enquête publique par M^e Dave Kimpton et M^e Julie Roberge, procureurs aux enquêtes publiques du Bureau du coroner.

Les audiences publiques se sont déroulées aux dates suivantes :

- CHSLD des Moulins : du 29 mars au 1er avril 2021 au palais de justice de Joliette
- RPA Manoir Liverpool : du 12 au 16 avril 2021 au palais de justice de Québec
- CHSLD René-Lévesque : du 19 au 22 avril 2021 au palais de justice de Longueuil
- CHSLD Laflèche : du 26 au 29 avril 2021 au palais de justice de Shawinigan
- CHSLD Yvon-Brunet et CHSLD Sainte-Dorothée : du 7 au 23 juin 2021 au palais de justice de Laval
- CHSLD HERRON : du 7 au 21 septembre 2021 et du 25 au 27 octobre 2021 au palais de justice de Longueuil
- Volet national sur la gestion de la pandémie dans les CHSLD et le volet recommandations : du 8 au 30 novembre 2021, du 1er au 3 décembre 2021, les 10 et 14 janvier 2022 et du 17 au 20 janvier 2022

J’ai entendu 220 témoins et 1612 pièces ont été produites. Les pièces sont publiques, sauf celles qui sont interdites de publication ou de diffusion en vertu de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès (précédées d’un astérisque dans la liste des pièces à l’Annexe II).

Finalement, à titre de rappel, j’ai émis les ordonnances suivantes :

- Pour toutes les pièces visées par un astérisque, j’ai émis une ordonnance de non-publication et de non-divulgence, laquelle ordonnance sera valide pour une durée de 100 ans.
- J’ai également émis une ordonnance visant l’interdiction de prendre des photographies, des captures d’écran, de procéder à un enregistrement audio et/ou vidéo et de diffuser en direct ou en différé les audiences, à l’exception des déclarations d’ouverture.

- J'ai aussi émis une ordonnance de non-publication et de non-diffusion des noms et des prénoms du personnel soignant ayant témoigné et qui donne des soins aux résidents sans exercer quelque fonction de gestion que ce soit, à l'exception des médecins, laquelle ordonnance sera valide pour une durée de 100 ans.

ANNEXE II

LISTE DES PIÈCES

Cote	Description
C (PG)-1	Ordonnance d'enquête
C (PG)-2	Complément à l'ordonnance d'enquête
C (PG)-3	Ordonnance nomination Jacques Ramsay (assesseur)
C (PG)-4	Rapport d'enquête Herron (MSSS)
C (PG)-5	Déclaration Maria Nelson (résumé)
C (PG)-6	Déclaration Sandra Marfouk (résumé)
C (PG)-7	Déclaration Kim St-Hilaire (résumé)
C (PG)-8	Déclaration Brigitte Auger (résumé)
C (PG)-9	Rapport intervention CIUSSS (7 mai 2020)
C (PG)-10	Lettre à la ministre McCann - Katasa
C (PG)-11	Lettre Mme McVey - Katasa
C (PG)-12	Courriels et documents en liasse entre le 18 mars et le 13 avril 2020
C (PG)-13	Évaluation situation – Volet qualité Herron
C (PG)-14	Entente Herron 10 décembre 2012 – 2017-10-05
C (PG)-15	Chronologie Pandémie Herron
C (PG)-16	CHSLD Herron rapport d'agrément modifié Février 2017
C (PG)-17	Compte rendu Rencontre Herron 2019-07-31
C (PG)-18	Courriel Suivi DRahmani GIR
C (PG)-19	Courriel Suivi DRahmani GIR2
C (PG)-20	Courriel Suivi DRahmani GIR3
C (PG)-21	Courriel Suivi DRahmani GIR4
C (PG)-22	Courriel Suivi DRahmani GIR5
C (PG)-23	Courriel DRahmani (COMTL) CHSLD Herron
C (PG)-24	État situation – Volet qualité Herron tutelle 2020-04-12
C (PG)-25	État situation – Volet qualité CIUSSS pandémie 2020-04-20
C (PG)-26	État situation GIR et Qualité CIUSSS 2020-09-04
C (PG)-27	État situation Herron CIUSSS 2020-03-30
C (PG)-28	Liste des interventions au CHSLD Herron
C (PG)-29	Ordre du jour Rencontre CHSLD Herron 2019-02-01
C (PG)-30	Ordre du jour Rencontre CHSLD Herron 2019-07-31
C (PG)-31	Plan amélioration 2019
*C (PG)-32	Liste des employés + Horaire – CHSLD Herron
C (PG)-33	Schedule Herron - Week March 30 to April 12
C (PG)-34	Rapport annuel de gestion 2018-Herron
C (PG)-35	CIUSSS en bref (2021-02-13)
C (PG)-36	Ordonnance et renouvellement de la DRSP MTL
C (PG)-37	Engagement 6 (M ^e Alexandre Paradis) Rapport de visite du MSSS
C (PG)-38	Engagement 6 (M ^e Alexandre Paradis) Plan d'amélioration 2019
C (PG)-39	Déclaration audio (Témoin Sophie Caron)

C (PG)-40	Engagement 4 (Monette Barakett) Article transmis au D ^{re} Opartny par la D ^{re} Larente
C (PG)-41	Engagement 5 (Monette Barakett) Nombre de patients transférés en centre hospitalier entre le 13 mars et le 10 avril 2020
C (PG)-42	Engagement 2 (Monette Barakett) Nombre d'admissions après le 13 mars 2020
C (PG)-43	Engagement 8 (M ^{re} Alexandre Paradis) Factures avec l'agence Vuzol Santé du 22 mars au 15 avril 2020
C (PG)-44	Courriel du 8 avril 2020 de Relations médias du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal
*C (PG)-45	Situation à Herron - Journal de bord d'une infirmière auxiliaire
C (PG)-46	Courriels entre Mme Sharon Malone et Mme Tina Pettinicchi
C (PG)-47	Discussion téléphonique entre M. Peter Wheeland et une coordonnatrice du deuxième étage
C (PG)-48	Courriel de Mme Leunga sur les décès et hospitalisations à la maison Herron (2020-04-08)
C (PG)-49	Courriels entre Mme Leunga et D ^r Hermon (10 et 11 avril 2020)
C (PG)-49.1	Guide de gestion des dépouilles – COVID-19 (CIUSSS-OÎMTL)
C (PG)-50	Engagement 13 (M ^{re} Alexandre Paradis) Courriels échangés entre le CIUSSS et Herron entre le 23 mars et le 10 avril 2020
C (PG)-51	Documentation mise, et regroupée dans un cartable sur chacun des étages, à la disposition des employés pendant la pandémie
C (PG)-52	Commandes et factures - CHSLD Herron
C (PG)-53	Factures des agences de placement du 23 février au 29 mars 2021
*C (PG)-54	Tableaux des employés du 23 février au 29 mars 2020
*C (PG)-55	Tableaux des employés du 23 février au 29 mars 2020 (Agence Vuzol)
C (PG)-56	Demande de visite à Herron à Claudja Busreth par Nathalie Pigeon (29 mars 2020) Rapport de la visite de Claudja Busreth (30 mars 2020) Première communication de Nathalie Pigeon avec le D ^{re} Renée Paré de la Direction de la santé publique de Montréal (4 avril 2020)
C (PG)-57	Engagement 10 (CIUSSS-OÎMTL) Calendrier des livraisons du matériel et leurs quantités (EPI et PCI) transmis par le CIUSSS vers la maison Herron entre le 30 mars et le 6 février 2021
C (PG)-57.1	Engagement 10 (CIUSSS OÎMTL) Courriel apportant des clarifications quant à la période qui précède le 30 mars 2020
*C (PG)-58	Tableau-réponse concernant les dates de dépistage
*C (PG)-59	Appel 9-1-1 (28 mars 2020)

C (PG)-60	Appel 9-1-1 (11 avril 2020)
C (PG)-61	Courriels en liasse entre l'agence Vuzol Santé et Alexandre Mercier
C (PG)-62	Mesures additionnelles pour les aînés et priorités tests révisés (D ^{re} Drouin 12 avril 2020)
C (PG)-63	Informations mises à la disposition du personnel d'Herron par le directeur Stanica
C (PG)-64	Transmission de la vidéo de Mme Malone
*C (PG)-64.1	Vidéo de Mme Malone (Mary Ruth Wayland) filmée le 3 avril 2020 18 h 36 par Mme Tina Pettinocchi
C (PG)-65	Transmission d'une vidéo filmée par Mme Tina Pettinocchi le 19 mars 2020 à 12 h 15 dans la salle à manger du premier étage
*C (PG)-65.1	Vidéo filmée par Mme Tina Pettinocchi le 19 mars 2020 à 12 h 15 dans la salle à manger du premier étage
C (PG)-66	Transmission d'une vidéo filmée par Mme Tina Pettinocchi le 19 mars 2020 à 10 h 59 dans la salle à manger du premier étage
*C (PG)-66.1	Vidéo filmée par Mme Tina Pettinocchi le 19 mars 2020 à 10 h 59 dans la salle à manger du premier étage
*C (PG)-67	Transmission d'une photo prise par Mme Tina Pettinocchi le 24 mars 2020 à 15 h 19 de Mme Khan de la chambre 112
*C (PG)-67.1	Photo de Mme Khan 24 mars 2020 15 h 19
C (PG)-68	Échange de textos entre D ^r Hermon et Mme Tina Pettinocchi entre le 1 ^{er} et le 10 avril 2020
C (PG)-69	Engagement 23 (M ^e Alexandre Paradis) Courriels, en liasse, transmis du 20 février au 27 mars 2020
C (PG)-69.1	Engagement 23 (M ^e Alexandre Paradis) Courriel du 26 mars 2020 aux préposés aux bénéficiaires concernant le dépistage
C (PG)-69.2	Engagement 23 (M ^e Alexandre Paradis) Courriel du 26 mars 2020 à tous les employés
C (PG)-69.3	Engagement 23 (M ^e Alexandre Paradis) Courriel 25 mars 2020 à tous les employés
C (PG)-69.4	Engagement 23 (M ^e Alexandre Paradis) Courriel du 25 mars 2020 à M. Stanica de la coordonnatrice de soins concernant des recommandations pour le matériel de protection
C (PG)-70	Réponse du pharmacien concernant le protocole suivi par le pharmacien pour la distribution des médicaments en CHSLD
C (PG)-71	Engagement 25 (M ^e Alexandre Paradis) Entente contractuelle pour l'embauche du commissaire aux plaintes en décembre 2017 – Échange courriel entre M. Andrei Stanica et Mme Marie Amzallag
C (PG)-71.1	Engagement 25 (M ^e Alexandre Paradis) Entente contractuelle pour l'embauche du commissaire aux plaintes en décembre 2017 – Contrat signé 21 novembre 2017

C (PG)-72	Demande de transfert des contrats pour l'achat de places à la maison Herron et au Manoir Pierrefonds (5 octobre 2015) de Chartwell au Groupe Katasa
C (PG)-72.1	Lettre d'assentiment du transfert des contrats de Chartwell au Groupe Katasa (20 novembre 2015)
C (PG)-72.2	Addenda à l'entente de services entre le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal et la maison Herron, CHSLD - Augmentation du per diem (10 mars 2020)
C (PG)-73	Lettre de démission du comité des usagers (28 février 2017)
C (PG)-73.1	Tableau du comité des usagers
C (PG)-74	Courriel du 29 mars 2020 entre D' Hermon et Mme Chowieri - Procédure pour l'identification des contacts
C (PG)-74.1	Procédure pour l'identification des contacts – Usagers (version anglaise)
C (PG)-75	Courriel du 4 avril 2020 de Mme Brigitte Auger à Samantha Chowieri – Demande des coordonnées complètes de tous les membres du personnel de la maison Herron
C (PG)-76	Textos du 29 mars 2020 10 h 59 entre Mme Kim St-Hilaire et Mme Samantha Chowieri – Agences à contacter
C (PG)-77	Textos du 29 mars 2020 5 h 24 entre Mme Kim St-Hilaire et Mme Samantha Chowieri – Confirmation de la présence d'une infirmière et une PAB le 29 mars 2020 et une personne le 30 mars 2020
C (PG)-78	Représentations de la famille de feu Stanley E. Pinnell
C (PG)-79	Représentations de la famille de feu Denis Boucher
C (PG)-80	Représentations de la famille de feu Olga Maculedicius
*C (PG)-81	Horaire du personnel de Vuzol Santé pour la période du 22 mars au 11 avril 2020
*C (PG)-82	Liste du personnel de Vuzol Santé transmise à M. Alexandre Mercier (6 mai 2020)
C (PG)-83	Engagement 18 (CIUSSS OÎMTL) – Courriel du 29 ou 30 mars d'une employée destiné aux médias
C (PG)-84	Engagement 19 (CIUSSS OÎMTL) – Horaire de travail couvrant le 22 mars au 18 avril pour le CHSLD Herron
C (PG)-85	Engagement 7 (CIUSSS OÎMTL) – Le nom de la personne citée en exemple par la témoin S.L. (salle de bain – 3 ^e plancher)
C (PG)-86	Engagement 20 (CIUSSS OÎMTL) Contrat entre l'agence Vuzol Santé et le CIUSSS concernant le CHSLD Herron

C (PG)-87	Engagement 24 (CIUSSS O�MTL) Le nombre de résidents transférés en centre hospitalier entre le 1 ^{er} et le 30 avril 2020
C (PG)-88	Contrat - Commissaire aux plaintes et à la qualité des services (21 novembre 2017)
C (PG)-88.1	Description des fonctions – Commissaire aux plaintes et à la qualité des services
C (PG)-88.2	CHSLD Herron -Rapport annuel de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services 2017-2018
C (PG)-88.3	CHSLD Herron - Rapport annuel de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services 2018-2019
C (PG)-89	Résumé du visionnement de la caméra 4 - CHSLD Herron (28 au 30 mars 2020)
C (PG)-90	Textos de Mme Pavelco � M. Stanica
C (PG)-90.1	Traduction des textos du roumain vers le français
C (PG)-91	Courriel de Mme Paradis � Mme Hachimi-Idressi sur la gestion des médicaments (10 avril 2020)
C (PG)-92	Engagement 15 (M� Alexandre Paradis) – Profil (formulaire d'admission) du patient transféré (M. Leon Barrette)
C (PG)-93	Engagement 14 (M� Alexandre Paradis) - échange texto et courriels entre Tina Pettinicchi et D�r Hermon entre le 27 mars et le 15 avril 2020
C (PG)-94	Engagement 1 (DRSP MTL) - Le premier cas déclaré de COVID-19 positif Herron chez un travailleur ou un résident
C (PG)-95	Engagement 3 (DRSP MTL) - La nature de la liste de travailleurs de la santé obtenue par la DRSP le 5 avril 2020
C (PG)-96	Transmission de la page Smartsheet de la CCMU concernant Herron
C (PG)-96.1	Extrait Smartsheet CCMU – maison Herron
C (PG)-96.2	Extrait notes – Herron_CODIR 4 avril
C (PG)-97	échange de courriels du 29 mars 2020 – Demandes d'ajout de main-d'œuvre (CIUSSS)
C (PG)-98	Soutien offert par le personnel du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'�le-de-Montréal du 29 mars au 5 avril 2020
C (PG)-99	Courriel du CIUSSS � Mme Choweiri – Recommandations de prévention des infections suite à l'éclosion de cas COVID-19 dans votre établissement (29 mars 2020)
C (PG)-99.1	Avis d'éclosion COVID-19 – CHSLD Herron (29 mars 2020)
C (PG)-100	Documentation liée aux soins palliatifs – Courriel du 9 avril 2020 (CIUSSS)
C (PG)-100.1	Effets secondaires des opio�ides
C (PG)-100.2	Gestion pharmacologique de la douleur – Opio�ide � libération immédiate
C (PG)-100.3	Gestion pharmacologique de la douleur – Paramètres pharmacocinétique des formulations transmuqueuses d'opio�ide à action très rapide

C (PG)-100.4	Les signes et symptômes de l'agonie et les soins d'assistance et les soins de confort (PAB et infirmière auxiliaire)
C (PG)-100.5	Les soins post-mortem (PAB et infirmière auxiliaire)
C (PG)-100.6	Résumé des types de douleurs
C (PG)-100.7	Urgences palliatives – Compression de la moëlle épinière
C (PG)-100.8	Urgences palliatives – Convulsions
C (PG)-100.9	Urgences palliatives – Délirium
C (PG)-100.10	Urgences palliatives – Détresse respiratoire
C (PG)-100.11	Urgences palliatives – Hémorragie
C (PG)-100.12	Urgences palliatives – Hypercalcémie
C (PG)-100.13	Urgences palliatives – Occlusion intestinale
C (PG)-100.14	Urgences palliatives – Syndrome de la veine cave supérieure
C (PG)-100.15	Accompagnement de l'infirmière
C (PG)-100.16	Accompagnement des enfants et adolescents
C (PG)-100.17	Accompagnement du PAB et de l'infirmière auxiliaire
C (PG)-101	CHSLD Herron – Rapport - Tests de dépistage (29 mars 2020 au 3 septembre 2020)
C (PG)-102	Constats de la DSI des actions à prendre et interventions en cours (4 avril 2020)
C (PG)-102.1	Constats DSI et suivis – Visite CHSLD Herron (4 avril 2020)
C (PG)-103	Dates : <i>Forces du nous</i> , formation au Holiday Inn pour la Croix-Rouge et les Forces armées canadiennes
C (PG)-103.1	Nos résidents et employés en CHSLD ont besoin d'aide : Vous pouvez faire une différence! (<i>Force du nous</i>)
C (PG)-103.2	Appel à la mobilisation au personnel et aux gestionnaires (9 avril 2020)
C (PG)-104	Dates de l'entente avec la Croix-Rouge et le déploiement des Forces armées canadiennes
C (PG)-104.1	Déploiement des renforts militaires supplémentaires - Communiqué de presse (29 avril 2020)
C (PG)-105	Ordonnance de la DRSP visant le CHSLD Herron (7 avril 2020)
C (PG)-106	Poursuite des dispositions de l'ordonnance visant le CHSLD Herron (11 septembre 2020)
C (PG)-107	Courriel de la sous-ministre à M ^e Anthony Robert - Modification de l'acte constitutif de la personne morale Centre d'hébergement et de soins de longue durée Herron inc. (13 novembre 2020)
C (PG)-108	Cessation de l'ordonnance visant le CHSLD Herron (18 novembre 2020)
C (PG)-109	Engagement 9 (M ^e Alexandre Paradis) - Horaire de travail des gens étant réellement présents le 29 mars 2020 (jour et soir)

C (PG)-110	Engagement 22 (M ^e Alexandre Paradis) - Journal de confirmation du pharmacien concernant le dépannage des médicaments [entre le 30 mars et le 10 avril 2020]
C (PG)-111	Engagement 26 (M ^e Alexandre Paradis) - Messages textos entre une infirmière auxiliaire et Mme Choweiri autour du 5 avril 2020
C (PG)-112	Engagement 27 (CIUSSS OIMTL / M ^e Emmanuelle Poupart) - Obtenir les courriels ou les messages textes (texto) où la D ^{re} Nadine Larente a communiqué avec les médecins pour obtenir de l'aide pour Herron (principalement entre le 29 mars et le 10 avril 2020)
C (PG)-113	Complément d'informations de la D ^{re} Larente sur la couverture médicale à la maison Herron
C (PG)-113.1	Échange de courriels suite au reportage de CTV (1 ^{er} avril 2020)
C (PG)-113.2	Échange de courriels avec les médecins de Herron concernant une employée en attente d'un résultat de test (1 ^{er} avril 2020)
C (PG)-113.3	Courriel entre la D ^{re} Larente et Mme Martine Daigneault sur la proposition du D ^r Hermon (8 avril 2020)
C (PG)-113.3	Courriel du D ^r Hermon et les tournées médicales
C (PG)-113.3.1	Exemple de constat de décès
C (PG)-113.4	Liste de patients par étage et par médecin qui devraient être vus
C (PG)-113.5	Courriel de demande d'aide par la D ^{re} Larente auprès de médecins (26 mars 2020)
C (PG)-113.6	Mécanismes de communication pour les médecins des milieux d'hébergement (21 mars 2020)
C (PG)-113.7	Échange de courriels – Demande de conseils suite au premier décès à Herron (27 mars 2020)
C (PG)-113.8	Explication pour les retards de dépistage (27 et 28 mars 2020)
C (PG)-113.9	Réponse à une des demandes d'aide par la D ^{re} Larente (10 avril 2020)
C (PG)-113.10	Mobilisation des employés - Appel à tous aux gestionnaires de la DSP (10 avril 2020)
C (PG)-113.11	Mise en place de la liste de garde pour les constats de décès en CHSLD (10 avril 2020)
C (PG)-113.12	Échange de courriels pour l'établissement de la liste de garde pour les constats de décès (9 avril 2020)
C (PG)-113.13	Mise à jour sur le dépistage SRAS-CoV-2 (31 mars 2020)
C (PG)-113.14	Réaffectation d'un médecin délesté (9 avril 2020)
C (PG)-113.15	Recherche de médecins pour les constats à distance (7 au 9 avril 2020)
C (PG)-113.16	Autre courriel de demande de médecins délestés (8 avril 2020)
C (PG)-113.17	Désignation de l'Hôpital du général du Lakeshore comme centre de soins COVID-19+ (6 avril 2020)

C (PG)-113.18	Discussion pour mettre en place une garde régionale pour la couverture médicale des RPA (5 avril 2020)
C (PG)-113.19	Adhérence des médecins à une entente sur la prestation continue de services médicaux
C (PG)-113.19.1	Lettre d'entente n° 327 (Amendement n° 168) – Prestation continue de services médicaux dans un établissement ayant la mission d'un CHSLD (30 avril 2018)
C (PG)-113.19.2	Lettre d'entente n° 327 (Amendement n° 180) – Prestation continue de services médicaux dans un établissement ayant la mission d'un CHSLD (24 avril 2019)
C (PG)-113.20	Listes des disponibilités des médecins jusqu'à la mi-avril 2020
* C (PG)-113.20.1	Disponibilités des médecins (17 avril 2020)
* C (PG)-113.20.2	Disponibilités des médecins spécialistes (23 mars 2020)
* C (PG)-113.20.3	Disponibilités des médecins spécialistes (23 mars 2020) (2 ^e liste)
* C (PG)-113.20.4	Disponibilités des médecins spécialistes (2 avril 2020)
C (PG)-113.21	Courriel du D ^{re} Larente - Demande d'aide de la part de médecins (17 mars 2020)
C (PG)-113.22	Tableaux de disponibilités des médecins et liste des besoins (16 mars 2020)
C (PG)-113.22.1	Disponibilités des médecins
C (PG)-113.22.2	Liste des besoins
C (PG)-113.23	Bulletin de la DSP (24 mars 2020)
C (PG)-113.23.1	Bulletin spécial de la DSP
C (PG)-113.23.2	DSP Special newsletter
C (PG)-113.24	Message de la DSP – Pandémie (13 mars 2020)
C (PG)-113.24.1	Mot de la DSP - Pandémie
C (PG)-113.24.2	Message of the DSP – Pandemic
C (PG)-113.25	Ébauche du Bulletin spécial de la DSP #3 (8 avril 2020)
C (PG)-113.25.1	Bulletin spécial de la DSP (ébauche)
C (PG)-113.26	Bulletin spécial de la DSP – COVID-19 # 2 (25 mars 2020)
C (PG)-114	Engagement 16 (CIUSSS OÎMTL) - Directive concernant les effets personnels des résidents décédés
C (PG)-114.1	Engagement 16 (CIUSSS OÎMTL) – Guide de gestion des dépouilles en CHSLD (COVID-19)
C (PG)-115	Engagement 17 (CIUSSS OÎMTL) - Rapports quotidiens pour les trois quarts de travail pour la période du 30 mars au 10 avril 2020)
C (PG)-116	Engagement 21(CIUSSS OÎMTL) - Constats DSI actions à prendre et interventions en cours
C (PG)-116.1	Engagement 21 (CIUSSS OÎMTL) — Constats DSI et suivis — Visite CHSLD maison Herron le 4 avril 2020

C (PG)-116.2	Engagement 21 (CIUSSS OÎMTL) — État de la situation Mise en tutelle CHSLD Herron — DST Service hygiène salubrité buanderie lingerie
C (PG)-117	Engagement 28 (CIUSSS OÎMTL) — Contrat avec TACT Intelligence Conseil — Gestion des relations publiques 1 ^{re} vague (signature 10 avril 2020)
C (PG)-118	Confirmation écrite de l'entente locale conclue le 1 ^{er} avril 2020 en lien avec l'arrêté 007 - Courriel de Vincent Lehouillier en date du 2 avril approuvant le plan de déploiement
C (PG)-119	Engagement 11 (M ^e Emmanuelle Poupart) – Courriels échangés entre le CIUSSS et le D ^{re} Orly Hermon (Déclaration assermentée 19 novembre 2021)
*C (PG)-119.1	Notes cliniques — Onglet 1 — Déclaration assermentée du D ^{re} Orly Hermon (19 novembre 2021)
C (PG)-119.2	Directives émises par le CIUSSS — Onglet 2 — Déclaration assermentée du D ^{re} Orly Hermon (19 novembre 2021)
C (PG)-119.3	Demande de suivi des résidents testés (courriel du 30 mars 2021) du D ^{re} Hermon aux infirmières et à Mme Tina Pettinicchi — Onglet 3 — Déclaration assermentée du D ^{re} Orly Hermon (19 novembre 2021)
C (PG)-119.4	Demande de consignes pour le dépistage — Courriel (6 avril 2020) du D ^{re} Orly Hermon à Mme Martine Daigneault — Onglet 4 - Déclaration assermentée du D ^{re} Orly Hermon (19 novembre 2021)
C (PG)-119.5	Récapitulatif d'une conférence téléphonique avec le CIUSSS (Courriel du 7 avril 2020) — Onglet 5 — Déclaration assermentée du D ^{re} Orly Hermon (19 novembre 2021)
*C (PG)-119.6	Constats de décès transmis à distance — Onglet 6 — Déclaration assermentée du D ^{re} Orly Hermon (19 novembre 2021)
C (PG)-119.7	Courriels et messages textes échangés entre le Dre Orly Hermon et le CIUSSS — Onglet 7 — Déclaration assermentée du D ^{re} Orly Hermon (19 novembre 2021)
C (PG)-119.8	Directives cliniques aux professionnels et au réseau pour la COVID-19 (MSSS) et Avis aux médecins omnipraticiens (Fédération des médecins omnipraticiens du Québec) — Onglet 8 — Déclaration assermentée du D ^{re} Orly Hermon (19 novembre 2021)

LISTE DES PIÈCES

Cote	Description
C (LG)-1	Ordonnance d'enquête
C (LG)-2	Complément à l'ordonnance d'enquête
C (LG)-3	Ordonnance nomination Jacques Ramsay Assesseur
*C (LG)-4	Dossier médical Hôpital Pierre-Le Gardeur
*C (LG)-5	Dossier médical CHSLD des Moulins
*C (LG)-6	Fiche de liaison urgence du 6 mars 2020
*C (LG)-7	Notes évolutives 4 mars au 13 avril 2020
*C (LG)-8	Formulaire de traitement mars 2020
*C (LG)-9	Ordonnances Médicaments à partir du 5 mars 2020
*C (LG)-10	Suivi pharmacologique 5 mars 2020 - Zona
*C (LG)-11	Formulaire d'administration des médicaments 28 fév. au 23 mars 2020
*C (LG)-12	Bilan comparatif médicament 12 mars 2020
*C (LG)-13	Évaluation physiothérapie par A. G., 16 et 17 mars 2020
*C (LG)-14	Plan de nutrition 18 mars 2020 par N. K.
*C (LG)-15	Enregistrement des selles mars 2020
*C (LG)-16	Surveillance d'usager recevant narcotiques
*C (LG)-17	Feuille de masse (poids)
*C (LG)-18	Niveau de soins du 30 mars 2020
*C (LG)-19	Suivi d'éclosion virus respiratoire 11-12 avril 2020
*C (LG)-20	Protocole fin de vie et notes md constat de décès
*C (LG)-21	Feuille sommaire de décès rempli par md
*C (LG)-22	Rapports chutes et suivi pour incidents du 13, 16, 25 et 28 mars 2020
*C (LG)-23	Services médicaux assurés RAMQ
*C (LG)-24	Rapport d'expertise en toxicologie – 27 mai 2020
*C (LG)-25	Examen externe d'un cadavre
*C (LG)-26	Bulletin de décès
C (LG)-27	Rapport d'Agrément Canada – visite novembre 2019
C (LG)-28	Sommaire d'Agrément Canada
C (LG)-29	Rapport de visite d'évaluation CHSLD des Moulins – 10 mars 2020
C (LG)-30	Lettre du ministère demandant un plan d'amélioration – 15 mai 2020
C (LG)-31	Lettre du CISSS à GSA - visite du 22 sept. 2020
C (LG)-32	Lettre réponse de GSA – 27 novembre 2020
C (LG)-33	Outil d'évaluation CHSLD des Moulins – 10 avril 2020 (CISSS)
C (LG)-34	Suivi des recommandations CHSLD des Moulins 21 avril 2020
C (LG)-35	Plan d'amélioration de GSA

*C (LG)-36	Lettre réponse du CISSS au citoyen – 19 novembre 2020
C (LG)-37	Réponse aux recommandations reliées à la plainte – 7 décembre 2020
C (LG)-38	Communiqué de presse — Réponse aux reportages TVA et SRC — 22 avril 2020
C (LG)-39	Communiqué aux employés – 12 mars 2020 16 h
C (LG)-40	Communiqué aux employés – 13 mars 2020 11 h 30
C (LG)-41	Communiqués aux employés – 13 mars 2020 16 h 30
C (LG)-42	Communiqué aux employés — 13 mars 2020 – 17 h 15
C (LG)-43	Communiqué aux employés – 15 mars 2020 16 h 15
C (LG)-44	Communiqué aux employés – 15 mars 2020 19 h 30
C (LG)-45	Communiqué aux employés – 18 mars 2020 16 h 30
C (LG)-46	Communiqué aux employés – 2 avril 2020 11 h
C (LG)-47	Communiqué aux employés - 4 mai 2020
C (LG)-48	Communiqué aux employés – 20 mai 2020
C (LG)-49	Communiqué aux gestionnaires – 16 mars 2020 11 h
C (LG)-50	Communiqué aux gestionnaires – 16 mars 2020 16 h
C (LG)-51	Communiqué aux gestionnaires – 17 mars 2020 16 h 30
C (LG)-52	Communiqué aux gestionnaires – 19 mars 2020 17 h
C (LG)-53	Communiqué aux gestionnaires – 23 mars 2020 16 h
C (LG)-54	Communiqué aux gestionnaires – 26 avril 2020
C (LG)-55	Communiqué aux gestionnaires – 4 mai 2020
C (LG)-56	Port de l'EPI – Coordination des soins — DSI 23 avril 2020
C (LG)-57	Courriel de Katherine Hébert (Témoignage) – 14 avril 2020
* C (LG)-58	Déclaration audio conjointe de Mmes Diane Brissette et France Brissette
C (LG)-59	Lettre du CISSS à GSA - 13 avril 2020
C (LG)-60	Lettre du CISSS à GSA – 17 avril 2020
C (LG)-61	Rapport CHSLD des Moulins – 29 juillet 2020
C (LG)-62	Structure organisationnelle GSA – 15 juin 2020 (Témoignage Audrey Bouchard)
C (LG)-63	Tableau bilan COVID-19, vague 1, et communiqués GSA (Témoignage Audrey Bouchard)
C (LG)-64	Directive ministérielle DGAPA-004 [Rôles et responsabilités des CHSLD et des RPA dans le contexte de la gestion de la COVID-19]
C (LG)-65	Consignes pour les CHSLD (MSSS)

C (LG)-66	Effectifs CISSS-LAN déployés au CHSLD (11 au 22 avril 2020)
C (LG)-67	Intervention auprès établissements privés (MSSS) – Octobre 2019
C (LG)-68	Entente entre GSA et ASSS-LAN – 14 mai 2014
C (LG)-69	Groupe santé Arbec – CHSLD des Moulins
C (LG)-70	Déclaration audio de Mme Mireille Fequière
C (LG)-71	Résumé de déclaration (Témoign Mireille Fequière)
C (LG)-72	Protocole sur les mesures de contrôle – GSA (printemps 2020)
C (LG)-73	Résumé de déclaration (Témoign M. B.)
C (LG)-74	Réponse PARbec_ENG-8_(Grille horaire_ridelles)
C (LG)-75	Engagement 9 (Témoign N.K.)
C (LG)-76	Résolution de l'engagement 13
C (LG)-77	Eng12_Rapport quotidien_6 au 12_avril_2020
C (LG)-78	Gauthier Lucille – courriel F. Brissette 10 et 11 avril 2020
C (LG)-79	Engagement 14 - Consigne pour les CHSLD (MSSS) au 16 mars 2020
C (LG)-80	Engagement 15 – Échange courriel entre la nutritionniste et Mme Bourque entre le 15 mars et le 15 avril 2020
C (LG)-81	Engagement 1 – Nombre d'employés qui ont travaillé au CHSLD Émile McDuff et qui ont également travaillé au CHSLD des Moulins
C (LG)-82	Engagement 2 – Fiche d'enquête concernant la première personne connue infectée au CHSLD des Moulins
C (LG)-83	Engagement 10 – Demande du D ^{re} Marchand à Nadine Gauthier en date du 20 mars 2020
C (LG)-84	Engagement 3 (CISSS-LAN) – Première directive de la DRSP pour le port du masque
C (LG)-85	Engagement 4 (CISSS-LAN) – Date de signature de l'addenda 3 (C (LG)-68)
C (LG)-86	Engagement 6 (CISSS-LAN) – PV concernant la rencontre avec les CHSLD publics et privés précédant la pandémie (octobre 2019)
C (LG)-87	Engagement 11 (CISSS-LAN) — Courriel transmis par l'équipe médicale du PDG au CISSS-LAN (12 avril 2020) (CISSS-LAN) -
C (LG)-88	Engagement 5 (CISSS-LAN) - Tout document en lien avec une entente intérimaire afin d'augmenter le nombre de lits de 102 à 108
C (LG)-89	Engagement 7 (Groupe Santé Arbec) - Protocole concernant les mesures de contention

LISTE DES PIÈCES

Cote	Description
C (AJM)-1	Ordonnance d'enquête
C (AJM)-2	Complément à l'ordonnance d'enquête
C (AJM)-3	Ordonnance nomination Jacques Ramsay Assesneur
* C (AJM)-4	Dossier médical Anna José Maquet CHSLD Sainte-Dorothée
C (AJM)-5	Accueil nouvel employé CHSLD – 30 avril 2020
C (AJM)-6	Plan formation aux PDSB COVID-19 – Avril 2020 (révisé mai 2020)
C (AJM)-7	Communiqué mesure de prévention additionnelle – 6 avril 2020
C (AJM)-8	Fiche prévention – Droit refus travail (2020-04-22)
C (AJM)-9	Usager COVID-19 – Interventions PCI (17 avril 2020)
C (AJM)-10	Communiqué PDSB – 6 mai 2020
C (AJM)-11	Réponse à la CNESST — Sainte-Dorothée — 24 avril 2020
C (AJM)-12	Rapport intervention CNESST – 2 juillet 2020
C (AJM)-13	Liste des documents et classification (Témoign Régis Pearson) retirée de la liste des pièces le 14 juin 2021.
C (AJM)-14	Guide pour l'adaptation de l'offre de services en centre d'hébergement et de soins de longue durée en situation de pandémie COVID-19 (MSSS) (version du 11 mars 2020)
C (AJM)-15	Consignes COVID-19 RPA, CHSLD et RI-RTF concernant les aînés ou personnes vulnérables à être diffusées par les établissements du réseau
C (AJM)-16	Couverture pharmaceutique liée aux mouvements de clientèle - Lignes directrices (MSSS) (24 mars 2020)
C (AJM)-17	Procédure de signalement COVID-19 des nouveaux cas, des hospitalisations, des décès ou cas rétablis à la Direction de santé publique pour les résidents des CHSLD privés, RI et RPA (version 25 mai 2020)
C (AJM)-18	Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans les CHSLD : recommandations intérimaires (18 mars 2020)
C (AJM)-19	Orientations complémentaires concernant les CHSLD, RI-RTF et RPA (MSSS) (24 mars 2020)
C (AJM)-20	Priorités cliniques en matière de dépistage COVID-19 (MSSS) (23 mars 2020)
C (AJM)-21	Recommandations de priorisation des tests pour COVID-19 (MSSS) (23 mars 2020)

C (AJM)-22	Plan de délestage des usagers en NSA dans les centres hospitaliers du réseau de la santé et des services sociaux (MSSS) (version 16 mars 2020)
C (AJM)-23	Consignes pour les CHSLD (MSSS) (mise à jour 21 mars 2020)
C (AJM)-24	Tenue vestimentaire et procédures de prévention et de contrôle des infections (21 mars 2020)
C (AJM)-25	Avis de suspension des visites (14 mars 2020)
C (AJM)-26	Guide pour l'adaptation de l'offre de service en CHSLD en situation de COVID-19 (MSSS) (version 12 mars 2020)
C (AJM)-27	Consigne pour les différentes zones COVID-19 (24 mars 2020)
C (AJM)-28	Directives à être mises en place, dès le 25 mars pour le transfert en centre hospitalier (MSSS) (18 mars 2020)
C (AJM)-29	Consignes générales pour les CHSLD (16 mars 2020)
C (AJM)-30	Consignes pour les CHSLD, RPA et RI en lien avec la COVID-19 (CISSS-Laval) (13 mars 2020)
C (AJM)-31	Consignes générales pour les CHSLD (mise à jour 3 avril 2020)
C (AJM)-32	Consignes pour les zones tampons (29 avril 2020)
C (AJM)-33	Schéma : Admission ou retour en CHSLD après un séjour en centre hospitalier ou admission en CHSLD en provenance de la communauté
C (AJM)-34	Directives pour la création de zones tampons (MSSS) (29 avril 2020)
C (AJM)-35	Procédure de signalement COVID-19 des nouveaux cas, des hospitalisations ou cas rétablis (CISSS-Laval) (mise à jour 23 juillet 2020)
C (AJM)-36	Lettre – Plan de délestage des usagers en niveau de soins alternatifs (NS) (MSSS) (19 mars 2020)
C (AJM)-37	Précautions nécessaires en lien avec les réaffectations des travailleurs de la santé (incluant les médecins) dans les CHSLD (25 avril 2020)
C (AJM)-38	Annexe : Recommandations concernant les prélèvements et analyses TAAN pour la COVID-19 dans les CHSLD (25 avril 2020)
C (AJM)-39	Mesures en prévention et contrôle des infections – recommandations pour les différents milieux (23 avril 2020)
C (AJM)-40	Recommandations intérimaires sur les mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins aigus (INSPQ) (6 février 2020)

C (AJM)-41	Mesures générales d'utilisation optimale des équipements de protection individuelle (EPI) (CISSS-Laval) (18 mars 2020)
C (AJM)-42	Procédure — Revêtir et retirer l'équipement de protection individuelle — Maladies respiratoires sévères infectieuses (CISSS-Laval) (6 mars 2020)
C (AJM)-43	Résumé des directives ministérielles – cliniques – trajectoire des personnes : patients et professionnels MSSS (à partir du 3 avril 2020)
C (AJM)-44	Suivi des directives ministérielles – fonctionnelles : soutien aux activités cliniques (à partir du 3 avril 2020)
C (AJM)-45	Liste des employés ayant contracté la COVID-19 et liste des employés qui ont démissionné
C (AJM)-46	Relevé de notes du Centre d'hébergement Sainte-Dorothée pour la période du 12 mars 2020 au 1 ^{er} mai 2020
C (AJM)-47	Arrêté ministériel 2020-07 sur la mobilité du personnel dans le réseau
C (AJM)-48	Avis présenté au Commissaire à la santé et au bien-être dans le cadre du mandat sur la performance du système de santé et de services sociaux effectué en période d'état d'urgence sanitaire (COVID-19) (Enquête sur la performance des soins aux aînés/COVID-19)
C (AJM)-49	Rapport d'enquête de M. Benoît présenté au MSSS sur l'éclosion de la COVID à Sainte-Dorothée durant la 1 ^{re} vague
C (AJM)-50	Rapport du protecteur du citoyen sur la COVID-19 dans les CHSLD durant la 1 ^{re} vague de la pandémie
C (AJM)-51	COVID-19 Relation entre les partenaires en soutien aux établissements (DSP, PCI, Gestionnaire de programme du CISSSL)
C (AJM)-52	Organigramme du CISSSL
C (AJM)-53	Graphique sur le nombre de cas COVID-19 selon la date de déclaration (1 ^{er} janvier au 2 juin 2020)
C (AJM)-54	Rapport de visite d'évaluation de la qualité de milieu de vie du CHSLD Sainte-Dorothée (23 et 24 avril 2019)
C (AJM)-55	Lettre du Protecteur du citoyen à M. Yves Carignan, président du conseil d'administration du CISSSL
C (AJM)-56	Rapport d'agrément du CISSSL (8 octobre 2015)
C (AJM)-57	Tableau des cadres du CHSLD Sainte-Dorothée
C (AJM)-58	Tableau du personnel du CHSLD Sainte-Dorothée (26 avril au 23 mai 2020)

C (AJM)-59	Correspondance entre Mme Marie-France Jobin et Mme Josée Prévost sur la diffusion de vidéos PCI dans les CHSLD du CISSSL
C (AJM)-60	Lettre de suivi du rapport d'intervention du Protecteur du citoyen à M. Yves Carignan, président du conseil d'administration du CISSSL
C (AJM)-61	Communiqué sur les nouvelles directives pour les CHSLD concernant le COVID-19 (25 mars 2020)
C (AJM)-62	Messages clés sur le cas diagnostiqués positifs à la COVID-19 au CHSLD Sainte-Dorothée
C (AJM)-63	Messages clés sur les directives du suivi auprès des familles au CHSLD Sainte-Dorothée (30 mars 2020)
C (AJM)-64	Communiqué interne du CISSSL sur la mesure de prévention additionnelle de la COVID-19 (6 avril 2020)
C (AJM)-65	Note de service de M. Régis Pearson à tout le personnel du CHSLD Sainte-Dorothée annonçant le dépistage de la COVID-19 pour l'ensemble des employés
C (AJM)-66	Compte-rendu de la rencontre du comité de coordination des mesures d'urgences du CISSSL (13 mars 2020)
C (AJM)-67	Communiqué interne sur l'éclosion de la COVID-19 dans le CHSLD Sainte-Dorothée (27 mars 2020)
C (AJM)-68	Communiqué interne sur l'éclosion de la COVID-19 dans le CHSLD Sainte-Dorothée (30 mars 2020)
C (AJM)-69	Communiqué interne sur éclosion de la COVID-19 dans le CHSLD Sainte-Dorothée (31 mars 2020)
C (AJM)-70	Arbre décisionnel des cas suspectés de COVID-19 dans les hébergements du CISSSL (avril 2020)
C (AJM)-71	Arbre décisionnel du PCI concernant les cas suspects de COVID-19 en attente de résultats en hébergement (avril 2020)
C (AJM)-72	Arbre décisionnel du PCI concernant les cas suspects de COVID-19 avec résultats en hébergement (avril 2020)
C (AJM)-73	Arbre décisionnel du PCI concernant les cas suspects de COVID-19 en attente de résultats en hébergement (mars 2020)
C (AJM)-74	Arbre décisionnel du PCI concernant les cas suspects de COVID-19 avec résultats en hébergement (mars 2020)
C (AJM)-75	Chronologie des événements au CHSLD Sainte-Dorothée
C (AJM)-76	Courriel de D ^r Olivier Haeck sur la situation du CHSLD Sainte-Dorothée et la relation de dépistage à large échelle

C (AJM)-77	Formulaire « Risque pour le travailleur » rempli par M. Hugo Forget, infirmier
C (AJM)-78	Engagement 4 Nombre total de cas au CHSLD Sainte-Dorothée (211) et le nombre total de décès (102)
C (AJM)-79	Photographies de la zone rouge – CHSLD Sainte-Dorothée
C (AJM)-80	Consignes pour les interventions médicales générant des aérosols par l'INSPQ
C (AJM)-81	Consignes pour le service de prévention et contrôle des infections du CISSS de Laval
C (AJM)-82	Conditions de travail dans les CHSLD – Courriel d'une préposée aux bénéficiaires (31 mars 2020)
C (AJM)-83	Problèmes avec la protection des travailleurs de la santé [Lettre de Marjolaine Aubé STT du CISSS de Laval - CSN) à M. Gagné – 2 avril 2020]
C (AJM)-84	Revendications du STT CISSS Laval – CSN (Courriel de Marjolaine Aubé 2 avril 2020)
C (AJM)-84.1	Réponses aux revendications du STT CISSS Laval-CSN (5 avril 2020)
C (AJM)-85	Distribution des visières (Courriel CISSS Laval à STT du CISSS Laval – CSN 28 avril 2020)
C (AJM)-86	Courriel de Julie Lamarche à Marjolaine Aubé – Partage d'un article à la santé publique et à la prévention et contrôle des infections
C (AJM)-86.1	Récit d'une éclosion contrôlée (Patrick Duquette 24 avril 2020) https://www.ledroit.com/chroniques/recit-dune-eclosion-controlee-b544f7642ca436e7d07e4f105712ca4d
C (AJM)-87	Photographies des lunettes fournies par le CHSLD
C (AJM)-88	Déclaration de Mme E. T., infirmière auxiliaire (15 octobre 2020)
C (AJM)-89	Tableau sur la disponibilité des RH en CHSLD
C (AJM)-90	Chronologie des interventions
C (AJM)-90.1	Engagement 28 (CISSS Laval) – Tableaux de bord : Plan sur la pandémie, plan fourni au syndicat, plan équipements (masques, jaquettes, protections oculaires)
C (AJM)-91	Stratégie d'allocation et de gestion des EPI (21 février 2020)
C (AJM)-92	Mesure de prévention additionnelle – COVID-19 (CISSS Laval 6 avril 2020)
C (AJM)-93	Engagement 6 : Formulaire de l'appel téléphonique aux familles : « Feuille de suivi auprès des familles »
C (AJM)-94	Engagement 8 : Protocole de détresse respiratoire et les recommandations de D ^{re} Marjorie Tremblay du 9 avril 2020
C (AJM)-94.1	Engagement 8 (CISSS-Laval) : Protocole de biberon de morphine

C (AJM)-95	<p>Engagement 2 : Valider auprès de D^r Trépanier s'il y a eu une enquête de l'INSPQ telle que réfléchi le 8 avril 17 h au CCMU (annexe 6 du Rapport d'Yves Benoît, pièce C(AJM)-49);</p> <p>Engagement 7 : Nombre de transports hospitaliers en avril 2020 et si possible, le nombre de niveaux de soin A-B-C-D avant et pendant la pandémie</p> <p>Engagement 11 : Identifier les signatures des infirmières pièce C(AJM)-4 p. 53 et 56</p>
* C (AJM)-96	Engagement 15 : Liste des employés du CHSLD Sainte-Dorothée ayant été dépistés (7, 8 et 9 avril 2020)
* C (AJM)-97	Historique d'un test de dépistage d'une préposée aux bénéficiaires
C (AJM)-98	Courriel du SIIIAL à Mme Lamarche dénonçant des problématiques à Sainte-Dorothée (6 avril 2020)
C (AJM)-99	Engagement 20 (FSQ-SIIIAL-CSQ) : Rapport CNESST daté du 12 avril et du 1 ^{er} mai 2020
C (AJM)-100	Engagement 22 (FSQ-SIIIAL-CSQ) : Compte-rendu d'espionnage - Courriel au D ^r Haeck (4 avril 2020)
C (AJM)-101	Engagement 24 (FSQ-SIIIAL-CSQ) : Courriel de Francis Gilbert (SIIIAL) à Julie Lamarche (CISSSLAV) et réponse (4 avril 2020)
C (AJM)-102	Engagement 19 (APTS) : Moyens priorités pour répondre aux préoccupations du personnel face à la pandémie de la COVID (CISSS-Laval)
C (AJM)-103	Déclaration de Mme France Choquette (8 avril 2021)
C (AJM)-104	Engagement 10 (CISSS-Laval) : Les règles du CISSS Laval en ce qui a trait aux CEPI
C (AJM)-105	<p>Engagement 14 (CISSS-Laval) : Protocole de désinfection des chariots alimentaires et non utilisation de la vaisselle jetable</p> <p>Engagement 30 (CISSS-Laval) Protocole de désinfection des chariots et la réponse de la DRH</p>
C (AJM)-106	Textos échangés entre une employée et la coordonnatrice du site Mme Julie Proulx
C (AJM)-107	Engagement 17 (FSSS-CSN) : COVID-19 : les leçons du dépistage à grande échelle de l'Islande (Étienne Leblanc, ICI Radio-Canada.ca, 9 avril 2020)
C (AJM)-108	Courriel du Bureau du coroner concernant la réponse donnée à l'engagement 16 (CSN) (29 juin 2021)
C (AJM)-109	Déclaration de Mme Nicole Daubois

C (AJM)-110	Engagement 18 (CSQ) : Comité paritaire santé et sécurité du travail (CPSST) du CISSS-Laval (3 février 2020)
C (AJM)-111	Engagement 19 (CSQ) : 24 moyens priorisés face à la deuxième vague du COVID-19 au CISSS-Laval
C (AJM)-112	Engagement 21 (CSQ) : Description de tâches des COACHS EPI au CHSLD Sainte-Dorothée
C (AJM)-113	Engagement 23 (CSQ) : Courriel entre Mme Karine Miousse et Mme Julie Lamarche (6 avril 2020)
C (AJM)-114	Engagements 34 et 35 (M ^e Emmanuelle Poupart) : Dates de présence des médecins au CHSLD Sainte-Dorothée (13 mars au 16 avril 2020) et le courriel de D ^{re} Nguyen envoyé au D ^r Haeck et à Mme Jobin concernant l'utilisation du ventimasque dans la zone chaude (4 avril 2020)
C (AJM)-115	Courriel de Morency Société d'avocats concernant les engagements 12, 15, 26, 30, 32 et 33
C (AJM)-116	Engagement 12 (CISSS-Laval) : Liste des employés ayant offert des soins à Mme Maquet le 2 et 3 avril 2020
C (AJM)-117	Engagement 15 (CISSS-Laval) : Liste des employés rejoins pour le dépistage par quart de travail (avril 2020)
C (AJM)-118	Engagements 26 et 32 (CISSS-Laval) : La provenance des N95 au CHSLD Sainte-Dorothée
C (AJM)-119	Engagement 33 (CISSS-Laval) : L'arrêt ministériel 2020-020 du 10 avril 2020 concernant le décret sur les constats de décès à distance et l'algorithme préparé par le CISSS-Laval (avril 2020)
C (AJM)-120	Courriel de M ^e Emmanuelle Poupart concernant la déclaration complémentaire de D ^{re} Anh Nguyen
C (AJM)-121	Engagement 13 (M ^e Emmanuelle Poupart) : Résultats de laboratoire concernant les tests prescrits en lien avec Mme Maquet en date du 3 avril 2020
C (AJM)-122	Rectification par le CISSS-Laval de certains éléments du témoignage de M. Cyr
C (AJM)-123	Engagement 1 (CISSS-Laval) Le nombre de personnes qui ont été admises à Sainte-Dorothée après le 1 ^{er} cas suspecté, et de ce nombre, combien l'ont contracté et en sont décédées?
C (AJM)-124	Engagement 3 (CISSS-Laval) Le nombre d'admissions pour les mois de janvier, février, mars 2020

C (AJM)-124.1	Engagement 3 (CISSS-Laval) Les personnes ayant transité de Cité-de-la-Santé vers Sainte-Dorothée ont-elles été dépistées avant leur départ? (Du 18 au 30 mars 2020)
C (AJM)-125	Engagement 5 (CISSS-Laval) Le nombre de personnes qui constituaient la brigade PCI en date du 6 avril 2020
C (AJM)-126	Engagement 25 (CISSS-Laval) Rapport de consommation hebdomadaire des masques de procédure pour la période du 15 mars au 30 avril 2020
C (AJM)-127	Engagement 27 (CISSS-Laval) Le nombre réel de personnes qui sont des employés délestés, agences et du programme <i>Je contribue!</i> pour la période du 13 mars au 1 ^{er} mai
C (AJM)-128	Engagement 29 (CISSS-Laval) À quel moment, à compter du premier cas professionnel, est mise en place la formation au CHSLD Sainte-Dorothée? Engagement 31 (CISSS-Laval) Événement de la CEPI
C (AJM)-129	Rappel aux établissements : négociations avec les fournisseurs et distributeurs pour le EPI (Courriel de Benoît Lalonde CISSSLAV 4 février 2020)
C (AJM)-130	Engagement 9 (CISSS Laval) – Le bilan du CISSS après la première vague de COVID-19

LISTE DES PIÈCES

Cote	Description
C (EJG)-1	Ordonnance d'enquête
C (EJG)-2	Complément à l'ordonnance d'enquête
C (EJG)-3	Ordonnance nomination Jacques Ramsay Assesseur
* C (EJG)-4	Dossier médical Éphrem Joseph Grenier CHSLD Yvon-Brunet
* C (EJG)-4.1	Notes d'évolution des soins et niveau d'intervention pour Éphrem Joseph Grenier
C (EJG)-5	Recommandations PCI CHSLD CIUSSS – 5 mai 2020
C (EJG)-6	Résumé CT (CCSMTL DPSAPA) – 12 mars 2020
C (EJG)-7	Résumé CT (CCSMTL DPSAPA) – 13 mars 2020
C (EJG)-8	Résumé CT (CCSMTL DPSAPA) – 14 mars 2020
C (EJG)-9	Résumé CT (CCSMTL DPSAPA) – 16 mars 2020
C (EJG)-10	Résumé CT (CCSMTL DPSAPA) – 17 mars 2020
C (EJG)-11	Résumé CT (CCSMTL DPSAPA) – 18 mars 2020
C (EJG)-12	Résumé CT (CCSMTL DPSAPA) – 20 mars 2020
C (EJG)-13	Résumé CT (CCSMTL DPSAPA) – 23 mars 2020
C (EJG)-14	Résumé CT (CCSMTL DPSAPA) – 24 mars 2020
C (EJG)-14.1	Article du <i>The New England Journal of Medecine</i> sur la stabilité de surface du SRAS- CoV-2
C (EJG)-15	Résumé CT (CCSMTL DPSAPA) – 26 mars 2020
C (EJG)-16	Résumé CT (CCSMTL DPSAPA) – 27 mars 2020
C (EJG)-17	Résumé CT (CCSMTL DPSAPA) – 30 mars 2020
C (EJG)-18	Résumé CT (CCSMTL DPSAPA) – 1 ^{er} avril 2020
C (EJG)-19	Résumé CT (CCSMTL DPSAPA) – 2 avril 2020
C (EJG)-20	Résumé CT (CCSMTL DPSAPA) – 3 avril 2020
C (EJG)-21	Résumé CT (CCSMTL DPSAPA) – 6 avril 2020
C (EJG)-22	Résumé CT (CCSMTL DPSAPA) – 8 avril 2020
C (EJG)-23	Résumé CT (CCSMTL DPSAPA) – 10 avril 2020
C (EJG)-24	Résumé CT (CCSMTL DPSAPA) – 13 avril 2020

Cote	Description
C (EJG)-25	Résumé CT (CCSMTL DPSAPA) – 15 avril 2020
C (EJG)-26	Résumé CT (CCSMTL DPSAPA) – 18 avril 2020
C (EJG)-27	Résumé CT (CCSMTL DPSAPA) – 21 avril 2020
C (EJG)-28	Résumé CT (CCSMTL DPSAPA) – 23 avril 2020
C (EJG)-29	Résumé CT (CCSMTL DPSAPA) – 29 avril 2020
C (EJG)-30	Résumé CT (CCSMTL DPSAPA) – 30 avril 2020
C (EJG)-31	Résumé CT (CCSMTL DPSAPA) – 6 mai 2020
C (EJG)-32	Résumé CT (CCSMTL DPSAPA) – 8 mai 2020
C (EJG)-33	Résumé CT (CCSMTL DPSAPA) – 13 mai 2020
C (EJG)-34	Résumé CT (CCSMTL DPSAPA) – 21 mai 2020
C (EJG)-35	Résumé CT (CCSMTL DPSAPA) – 27 mai 2020
C (EJG)-36	Structure personnels soins RCA Yvon-Brunet
C (EJG)-37	Cellule de crise – Composition et mandat
C (EJG)-38	DSP – Signalement fin éclosion COVID-19 – 25 juillet 2020
C (EJG)-39	Tableau Employés positifs COVID-19 (vague 1)
C (EJG)-40	Cas confirmés COVID-19 – 1 ^{er} avril au 19 septembre 2020
C (EJG)-41	Visites vigie CHSLD Yvon-Brunet – 22 avril au 7 août 2020
C (EJG)-41.1	Engagement 8 (CISSS CSMTL) – Résultats des audits par la PCI pendant la première vague au CHSLD Yvon-Brunet
C (EJG)-42	Taux occupation et nombre lits RCA – 12 avril 2020
C (EJG)-43	Bilan post-COVID DAH-SAPA – Juin 2020
C (EJG)-44	Observations Forces armées canadiennes CHSLD Yvon-Brunet
C (EJG)-45	Rapport des Forces armées canadiennes (25 CHSLD)
C (EJG)-45.1	Observations finales sur les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) de Montréal (Forces armées canadiennes) (25 août 2020)
C (EJG)-45.2	Rapport final d'observations : Assistance de la force opérationnelle interarmées (Est) (FOI [Est]) aux centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) du Québec (28 août 2020)
C (EJG)-46	Cas confirmés et décédés – 1 ^{er} avril au 15 mai 2020
C (EJG)-47	Déclaration écrite (Témoignage Sonia Grenier)
C (EJG)-48	Déclaration écrite (Témoignage Jacques Grenier)

C (EJG)-48.1	Courriel 4-03-2019 de M. Jacques Grenier relatif à l'horaire des repas
C (EJG)-49	Le livre noir du SPSS du Centre-Sud (19 août 2020)
C (EJG)-50	Taux d'absentéisme au CHSLD Yvon-Brunet du 1 mars au 9 mai 2020
C (EJG)-51	Admissions provenant des hôpitaux au CHSLD Yvon-Brunet période du 13 mars au 1 ^{er} mai 2020
C (EJG)-52	Procédure pour la visite des familles des usagers en fin de vie imminente (unité de courte et de longue durée) (Version 6 avril 2020)
C (EJG)-53	Organigramme du programme SAPA (CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal)
C (EJG)-54	Rapport de consultation en biosécurité et logistique médicale (1 ^{er} avril 2020)
C (EJG)-55	Organigramme de la haute direction – CIUSSS Centre-Sud-de l'Île-de-Montréal
C (EJG)-56	Organigramme de la Direction régionale de santé publique – CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
C (EJG)-57	Aperçu de la chronologie de la pandémie (Gouvernement du Québec)
C (EJG)-58	Présentation de Major Caroline Cameron sur l'assistance des Forces armées canadiennes dans les CHSLD au Québec
C (EJG)-59	Curriculum vitae de Major Caroline Cameron
C (EJG)-60	Informations complémentaires de la part de Mme Sonia Grenier sur les pratiques du lavage des mains des employés du CHSLD Yvon-Brunet
C (EJG)-61	Recommandations de Mme Johanne Grenier
C (EJG)-62	Engagement 1 : Structure de gouvernance montréalaise dans le contexte de la COVID-19
C (EJG)-63	Engagement 1 : Plan montréalais de lutte à une pandémie (CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal)
C (EJG)-64	Engagement 1 : Structure de gestion de crise COVID-19 (12 juin 2020)
C (EJG)-65	Engagement 4 : Réponse de Mme Céline Langlois du service de la Prévention et du contrôle des infections sur le nombre de conseillères PCI en place au début de la pandémie
C (EJG)-66	Engagement 6 : Courriel de Mme Diane Brière à la coordonnatrice d'Yvon-Brunet recommandant le port du masque (2 avril 2020)
C (EJG)-67	Engagement 7 : Communiqué sur le port du masque aux employés des CHSLD et autres établissements (6 avril 2020)

C (EJG)-68	Engagement 11 : Convention collective des employés du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
C (EJG)-68.1	Engagement 11 : Entente locale entre l'employeur et le syndicat du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal sur la stabilité de la main-d'œuvre
C (EJG)-68.2	Engagement 11 : Entente locale entre l'employeur et le syndicat du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal sur le rehaussement des salariés
C (EJG)-69	Engagement 10 : Compte-rendu des rencontres syndicales patronales COVID-19 entre le 15 mars 2020 et le 15 avril 2020
C (EJG)-70	Engagement 9 (M ^e Emmanuelle Poupart) : Lettre transmise par D ^{re} Mélanie Roy concernant les masques N-95
C (EJG)-71	Engagement 10 (FIQ) : PV de rencontres avec l'employeur pour la période du 15 mars au 15 avril 2020
C (EJG)-72	Engagement 3 (CIUSSS-CSÎM) : Nombre de gestionnaires et agents EPI à la première vague
C (EJG)-73	Engagement 5 (CIUSSS-CSÎM) : Rapport des services techniques sur la ventilation au CHSLD Yvon-Brunet (uniquement l'extrait qui concerne Yvon-Brunet)
C (EJG)-74	Engagement 12 (CIUSSS-CSÎM) : Le nombre de personnel soignant et les gens qui étaient à l'hygiène et la salubrité pour la période du 15 mars au 5 avril 2020
C (EJG)-75	Engagement 2 (CISSS CSÎMTL) – La nature et la date du décès des gens qui ont été admis à Yvon-Brunet après le 26 mars 2020 Tableau des admissions
C (EJG)-75.1	Engagement 2 (CISSS CSÎMTL) – La nature et la date du décès des gens qui ont été admis à Yvon-Brunet après le 26 mars 2020 Chronologie des éclosions sur les unités du CHSLD Yvon-Brunet

LISTE DES PIÈCES

Cote	Description
C (YLB)-1	Ordonnance d'enquête
C (YLB)-2	Complément à l'ordonnance d'enquête
C (YLB)-3	Ordonnance nomination Jacques Ramsay Assesneur
* C (YLB)-4	Dossier médical Yvan Luc Brodeur CHSLD René-Lévesque
* C (YLB)-5	Dossier médical Yvan Luc Brodeur Hôpital Pierre-Boucher (24 avril au 3 mai 2020)
C (YLB)-6	Courriels de Micheline Guimond (témoin) au CHSLD
C (YLB)-7	Lettre témoignage de Micheline Guimond (témoin) à la coroner en chef – 22 septembre 2020
* C (YLB)-8	Dossier médical Hôpital Pierre-Boucher (28 janvier au 2 février 2020)
C (YLB)-9	Déclaration audio (Témoin Geneviève Ratier)
* C (YLB)-10	Notes évolutives (Témoin D ^{re} Martine de Guire)
C (YLB)-11	Appel à la vigilance – CISSS (31 janvier 2020)
C (YLB)-12	Indication de dépistage – MSSS (23 mars 2020)
C (YLB)-13	Priorisation test COVID-19 – MSSS (23 mars 2020)
C (YLB)-14	Plan d'application AM 2020-007 – CISSS (1 ^{er} avril 2020)
C (YLB)-15	Rôles Noso_DSPu - Équipes PCI - BS CISSS Montérégie (version 4 avril 2020)
C (YLB)-16	Mesures éclosions COVID-19 – Note CISSS (8 avril 2020)
C (YLB)-17	Embauche mars-avril 2020 CHSLD René-Lévesque
C (YLB)-18	Gradation des mesures PCI (version 20 mai 2020)
C (YLB)-19	Organigramme DPSAPA (version 27 février 2020)
C (YLB)-20	Organigramme CISSS de la Montérégie-Est (18 janvier 2021)
C (YLB)-21	Synthèse Structure de gouvernance
C (YLB)-22	Structure commandement Secteur MISE COVID-19 (version 21 février 2020)
C (YLB)-23	Synthèse Structure Ressources humaines
C (YLB)-24	Résumé des interventions DRSP Montérégie (version 16 avril 2021)
C (YLB)-25	Synthèse Employés COVID+ du 1 ^{er} au 30 avril 2020
C (YLB)-26	Synthèse Aménagement lieu physique CHSLD R-L 22 mars au 2 mai 2020
C (YLB)-27	Plan du 4 ^e étage
C (YLB)-28	Synthèse Résidents COVID+ 5 avril au 30 juin 2020

C (YLB)-29	Synthèse Communications avec famille Yvan Luc Brodeur
C (YLB)-30	Déclaration assermentée (Témoignage Geneviève Ratier)
C (YLB)-31	Lettre à Lionel Carmant (Témoignage Amélie Brodeur)
C (YLB)-32	Photo coop funéraire (Témoignage Amélie Brodeur)
C (YLB)-33	Rôles des intervenants en ajout au personnel de soins (CISSS)
C (YLB)-34	Commentaires post-auditions (Mme Micheline Guimond)
C (YLB)-35	Engagements (CISSS-LAN)
C (YLB)-36	Engagement 1 - L'enquête cause post-mortem du 4 mai 2020
C (YLB)-37	Engagement 2- Nombre d'effectifs selon le corps d'emploi provenant d'une agence au CHSLD René-Lévesque entre le 1 ^{er} mars et le 1 ^{er} mai 2020 et les critères appliqués par le CISSS pour obtenir les services d'une agence
C (YLB)-38	Documentation pertinente en lien avec la création des deux unités d'hébergement temporaire COVID
C (YLB)-39	Lettre de Mme Paquet concernant les interdictions de visite (du 16 mars 2020)
C (YLB)-40	Engagement 4 – Correspondance Interdiction de visites 16 mars 2020

LISTE DES PIÈCES

Cote	Description
C (JL)-1	Ordonnance d'enquête
C (JL)-2	Complément à l'ordonnance d'enquête
C (JL)-3	Ordonnance nomination Jacques Ramsay assesseur
* C (JL)-4	Constat de décès à distance Jacques Levesque
* C (JL)-5	Formulaire Bureau du coroner confirmation de décès Jacques Levesque
* C (JL)-6	Profil du résident
* C (JL)-7	Dossier médical Manoir Liverpool
* C (JL)-8	Dossier médical Hôtel-Dieu de Lévis
* C (JL)-9	Niveaux de soins signé (3 mars 2020)
* C (JL)-10	Niveaux de soins non signé (4 avril 2020)
* C (JL)-11	Profil pharmacologique (2020)
* C (JL)-12	Liste des médicaments (2019-2020)
* C (JL)-13	Rapport final autopsie partiel LSJML
* C (JL)-14	Rapport expertise toxicologie
* C (JL)-15	Rapport SIJ (SQ)
* C (JL)-16	Carte d'appel
* C (JL)-17	Appel 9-1-1
* C (JL)-18	Transfert d'appel 9-1-1
* C (JL)-19	Album photo (SQ)
* C (JL)-20	Dossier GMF
* C (JL)-21	Dossier CLSC St-Romuald
* C (JL)-22	Bris services au Manoir Liverpool – Lettre 9 avril 2020
* C (JL)-23	Accusé réception CISSS — Bris de services au Manoir Liverpool — Lettre 10 avril 2020
C (JL)-24	Manoir Liverpool et directions du CISSS C-A impliquées - Résumé
C (JL)-25	Déclaration écrite (Témoignage A. T.)
C (JL)-26	Synthèse du rapport de l'enquête administrative daté du 21 décembre 2020 concernant les ressources intermédiaires Manoir Liverpool Manoir New Liverpool [Retirée]
C (JL)-27	Déclaration vidéo (Témoignage Sylvie Guyot Gagné) [Retirée]
C (JL)-28	Notes d'entrevue (Témoignage Sylvie Guyot Gagné) [Retirée]
* C (JL)-29	Résumé -Implications de la DRSP C-A
C (JL)-30	Tableau décrets et directives
C (JL)-31	Rapport Agrément Canada 12 septembre 2019 (Manoir Liverpool)
* C (JL)-32	GMF St-Romuald – Notes des médecins depuis 26 avril 2019
C (JL)-33	Engagement 3 Protocole hypoglycémie (Diabète Québec)
* C (JL)-34	Notes infirmière (Témoignage K.H.)
C (JL)-35	Entente nationale entre MSSS et ARIHQ (signée 7 juin 2018)

Cote	Description
C (JL)-36	Déclaration solennelle (Témoign A.T.)
C (JL)-37	Déclaration (Témoign N.P.)
C (JL)-38	Engagement 1 Lettre CISSS C-A Retrait résident Manoir Liverpool (1 ^{er} avril 2020)
C (JL)-39	Engagement 2 – Heures effectuées, par type d'emploi, par les employés du CISSS au Manoir Liverpool (27 mars 2020 au 28 février 2021)

LISTE DES PIÈCES

Cote	Description
C (ML)-1	Ordonnance d'enquête
C (ML)-2	Complément à l'ordonnance d'enquête
C (ml)-3	Ordonnance nomination Jacques Ramsey Assesneur
* C (ML)-4	Dossier médical Maria Lermytte CHSLD Lafèche
* C (ML)-4.1	Dossier médical Maria Lermytte Pharmacie du CHSLD Lafèche
* C (ML)-4.2	Complément de dossier médical de Mme Maria Lermytte CHSLD Lafèche
* C (ML)-5	Constat de décès
C (ML)-6	Incidents et événements CHSLD Lafèche (Témoign Sophie Réunis)
C (ML)-7	Dates importantes (Témoign Sophie Réunis)
C (ML)-8	Questionnements sur procédures (Témoign Sophie Réunis)
C (ML)-9	Questionnaire à l'intention du résident (CSSS de l'Énergie)
C (ML)-10	Courriels D ^r Turmel
C (ML)-11	Courriel D ^r André Jacques – 16 avril 2020
C (ML)-12	Organigramme Service prévention des infections (CIUSSS)
C (ML)-13	Déclaration écrite (Témoign D ^{re} Yolanda Gonzalez)
C (ML)-14	Directives SAG Unités 1-2-3-4 CHSLD Lafèche (26 mars 2020)
C (ML)-15	Directives particulières Unité 4 CHSLD Lafèche (22 avril 2020)
C (ML)-16	Nombre de quarts absences ponctuelles COVID CHSLD Lafèche (12 mars au 1 ^{er} mai 2020)
C (ML)-17	Registre des heures PCI Écllosion CHSLD Lafèche (20 mars au 31 mai 2020)
C (ML)-18	Politique de prévention et contrôle des infections (PO-15D-002) (CIUSSS)
C (ML)-19	Notes de service de la DRSP au CIUSSS MCQ (10 mars au 30 avril 2020)
C (ML)-20	Notes de services EPI CIUSSS MCQ (18 mars au 15 avril 2021)
C (ML)-21	Organigramme CIUSSS MCQ (12 mars 2020)
C (ML)-22	Organigramme CIUSSS MCQ (13 avril 2020)
C (ML)-23	Plan d'amélioration – Qualité du milieu de vie en CHSLD Lafèche (visite du 1 ^{er} février 2017)
C (ML)-24	Rapport de visite d'évaluation de la qualité du milieu de vie CHSLD Lafèche MSSS (visite du 1 et 2 février 2017)
C (ML)-25	Note de service – COVID-19 Visites interdites (14 mars 2020 – 14 h 30)
C (ML)-26	Note de service – COVID-19 Gestion de l'interdiction de visite (15 mars 2020)

C (ML)-27	Note de service – Registre quotidien autoévaluation COVID-19 (13 avril 2020)
C (ML)-28	Consignes COVID-19 CHSLD (CIUSSS MCQ 6 avril 2020)
C (ML)-29	Graphique nouveaux cas COVID-19 CHSLD Laflèche (22 mars au 11 mai 2020)
C (ML)-30	Lettre PDG-DG Mise en ligne 2 ^e édition Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec – Les infections nosocomiales MSSS-DRSP (5 octobre 2017)
C (ML)-31	Cadre de référence PCI nosocomiales Document sommaire MSSS-DRSP
C (ML)-32	Cadre de référence PCI nosocomiales Version complète MSSS-DRSP
C (ML)-33	Retour au travail – Bris de service – Secteur critique (29 mars 2020)
C (ML)-34	Enquête portant sur les éclosions COVID-19 en CHSLD – CIUSSS MCQ
C (ML)-35	Échanges Réseaux sociaux (Témoign Sofie Réunis)
C (ML)-36	Engagement 1 (CIUSSS-MCQ) : Entente PCI-Santé publique
C (ML)-37	Engagement 2 (CIUSSS-MCQ) : Premier appel à la vigilance (janvier 2020)
C (ML)-38	Engagement 3 (CIUSSS-MCQ) : Note de service en lien avec les ressources humaines (en date du 29 ou du 30 mars 2020)
C (ML)-39	Engagement 4 (CIUSSS-MCQ) : Date du premier dépistage autonome (26 mars 2020) Engagement 6 (CIUSSS-MCQ) : Les dates de dépistage massif (Les 4 et 5 avril 2020)
C (ML)-40	Engagement 7 (CIUSSS-MCQ) : Présence quotidienne infirmière au 4 ^e étage du 6 avril 2019 au 6 avril 2020 avec mention agence
C (ML)-41	Engagement 10 (CIUSSS-MCQ) : Document sur les présences réelles du 2 février 2020 au 20 juin 2020
C (ML)-42	Engagement 11 (CIUSSS-MCQ) : Plan d'action faisant suite au sondage du 24 avril 2020
C (ML)-43	Engagement 12 (CIUSSS-MCQ) : Lettre de réponse de Mme Claudia McMahon au courriel du D ^r André Jacques (16 avril 2020)
C (ML)-44	Engagement 5 (CIUSSS-MCQ) : Liste des symptômes du CIUSSS (première envoyée)
C (ML)-45	Déclaration assermentée du D ^{re} Lise-Andrée Galarneau

LISTE DES PIÈCES

Volet national et recommandations - C (NAT1)

Cote	Description
C (NAT1)-1	Tableau — Décrets, arrêtés ministériels et directives aux CHSLD — RPA — RI/RTF en lien avec la pandémie COVID-19 du 12 mars au 10 mai 2020
C (NAT1)-1.1	Ajouts aux Décrets, arrêtés ministériels et directives aux CHSLD — RPA — RI/RTF en lien avec la pandémie COVID-19 du 12 mars au 10 mai 2020
C (NAT1)-2	Guide pour l'adaptation de l'offre de service en CHSLD en situation de pandémie COVID-19 — MSSS — DGAPA (12 mars 2020)
C (NAT1)-3	Décret 177-2020 (12 mars 2020)
C (NAT1)-4	Lettre de D ^r Horatio Arruda (13 mars 2019)
C (NAT1)-5	Arrêté ministériel 2020-004 (15 mars 2020)
C (NAT1)-6	Lettre de M. Yvan Gendron – Interdiction des visites non essentielles dans les CHSLD (15 mars 2020)
C (NAT1)-7	Consignes pour les CHSLD (16 mars 2020)
C (NAT1)-8	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-00496-29) (17 mars 2020)
C (NAT1)-9	Consignes pour les RI-RTF (17 mars 2020)
C (NAT1)-10	Consignes pour les RPA (17 mars 2020)
C (NAT1)-11	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-00496-41) (19 mars 2020)
C (NAT1)-12	20-MS-00496-41_PJ1_QuestionsRéponses COVID-19 (19 mars 2020)
C (NAT1)-13	20-MS-00496-41_PJ2_QuestionsRéponses COVID-19 (19 mars 2020)
C (NAT1)-14	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-00496-41) (19 mars 2020)
C (NAT1)-15	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-02321) (20 mars 2020)
C (NAT1)-16	Décret 222-2020 (20 mars 2002)
C (NAT1)-17	Arrêté ministériel 2020-007 (21 mars 2020)
C (NAT1)-18	Lettre de M. Yvan Gendron (21 mars 2020)
C (NAT1)-19	Consignes pour les RPA MAJ (21 mars 2020)
C (NAT1)-20	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-00496-54) (21 mars 2020)
C (NAT1)-21	P.J. (1) Consignes pour les CHSLD MAJ (21 mars 2020)
C (NAT1)-22	Arrêté ministériel 2020-008 (22 mars 2020)
C (NAT1)-23	Consignes pour les Gestionnaires des établissements et des RI-RTF (22 mars 2020)
C (NAT1)-24	Arrêté ministériel 2020-009 (23 mars 2020)
C (NAT1)-25	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-00496-68) (23 mars 2020)

C (NAT1)-25.1	Engagement 19 (MSSS) Plan de contingence COVID-19 (pièce jointe à la lettre de M. Gendron du 23 mars 2020)
C (NAT1)-26	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-00496-68) (23 mars 2020)
C (NAT1)-27	Évaluation du niveau de risque d'exposition des travailleurs de la santé lors de soins à un cas confirmé COVID (20-MS-00496-68 PJ1) (20 mars 2020)
C (NAT1)-28	Mesures de prévention en milieu de travail : recommandations intérimaires (20-MS-00496-68 PJ2) (18 mars 2020)
C (NAT1)-29	Recommandations pour la levée des mesures d'isolement Travailleurs de la santé (après le 12 mars 2020) (20-MS-00496-68 PJ3) (17 mars 2020)
C (NAT1)-30	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-00496-56) (23 mars 2020)
C (NAT1)-31	Consignes pour les gestionnaires des établissements et des RI-RTF du 22 mars 2020
C (NAT1)-32	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-00496-56) (23 mars 2020)
C (NAT1)-33	Consignes pour les gestionnaires des établissements et des RI-RTF du 22 mars 2020
C (NAT1)-34	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-00496-72) (24 mars 2020)
C (NAT1)-35	Zone de confinement pour les soins hospitaliers aigus et les cliniques ambulatoires (24 mars 2020)
C (NAT1)-36	Zones de traitement urgence (24 mars 2020)
C (NAT1)-37	Consignes pour les différentes zones (24 mars 2020)
C (NAT1)-38	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-00496-57) (24 mars 2020)
C (NAT1)-39	Consignes pour les CHSLD MAJ (25 mars 2020)
C (NAT1)-40	Consignes pour les RI-RTF (25 mars 2020)
C (NAT1)-41	Consignes pour les RPA MAJ (26 mars 2020)
C (NAT1)-42	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-00496-81) (27 mars 2020)
C (NAT1)-43	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-00496-94) (27 mars 2020)
C (NAT1)-44	Consignes pour les RI-RTF MAJ (29 mars 2020)
C (NAT1)-45	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-02502-04) (31 mars 2020)
C (NAT1)-46	Consignes pour les soins palliatifs et fin de vie (31 mars 2020)
C (NAT1)-47	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-02502-04) (31 mars 2020)
C (NAT1)-48	Tableau – Directives cliniques (31 mars 2020)

C (NAT1)-49	Tableau – Directives fonctionnelles (31 mars 2020)
C (NAT1)-49.1	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-02502-12) (1 ^{er} avril 2020)
C (NAT1)-50	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-02502) (2 avril 2020)
C (NAT1)-51	Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé (2 avril 2020)
C (NAT1)-52	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-02502-20) (2 avril 2020)
C (NAT1)-53	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-02502-33) (3 avril 2020)
C (NAT1)-54	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-02502-33) (3 avril 2020)
C (NAT1)-55	Résumé des directives ministérielles – cliniques – trajectoires des personnes : patients et professionnels (3 avril 2020)
C (NAT1)-56	Suivi des directives ministérielles – fonctionnelles : soutien aux activités cliniques (3 avril 2020)
C (NAT1)-57	Consignes pour les CHSLD MAJ (3 avril 2020)
C (NAT1)-58	Consignes pour les RPA MAJ (3 avril 2020)
C (NAT1)-58.1	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-02502-37) (3 avril 2020)
C (NAT1)-59	Lettre de M. Yvan Gendron (4 avril 2020)
C (NAT1)-60	Port du masque de procédure en milieux de soins lors de la transmission communautaire soutenue (3 avril 2020)
C (NAT1)-61	Consignes pour les RI-RTF MAJ (4 avril 2020)
C (NAT1)-62	Arrêté ministériel 2020-0015 (4 avril 2020)
C (NAT1)-63	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-02502-40) (5 avril 2020)
C (NAT1)-64	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-02502-41)
C (NAT1)-65	Stratégie d'intervention pour contrôler les accès et les sorties dans les milieux de vie pour personnes âgées ou vulnérables en contexte de la COVID-19 (Avril 2020)
C (NAT1)-66	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-02502-42) (5 avril 2020)
C (NAT1)-67	Arrêté ministériel 2020-016 (7 avril 2020)
C (NAT1)-68	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-02502-64) (8 avril 2020)
C (NAT1)-69	Avis port du masque pour protéger les personnes vulnérables dans les milieux de vie lors de transmission communautaire soutenue (7 avril 2020)
C (NAT1)-70	Port du masque de procédures en milieu de soins lors d'une transmission communautaire soutenue (7 avril 2020)
C (NAT1)-71	Lignes directrices en hospitalisation (9 avril 2020)
C (NAT1)-72	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-02502-66) (9 avril 2020)

C (NAT1)-73	Consignes pour les soins palliatifs et fin de vie (9 avril 2020)
C (NAT1)-74	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-02502-71) (9 avril 2020)
C (NAT1)-75	COVID-19 Mesures exceptionnelles pour les équipements de protection individuelle lors de la pandémie : recommandations intérimaires (31 mars 2020)
C (NAT1)-76	Arrêté ministériel 2020-019 (10 avril 2020)
C (NAT1)-77	Arrêté ministériel 2020-020 (10 avril 2020)
C (NAT1)-78	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-02502-66) (11 avril 2020)
C (NAT1)-79	Directives pour les palliatifs et fin de vie MAJ (11 avril 2020)
C (NAT1)-80	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-02502-78) (11 avril 2020)
C (NAT1)-81	Priorisation des tests de dépistage pour le COVID-19 MAJ 11 avril 2020
C (NAT1)-82	Annexe. Recommandations concernant les prélèvements et analyses TAAN pour la COVID-19 dans les CHSLD (incluant les installations avec mission CHSLD) (11 avril 2020)
C (NAT1)-83	Consignes pour les CHSLD MAJ (11 avril 2020)
C (NAT1)-84	Consignes pour les RPA MAJ (12 avril 2020)
C (NAT1)-85	Consignes pour les RI-RTF MAJ (12 avril 2020)
C (NAT1)-86	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-02502-61) (13 avril 2020)
C (NAT1)-87	Guide pour la prise en charge des résidents en CHSLD dans le contexte de la pandémie de la COVID-19, mis à jour le 13 avril 2020
C (NAT1)-88	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-02502-88) (14 avril 2020)
C (NAT1)-88.1	Document concernant les mesures additionnelles pour contrer la propagation de la COVID-19 dans les milieux de vie des aînés (14 avril 2020)
C (NAT1)-89	Arrêté ministériel 2020-022 (15 avril 2020)
C (NAT1)-90	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-02502-91)
C (NAT1)-91	Formulaire de consentement de la personne proche aidante qui soutiendra un proche en centre d'hébergement et de soins de longue durée en contexte de la COVID-19 (15 avril 2020)
C (NAT1)-92	Consignes pour l'assouplissement des mesures concernant la présence des personnes aidantes dans les CHSLD (15 avril 2020)
C (NAT1)-93	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-02502-94) (15 avril 2020)

C (NAT1)-94	Consignes pour l'assouplissement des mesures concernant la présence des personnes proches aidants dans les CHSLD MAJ (17 avril 2020)
C (NAT1)-95	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-2908-08) (17 avril 2020)
C (NAT1)-96	Résumé des directives ministérielles – cliniques – trajectoire des personnes : patients et professionnels (17 avril 2020)
C (NAT1)-97	COVID-19 Suivi des directives ministérielles – fonctionnelles : soutien aux activités cliniques (17 avril 2020)
C (NAT1)-98	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-02908-07) (17 avril 2020)
C (NAT1)-99	Lettre de M. Gendron (20-MS-02908-08) (17 avril 2020)
C (NAT1)-100	Lettre de M. Yvan Gendron (17 avril 2020)
C (NAT1)-101	Arrêté ministériel 2020-023 (17 avril 2020)
C (NAT1)-102	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-02908-08) (18 avril 2020)
C (NAT1)-103	Arrêté ministériel 2020-026 (20 avril 2020)
C (NAT1)-104	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-0298-30) (23 avril 2020)
C (NAT1)-105	Levée de l'isolement des travailleurs de la santé atteints de la COVID-19 : Approche de gestion de risque (22 avril 2020)
C (NAT1)-106	Précautions nécessaires en lien avec les réaffectations de travailleurs de la santé (incluant les médecins) dans les CHSLD (22 avril 2020)
C (NAT1)-107	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-02908-31) (23 avril 2020)
C (NAT1)-108	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-02908-09) (23 avril 2020)
C (NAT1)-109	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-03056) (23 avril 2020)
C (NAT1)-110	Bilan de l'utilisation du financement d'urgence – Achat de services auprès des EESAD – Pandémie de la COVID-19
C (NAT1)-111	Mesures de soutien pour les entreprises d'économie sociale en aide à domicile et les travailleurs engagés dans le cadre de l'allocation directive/chèque emploi-service – COVID-19
C (NAT1)-112	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-02908-30) (24 avril 2020)
C (NAT1)-113	Levée de l'isolement des travailleurs de la santé atteints de la COVID-19 : Approche de gestion de risque (22 avril 2020)
C (NAT1)-114	Précautions nécessaires en lien avec les réaffectations de travailleurs de la santé (incluant les médecins) dans les CHSLD (22 avril 2020)

C (NAT1)-115	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-2908-35) (24 avril 2020)
C (NAT1)-116	Niveaux de soins – Niveaux d'interventions médicales (NIM) : Parlons-en dans le contexte de la pandémie COVID-19 (24 avril 2020)
C (NAT1)-117	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-2908-35) (24 avril 2020)
C (NAT1)-118	Résumé des directives ministérielles – cliniques – trajectoires des personnes : patients et professionnels (24 avril 2020)
C (NAT1)-119	Suivi des directives ministérielles – fonctionnelles : soutien aux activités cliniques (24 avril 2020)
C (NAT1)-120	Arrêté ministériel 2020-028 (25 avril 2020)
C (NAT1)-121	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-02908-41) (28 avril 2020)
C (NAT1)-122	Précautions nécessaires en lien avec les réaffectations des travailleurs de la santé (incluant les médecins) dans les CHSLD (28 avril 2020)
C (NAT1)-123	Priorisation des tests de dépistage pour le COVID-19 MAJ 11 avril 2020
C (NAT1)-124	Annexe. Recommandations concernant les prélèvements et analyses TAAN pour la COVID-19 dans les CHSLD (incluant les installations avec mission CHSLD) (28 avril 2020)
C (NAT1)-125	Déploiement des directives en matière de dépistage dans les différents milieux de vie (28 avril 2020)
C (NAT1)-126	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-02908048) (28 avril 2020)
C (NAT1)-127	Meures en prévention et contrôle des infections – Recommandations pour les différents milieux (28 avril 2020)
C (NAT1)-128	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-0298-54) (29 avril 2020)
C (NAT1)-129	Directives pour les CISSS et CIUSSS – Système de garde infirmière RPA (29 avril 2020)
C (NAT1)-130	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-02908-54) (29 avril 2020)
C (NAT1)-131	Informations et consignes pour la création de zones tampons (29 avril 2020)
C (NAT1)-132	Trajectoire : admission ou retour en CHSLD après un séjour en centre hospitalier/admission en CHSLD en provenance de la communauté (29 avril 2020)
C (NAT1)-133	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-02908-51) (29 avril 2020)
C (NAT1)-134	Directives pour prévenir le déconditionnement chez la personne aînée isolée dans son milieu de vie en contexte de pandémie, notamment en RPA, RI-RTF et CHSLD (29 avril 2020)
C (NAT1)-135	Arrêté ministériel 2020-030 (29 avril 2020)

C (NAT1)-136	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-02908-62) (1 ^{er} mai 2020)
C (NAT1)-137	Trajectoire pour les admissions en milieu de réadaptation désignée et non-désigné (déficience physique, santé physique et réadaptation modérée) (1 ^{er} mai 2020)
C (NAT1)-138	Trajectoire : admission ou retour en CHSLD après un séjour en centre hospitalier ou en milieu de réadaptation/admission en CHSLD en provenance de la communauté (1 ^{er} mai 2020)
C (NAT1)-139	Trajectoire : Intégration/réintégration en RI-RTF, RPA, RAC ou autre milieu de vie après un séjour en centre hospitalier ou un milieu de réadaptation\intégration\réintégration en RI-RTF, RPA, RAC et autre milieu de vie en provenance de la communauté (1 ^{er} mai 2020)
C (NAT1)-140	Informations et consignes pour la création de zones tampons (1 ^{er} mai 2020)
C (NAT1)-141	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-02908-50) (1 ^{er} mai 2020)
C (NAT1)-142	Résumé des directives ministérielles – cliniques – trajectoire des personnes : patients et professionnels (1 ^{er} mai 2020)
C (NAT1)-143	Suivi des directives ministérielles – fonctionnelles : soutien aux activités cliniques (1 ^{er} mai 2020)
C (NAT1)-143.1	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-02908-69) (3 mai 2020)
C (NAT1)-144	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-02908-73) (4 mai 2020)
C (NAT1)-145	Arrêté ministériel 2020-032 (5 mai 2020)
C (NAT1)-146	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-02908-83) (5 mai 2020)
C (NAT1)-147	Consignes portant sur la présence de personnes proches aidantes auprès de résidents des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), de personnes confiées en ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF) et les résidents des résidences privées pour aînés (RPA) (5 mai 2020)
C (NAT1)-148	Formulaire de consentement de la personne proche aidante qui soutiendra un proche dans un milieu de vie en contexte de pandémie de la COVID-19 (5 mai 2020)
C (NAT1)-149	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-02908-83) (5 mai 2020)
C (NAT1)-150	Précautions nécessaires en lien avec les réaffectations des travailleurs de la santé (incluant les médecins) dans les CHSLD (5 mai 2020)

C (NAT1)-151	Annexe. Recommandations concernant les prélèvements et analyses TAAN pour la COVID-19 dans les CHSLD (incluant les installations avec mission CHSLD) (5 mai 2020)
C (NAT1)-152	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-02908-88) (6 mai 2020)
C (NAT1)-153	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-02908-91) (6 mai 2020)
C (NAT1)-154	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-02908-94) (7 mai 2020)
C (NAT1)-155	Consignes pour l'assouplissement des mesures concernant la présence des personnes proches aidants dans les CHSLD, les RI-RTF et RPA MAJ (7 mai 2020)
C (NAT1)-156	Formulaires de consentement de la personne proche aidante qui soutiendra un proche dans un milieu de vie en contexte de la COVID-19 (7 mai 2020)
C (NAT1)-157	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-02908-82) (8 mai 2020)
C (NAT1)-158	Résumé des directives ministérielles – cliniques – trajectoires des personnes : patients et professionnels (8 mai 2020)
C (NAT1)-159	Arrêté ministériel 2020-034 (9 mai 2020)
C (NAT1)-160	Arrêté ministériel 2020-035 (10 mai 2020)
C (NAT1)-161	Hécatombe dans les CHSLD au Québec (Réjean Hébert MD, MPhil.)
C (NAT1)-161.1	Présentation du Dr Réjean Hébert
C (NAT1)-162	Avis à Info-Santé_2020-01-01 au 2020-03-19
C (NAT1)-163	Avis à Info-Santé_2020-03-24
C (NAT1)-164	Avis à Info-Santé_2020-03-30
C (NAT1)-165	Avis à Info-Santé_2020-04-02
C (NAT1)-166	Avis à Info-Santé_2020-04-04
C (NAT1)-167	Avis à Info-Santé_2020-04-05
C (NAT1)-168	Avis à Info-Santé_2020-04-08
C (NAT1)-169	Avis à Info-Santé_2020-04-10
C (NAT1)-170	Avis à Info-Santé_2020-04-14
C (NAT1)-171	Présentation de Mme Isabelle Groulx de la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ)
C (NAT1)-171.1	Bilan SST de la première vague de COVID-19 présenté au conseil national des 30 novembre, 2 et 7 décembre 2020
C (NAT1)-171.2	Présentation de Mme Isabelle Groulx (FIQ)
C (NAT1)-171.3	L'administration des soins. Étude quantitative auprès des membres exerçant en soins directs aux patients. Complément d'informations au rapport de mars 2018 (FIQ Novembre 2021)
C (NAT1)-172	La nutrition dans le contexte de la pandémie SRAS-CoV-2 (ODNQ Août 2021 et mis à jour en octobre 2021)
C (NAT1)-172.1	Témoignage de l'ODNQ – Références bibliographiques (27 octobre 2021)

C (NAT1)-172.2	Enquête sur la situation en nutrition clinique dans les CHSLD (ODNQ) – Listes de questions et des réponses brutes (Octobre 2021)
C (NAT1)-173	Certaines informations portant sur les maisons funéraires et la COVID-19
C (NAT1)-174	Présentation de l'Association des Médecins Gériatres du Québec (D ^r Serge Brazeau)
C (NAT1)-174.1	McMichael TM, Currie DW, Clark S, Pogojans S, Kay M, Schwartz NG, Lewis J, Baer A, Kawakami V, Lukoff MD, Ferro J, Brostrom-Smith C, Rea TD, Sayre MR, Riedo FX, Russell D, Hiatt B, Montgomery P, Rao AK, Chow EJ, Tobolowsky F, Hughes MJ, Bardossy AC, Oakley LP, Jacobs JR, Stone ND, Reddy SC, Jernigan JA, Honein MA, Clark TA, Duchin JS; Public Health–Seattle and King County, EvergreenHealth, and CDC COVID-19 Investigation Team. Epidemiology of COVID-19 in a Long-Term Care Facility in King County, Washington. <i>N Engl J Med</i> . 2020 May 21;382(21): 2005-2011. Doi : 10.1056/NEJMoa2005412. Epub 2020 Mar 27. PMID: 32220208; PMCID: PMC7121761. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32220208/
C (NAT)-174.2	Barnett ML, Grabowski DC. Nursing Homes Are Ground Zero for COVID-19 Pandemic. <i>JAMA Health Forum</i> . 2020;1(3): e200369. Doi: 10.1001/jamahealthforum.2020.0369 https://jamanetwork.com/journals/jama-health-forum/fullarticle/2763666
C (NAT1)-175	Présentation de Mme Francine Ducharme, Chercheuse « Santé et Vieillesse », Centre de Recherche de l'Institut Universitaire de Gériatrie de Montréal (CRIUGM)
C (NAT1)-176	Présentation du Groupe Santé Arbec – CHSLD des Moulins
C (NAT1)-177	Présentation de l'Association des Établissements de Longue Durée Privés du Québec
C (NAT1)-178	Présentation du Conseil pour la protection des malades
C (NAT1)-179	Présentation de la professeure Charlene A Harrington
C (NAT1)-179.1	Curriculum Vitae de Mme Charlene Harrington
C (NAT1)-180	Recommandations conjointes de D ^{re} Elise Boulanger et de D ^{re} Sophie Zhang
C (NAT1)-180.1	Présentation de la D ^{re} Elise Boulanger
C (NAT1)-180.2	Présentation de la D ^{re} Sophie Zhang
C (NAT1)-180.3	Guide COVID-19 pour les médecins en CHSLD du CPMC (22 mars 2021)
C (NAT1)-181	Présentation de l'association de la défense des personnes et des biens sous curatelle publique

C (NAT1)-182	Plan de témoignage des représentantes de l'APTS présenté dans le cadre du volet national de l'enquête de la coroner M ^e Géhane Kamel relativement aux décès dans certains CHSLD lors de la première vague de COVID-19 (mars à juin 2020)
C (NAT1)-182.1	Texte des représentantes de l'APTS présenté dans le cadre du volet national de l'enquête de la coroner M ^e Géhane Kamel relativement aux décès dans certains CHSLD lors de la première vague de COVID-19 (mars à juin 2020)
C (NAT1)-182.2	Recommandations syndicales APTS Laval – Intervenants déplacés CHSLD-RI-RTF-RPA
C (NAT1)-182.3	Délestage et pratique professionnelle – Seconde réflexion du secteur de l'organisation du travail et des enjeux professionnels (SOTEP)
C (NAT1)-182.4	Lettre du 27 avril 2020 de l'équipe syndicale locale APS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal au D ^r Lawrence Rosenberg, PDG CIUSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
C (NAT1)-182.5	Dossier continuum de soins et de services aux personnes âgées – Les actions de l'APTS national
C (NAT1)-183	Présentation de l'Association des établissements privés conventionnés (AEPC)
C (NAT1)-183.1	Liste de documents présentés par Mme Annick Lavoie, présidente de l'AEPC
C (NAT1)-183.2	Courriels envoyés par Mme Annick Lavoie, présidente de l'AEPC
C (NAT1)-183.3	Enregistrement de la rencontre du 3 avril 2020 entre l'AEPC et le MSSS
C (NAT1)-183.4	Correspondance entre l'AEPC et le MSSS
*C (NAT1)-183.5	Courriel entre l'AEPC et la Résidence Berthiaume-Du Tremblay (15 mars 2020)
*C (NAT1)-183.6	Courriel entre l'AEPC et Mme Nathalie Rosebush concernant les masques et jaquettes (16 mars 2020)
*C (NAT1)-183.7	Réponse de Mme Nathalie Rosebush au courriel de l'AEPC concernant les masques et jaquettes (16 mars 2020)
*C (NAT1)-183.8	Courriel de l'AEPC au MSSS concernant le manque d'EPI (19 mars 2020)
*C (NAT1)-183.9	Réponse du MSSS au courriel de l'AEPC concernant le manque d'EPI (20 mars 2020)
*C (NAT1)-183.10	Transfert du courriel de réponse du MSSS à VIGI Santé (21 mars 2020)
*C (NAT1)-183.11	Courriel de l'AEPC à Riviera-Stevens concernant le besoin urgent d'équipement (23 mars 2020)
*C (NAT1)-183.12	Courriel urgent de l'AEPC au MSSS (équipe S. Cayer) (24 mars 2020)

*C (NAT1)- 183.13	Transfert du courriel urgent de l'AEPC à EPC (24 mars 2020)
C (NAT1)- 183.14	Courriel entre l'AEPC et le MSSS (Nathalie Rosebush) concernant une demande d'entretien téléphonique (26 mars 2020)
C (NAT1)- 183.15	Courriel entre l'AEPC et le MSSS (Nathalie Rosebush) concernant l'approvisionnement des produits réguliers (1 ^{er} avril 2020)
C (NAT1)- 183.16	Réponse du MSSS (Nathalie Rosebush) au courriel de l'AEPC concernant l'approvisionnement des produits réguliers (2 avril 2020)
*C (NAT1)- 183.17	Demande d'aide de l'AEPC au CISSS NIM (2 avril 2020)
C (NAT1)- 183.18	Courriel entre l'AEPC et le MSSS (Nathalie Rosebush) concernant le besoin urgent d'intervention (6 avril 2020)
C (NAT1)- 183.19	Correspondance entre l'AEPC et le MSSS (Nathalie Rosebush) concernant les directives claires du COVID-19 en CHSLD (15 avril 2020)
C (NAT1)- 183.20	Chaîne de communication entre l'AEPC et le MSSS (Yvan Gendron) (16 avril 2020)
*C (NAT1)- 183.21	Courriel entre l'AEPC et le MSSS (Équipe G. Lajoie) concernant les nouvelles directives COVID-19 en CHSLD (17 avril 2020)
*C (NAT1)- 183.22	Transfert du courriel sur les stratégies d'approvisionnement du MSSS à l'AEPC (1 ^{er} mai 2020)
*C (NAT1)- 183.23	Courriel sur les stratégies d'approvisionnement du MSSS (29 avril 2020)
C (NAT1)- 183.24	Les stratégies d'approvisionnement du MSSS (28 avril 2020)
*C (NAT1)- 183.25	Transfert du courriel de l'AEPC concernant les difficultés d'approvisionnement auprès des CISSS-IUSSS à l'EPC (12 mai 2020)
*C (NAT1)- 183.26	Correspondance entre l'AEPC et le Bureau du coroner concernant le témoignage au volet national de l'enquête publique sur les CHSLD par M ^e Géhane Kamel (22 octobre 2021)
C (NAT1)- 183.27	Note d'information du MSSS sur les stratégies d'approvisionnement (20 mars 2020)
*C (NAT1)- 183.28	Rencontre de l'AEPC du 3 avril 2020
C (NAT1)- 183.29	Demande de rencontre virtuelle de l'AEPC au premier ministre M. François Legault (24 avril 2020)
C (NAT1)- 183.30	Lettre de l'AEPC adressée aux ministres McCann et Blais concernant la dénonciation de l'état de la situation dans les CHSLD privés conventionnés

C (NAT1)-183.31	Lettre de l'AEPC au premier ministre M. François Legault concernant l'état de la situation dans les CHSLD (15 mai 2020)
C (NAT1)-183.32	Lettre de l'AEPC au sous-ministre M. Yvan Gendron concernant les admissions dans les CHSLD privés conventionnés (22 mai 2020)
C (NAT1)-183.33	Lettre de suivi de l'AEPC au sous-ministre M. Yvan Gendron concernant les admissions dans les CHSLD privés conventionnés (29 mai 2020)
C (NAT1)-183.34	Directive ministérielle sur la stratégie d'approvisionnement des équipements de protection individuelle (21 septembre 2020)
C (NAT1)-183.35	Liste des établissements non affectés par la COVID-19 pour 2020-2021
C (NAT1)-183.36	Liste des pièces additionnelles transmises par l'AEPC
C (NAT1)-184	Présentation d'Agrément Canada
C (NAT1)-185	Présentation de l'Institut national de santé publique du Québec
C (NAT1)-185 A	Présentation de D ^{re} Chantal Sauvageau (INSPQ)
C (NAT1)-185 B	Présentation de D ^r Jasmin Villeneuve (INSPQ)
C (NAT1)-185.1	COVID-19 : Caractéristiques épidémiologiques et cliniques (INSPQ) (27 février 2020)
C (NAT1)-185.2	COVID-19 : Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée pour aînés : recommandations intérimaires (INSPQ) (18 mars 2020)
C (NAT1)-185.3	COVID-19 : Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée pour aînés : recommandations intérimaires (INSPQ) (18 avril 2020 Version 1.1)
C (NAT1)-185.4	Recommandations pour la levée des mesures d'isolement – Travailleurs de la santé (après le 12 mars 2020) (INSPQ) (19 mars 2020)
C (NAT1)-185.5	Port du masque de procédure en milieu de soins aigus lors d'une transmission communautaire soutenue (INSPQ) (31 mars 2020)
C (NAT1)-185.6	COVID-19 Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée pour aînés : recommandations intérimaires (INSPQ) (8 avril 2020 version 3.4)

C (NAT1)-185.7	Annexe. Recommandations concernant les prélèvements et analyses TAAN pour la COVID-19 dans les CHSLD (incluant les installations avec mission CHSLD) (INSPQ) (11 avril 2020)
C (NAT1)-185.8	COVID-19 : Caractéristiques épidémiologiques et cliniques (INSPQ) (29 avril 2020)
C (NAT1)-185.9	COVID-19 : Mesures exceptionnelles pour les équipements de protection individuelle lors de la pandémie : recommandations intérimaires (INSPQ) (31 mars 2020 Version 1.0)
C (NAT1)-185.10	Interventions médicales générant des aérosols (INSPQ) (1 ^{er} avril 2020)
C (NAT1)-185.11	La désinfection des masques de protection respiratoire N95 à usage unique (INSPQ) (2 avril 2020 version 1.0)
C (NAT1)-185.12	Port du masque de procédure en milieux de soins lors d'une transmission communautaire soutenue (INSPQ) (3 avril 2020)
C (NAT1)-185.13	Revue rapide de la littérature scientifique : proportion de personnes asymptomatiques et potentiel de transmission de la COVID-19 par ces personnes (20 mai 2020 version 2.0)
C (NAT1)-185.14	Évolution de la létalité parmi les personnes atteintes de la COVID-19 (INSPQ) (8 novembre 2020)
C (NAT1)-185.15	Rapport épidémiologique descriptif de la COVID-19 au Québec du 23 février au 11 juillet 2020 (INSPQ) (23 novembre 2020)
C (NAT1)-185.16	Portrait de la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) chez les résidents des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) du Québec (INSPQ) (2 décembre 2020)
C (NAT1)-185.17	Transmission du SRAS-CoV-2 : constats et propositions de terminologie (INSPQ) (9 décembre 2020)
C (NAT1)-185.18	Évaluation du niveau de risque d'exposition des travailleurs de la santé lors de soins à un cas confirmé COVID (INSPQ) (20 mars 2020)
C (NAT1)-185.19	Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) (INSPQ) (20 août 2020)
C (NAT1)-186	Présentation PowerPoint de M. Philippe Crevier de la FSSS-CSN
C (NAT1)-186.1	Présentation de M. Philippe Crevier de la FSSS-CSN avec signets, annexes et hyperliens

C (NAT1)-186.2	Courriel du 16 mars 2020 de la FSSS-CSN à la CNESST pour l'établissement d'un point de contact concernant la COVID-19
C (NAT1)-186.3	Lettre du 19 mars 2020 de la FSSS-CSN à la CNESST au sujet des travailleuses et travailleurs considérés à risque du réseau de la santé et des services sociaux
C (NAT1)-186.4	Lettre du 20 mars 2020 de la FSSS-CSN à la CNESST au sujet de la disponibilité des équipements de protection individuelle
C (NAT1)-186.5	Lettre du 24 mars 2020 de la FSSS-CSN à l'Institut national de santé publique du Québec pour l'identification d'une personne-ressource à qui nous pourrions acheminer des questions et informations importantes en lien avec la COVID-19
C (NAT1)-186.6	Lettre du 24 mars 2020 de la FSSS-CSN au Directeur national de santé publique et sous-ministre adjoint du ministère de la santé publique et des services sociaux pour l'identification d'une personne-ressource à qui nous pourrions acheminer des questions et informations importantes en lien avec la COVID-19
C (NAT1)-186.7	Lettre du 31 mars 2020 de la CNESST à la FSSS-CSN en réponse à la demande d'une personne ressource en lien avec la COVID-19
C (NAT1)-186.8	Courriel du 1 ^{er} avril 2020 de M. Philippe Crevier à M. Bruno Faucher pour la mise en place d'une plateforme de collaboration et d'échange
C (NAT1)-186.9	Courriel du 2 avril 2020 de M. Bruno Faucher à M. Philippe Crevier pour l'informer qu'un mécanisme d'échange entre les parties syndicales et le MSSS est déjà en place
C (NAT1)-186.10	Lettre du 27 mai 2020 de la FSSS-CSN à la CNESST sur une possible transmission de la COVID-19 par aérosols
C (NAT1)-186.11	Lettre du 27 mai 2020 de la FSSS-CSN au Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) concernant la révision de la position de l'INSPQ relativement au mode de transmission de la COVID-19
C (NAT1)-186.12	Lettre du 27 mai 2020 de la FSSS-CSN au Directeur national de santé publique et sous-ministre adjoint du ministère de la Santé et des Services sociaux concernant la révision de la position de l'INSPQ relativement au mode de transmission de la COVID-19

C (NAT1)-186.13	Lettre du 1 ^{er} juin 2020 de l'INSPQ à FSSS-CSN en réponse à la demande de révision de la position de l'INDPQ relativement au mode de transmission de la COVID-19
C (NAT1)-186.14	Lettre du 2 juin 2020 de la CNESST à la FSSS-CSN en réponse au mode de transmission possible par aérosols
C (NAT1)-186.15	Lettre du 26 juin 2020 à la l'INSPQ sur le rôle joué par l'INSPQ et par les informations que celui-ci véhicule sur les mesures de prévention à mettre en œuvre dans les établissements de santé
C (NAT1)-186.16	Lettre du 26 juin 2020 au Directeur national de santé publique sur le rôle joué par l'INSPQ et par les informations que celui-ci véhicule sur les mesures de prévention à mettre en œuvre dans les établissements de santé
C (NAT1)-186.17	Lettre du 17 juillet 2020 de la CNESST à FSSS-CSN sur l'importance que la CNESST accorde à la prévention et à la protection de la santé des travailleurs du Québec durant la pandémie de COVID-19
C (NAT1)-187	Rapport de Mme Geneviève Marchand – La dynamique des bioaérosols et les outils de prévention de la transmission de la COVID-19
C (NAT1)-187.1	Présentation de Mme Geneviève Marchand – La dynamique des bioaérosols et les outils de prévention de la transmission de la COVID-19
C (NAT1)-187.2	Curriculum Vitae de Mme Geneviève Marchand (FIQ)
C (NAT1)-188	Présentation de M. Stéphane Lacroix et Mme Chantal Cardinal des TEAMSTERS Canada
C (NAT1)-189	Présentation de Mme Sylvie Nelson du Syndicat québécois des employées et employés de services, section locale 298 (FTQ)
C (NAT1)-190	Présentation du D ^r Quoc-Dihn Nguyen
C (NAT1)-191	Cadre de gestion régissant le recours à la main-d'œuvre indépendante pour les établissements publics et privés conventionnés
C (NAT1)-192	Présentation du Brigadier général Timothy Arsenault
C (NAT1)-193	Résumé du témoignage du D ^r Vinh-Kim Nguyen
C (NAT1)-194	Présentation du D ^{re} Marjorie Tremblay
C (NAT1)-195	Présentation de Mme Gravel pour Les entreprises privées de personnel soignant du Québec

C (NAT1)-196	Présentation de Mme Montour du Syndicat des infirmières, inhalothérapeutes et infirmières auxiliaires de Laval (SIIIAL-CSQ) et de la Fédération de la Santé du Québec, FSQ-CSQ
C (NAT1)-197	Engagement 5 (Conseil pour la protection des malades) - Lettre du 23 mars 2020 adressé par le Conseil de la protection des malades (adressée à la ministre Blais)
C (NAT1)-198	Choix, utilisation et entretien des appareils de protection respiratoire – Norme CSA Z94.4 : 18 (Février 2019)
*C (NAT1)-199	Engagement 1 (AMGQ – D ^r Serge Brazeau) – 1 ^{er} courriel entre le D ^r Serge Brazeau et les participants de la réunion des président(e)s des associations médicales affiliées à la FMSQ sur la COVID-19
C (NAT1)-200	Rapport du Comité d'examen sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales (Rapport Aucoin) (22 juin 2005) https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001284/
C (NAT1)-201	La COVID-19 au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal – Plan d'action pour la 2 ^e vague (Octobre 2020)
C (NAT1)-202	Engagement 6 (FIQ) – Transmission aérienne du virus et équipements de protection individuelle Lettre de la FIQ au ministre Christian Dubé (26 novembre 2020)
C (NAT1)-203	Engagement 6 (FIQ) – Transmission aérienne du virus et équipements de protection individuelle Lettre de la FIQ au ministre Christian Dubé (12 janvier 2021)
C (NAT1)-204	Engagement 7 (FIQ) – Principe de précaution - Lettre de la FIQ au D ^{re} Theresa Tam (Agence de la santé publique du Canada) (7 février 2020)
C (NAT)-205	Engagement 8 (FIQ) – Plainte de la FIQ à la CNESST concernant les CHSLD (14 mai 2020)
C (NAT1)-205.1	Engagement 8 (FIQ) – Plainte générale à l'égard des systèmes de ventilation, de recirculation et de la qualité de l'air (Échantillonnage environnemental) (25 mai 2020)
C (NAT1)-205.2	Engagement 8 (FIQ) – Intervention d'inspecteur-trice-s de la CNESST dans le réseau de la santé (24 avril 2020)

C (NAT1)-205.3	Engagement 8 (FIQ) – Interventions d’inspecteurs et d’inspectrices de la CNESST dans le réseau de la santé (27 avril 2020)
C (NAT1)-206	Engagement 8 (FIQ) Lettre de la FIQ à Mme Nicole Damestoy (INSQP) (26 juin 2020)
C (NAT1)-207	Lettre de la FIQ à M. Vincent Lehouillier – Directive sur le port obligatoire du masque de procédure et de la protection oculaire (16 septembre 2020)
C (NAT1)-208	Engagement 6 à 9 – Les correspondances de la FIQ sont demeurées sans réponse
C (NAT1)-209	Surveillance des actualités en santé des voyageurs – Mise à jour sur le nouveau coronavirus 2019-nCov (INSPQ v. 21 n° 2 - 4 février 2020)
C (NAT1)-210	Avis du CINQ (Gestion du risque pour la protection respiratoire en milieu de soins aigus) (Version 1.0) (26 février 2020)
C (NAT1)-211	Avis du CINQ (Gestion du risque pour la protection respiratoire en milieu de soins aigus) (Version 2.0) (18 mars 2020)
C (NAT1)-212	Plan québécois de lutte à une pandémie d’influenza <i>Mission Santé</i> (2006)
C (NAT1)-212.1	ANNEXE COVID-19 Plan actualisé de lutte contre une pandémie d’influenza <i>Mission Santé</i> (2020)
C (NAT1)-212.2	Plan gouvernemental en cas de pandémie d’influenza – OSCQ (Février 2008)
C (NAT1)-212.3	Engagement 14 (MSSS) – Niveaux d’intervention entourant la COVID-19 (version du 13 mars 2020)
C (NAT1)-212.4	Engagement 14 (MSSS) – ANNEXE COVID-19 Plan actualisé de lutte contre une pandémie d’influenza <i>Mission Santé</i> (version préliminaire du 16 mars 2020)
C (NAT1)-212.5	Engagement 14 (MSSS) – ANNEXE COVID-19 Plan actualisé de lutte contre une pandémie d’influenza <i>Mission Santé</i> (version du 31 mars 2020)
C (NAT1)-212.6	Engagement 14 (MSSS) – Niveaux d’intervention entourant la COVID-19 (version du 23 juin 2020)
C (NAT1)-213	Engagement 11 (SQEES-UES-FTQ) – Demande, au ministre du travail, d’adoption d’une convention collective relative au secteur des centres d’hébergement privés pour aînés (20 avril 2020)
C (NAT1)-214	Directive numéro 5 du Directeur national de santé publique ontarien au regard des EPI en vigueur lors de la première vague de COVID-19

C (NAT1)-215	Directive sur la mise en preuve de la gestion du risque d'exposition aux aérosols de SRAS-CoV-2 des travailleurs de la santé dans les milieux de soins (MSSS) 9 février 2021)
C (NAT1)-216	Comptes-rendus des rencontres du comité de direction CODIR et du Comité de gestion du réseau (CGR) du 14/01/2020, du 15/01/2020, du 22/01/2020, du 29/01/2020, du 3/02/2020, du 19/02/2020, du 26/02/2020, du 9/03/2020 et du 20/05/2020 https://www.msss.gouv.qc.ca/inc/document/s/ministere/acces_info/demandes-acces/2020-2021/2020-2021-152-Document.pdf
C (NAT1)-217	Engagement 28 (MSSS-PG) : Lettre du directeur général adjoint M. Martin Simard aux coordonnateurs de sécurité civile des établissements du RSSS concernant les attentes ministérielles en lien avec les volets de la mission Santé du Plan national de sécurité civile (28 janvier 2020)
C (NAT1)-218	Correspondance entre M ^e Jean-François Pedneault et M ^e Dave Kimpton concernant le suivi du témoignage de Mme Nathalie Rosebush (17 et 18 novembre 2021)
C (NAT1)-219	La COVID-19 dans les CHSLD durant la première vague de la pandémie. Cibler les causes de la crise, agir, se souvenir - Rapport spécial du protecteur du citoyen (23 novembre 2021) https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/2021-11/rapport-special-chsld-premiere-vague-COVID-19.pdf
C (NAT1)-220	Engagement 22 (MSSS) - Grilles utilisées durant les visites de vigie pour les CHSLD et RPA visés par l'enquête durant la 1 ^{re} vague
C (NAT1)-220.1	Engagement 22 (MSSS) – Grille de visites de vigie dans les milieux de vie (Version 2020-04-14 au 2020-05-24)
C (NAT1)-220.2	Engagement 22 (MSSS) – Grille de visite de vigie dans les milieux de vie (Version 2020-06-02 au 2020-06-22)
C (NAT1)-220.3	Engagement 22 (MSSS) - Informations recueillies lors des visites de vigie du 11 avril 2020 dans les 2 CHSLD privés visés par l'enquête
C (NAT1)-220.4	Engagement 22 (MSSS) Informations recueillies lors des visites subséquentes dans les CHSLD visés par l'enquête

C (NAT1)-220.5	Engagement 39 (CIUSSS OIDM) – Aucun document additionnel à la pièce C (NAT1)-220.4
C (NAT1)-220.6	Engagement 39 (CIUSSS MCQ) Audit au CHSLD Laflèche
C (NAT1)-220.7	Engagement 39 (CIUSSS MCQ) Grille de visite du 17 avril 2020 au CHSLD Laflèche
C (NAT1)-220.8	Engagement 39 (CISSS ME) Aucun document additionnel en lien avec les visites au CHSLD René-Lévesque
C (NAT1)-220.9	Engagement 39 (CIUSSS CSIM) Tableau des visites de vigie du 22 avril au 30 mai 2020 au CHSLD Yvon-Brunet
C (NAT1)-220.10	Engagement 39 (CIUSSS CSIM) Grille des visites de vigie du 22 avril au 30 mai 2020 au CHSLD Yvon-Brunet
C (NAT1)-220.11	Engagement 39 (MSSS) – Aucun document additionnel à la pièce C (NAT1)-220.4
C (NAT1)-220.12	Engagement 39 (CISSS LAVAL) – Aucun document additionnel à la pièce C (NAT1)-220.4
C (NAT1)-220.13	Engagement 39 (CISSS CA) – Aucun document additionnel à la pièce C (NAT1)-220.4
C (NAT1)-220.14	Engagement 39 (CISSS LAN) – Aucun document additionnel à la pièce C (NAT1)-220.4
C (NAT1)-221	Regard du CINQ sur la : <i>Revue systématique de la littérature scientifique avec méta-analyse sur l'efficacité des méthodes barrière pour protéger contre la COVID-19 dans les environnements de travail et personnes</i> (4 septembre 2020) – Soutien à l'engagement 13 (FIQ)
C (NAT1)-222	Engagement 23 (MSSS) – Recommandations présentées par le Comité d'experts COVID-19 en date du 23 avril 2020
C (NAT1)-222.1	Engagement 23 (MSSS) – Courriel de transmission des directives au RSSS par M. Yvan Gendron (28 avril 2020)
C (NAT1)-222.2	Engagement 23 (MSSS) – Directives au RSSS – Groupe experts (28 avril 2020)
C (NAT1)-222.3	Engagement 23 (MSSS) – Rapport du groupe d'experts : Bilan des recommandations et orientations générales pour les aînés en contexte de COVID-19 (12 juin 2020)
C (NAT1)-223	Engagement 12 (INSPQ) – Ligne du temps concernant la décentralisation des tests

C (NAT1)-224	Engagement 13 (INSPQ) – Méta-analyse sur les mesures barrières et avis du comité d'interprétation Efficacité des méthodes barrière pour protéger contre la COVID-19 dans les environnements de travail et personnels : revue systématique de la littérature scientifique avec méta-analyses (septembre 2020)
C (NAT1)-225	Engagement 13 (INSPQ) – Méta-analyse sur les mesures barrières et avis du comité d'interprétation Efficacité des méthodes barrière pour protéger contre la COVID-19 dans les environnements de travail et personnels : revue systématique de la littérature scientifique avec les méta-analyses. Rapport du comité consultatif d'interprétation des résultats (15 septembre 2020)
C (NAT1)-226	Engagement 13 (INSPQ) – Méta-analyse sur les mesures barrières et avis du comité d'interprétation Regard du Cinq sur la Revue systématique de la littérature scientifique avec méta-analyse sur l'efficacité des méthodes barrière pour protéger contre la COVID-19 dans les environnements de travail personnels (4 septembre 2020)
C (NAT1)-227	Engagement 16 (INSPQ) – Scénarios de l'INSPQ de février 2020 transmis au MSSS
C (NAT1)-227.1	Engagement 16 (INSPQ) – Hypothèses de scénario de propagation du NCoronaV au Québec vers 5 février 2020
C (NAT1)-227.2	Engagement 16 (INSPQ) – Modèle simplifié et paramétrable basée sur les taux de décès des personnes hospitalisées
C (NAT1)-228	Présentation du 9 mars faite par l'INSPQ au MSSS concernant les scénarios (Impact COVID Québec 2020-03-09)
C (NAT1)-228.1	Ligne du temps des cas mondial – Chine et autres (INSPQ)
C (NAT1)-229	Présentation du 18 mars qui a été faite au MCE (Impact COVID Québec version 18 mars)
C (NAT1)-230	Recommandations de l'INSPQ (Mme Nicole Damestoy)
C (NAT1)-231	Recommandations communes des Directions régionales de santé publique (DRSP) (D ^{rs} Loslier et Trépanier)

C (NAT1)-232	Recommandations communes des présidents-directeurs généraux de six CISSS et CIUSSS (M. Carol Filion)
C (NAT1)-233	Engagement 4 (EPPSQ) Appel d'offres 2019-4037-00-01 – SIGMA SANTÉ - Contrat
C (NAT1)-233.1	Engagement 4 (EPPSQ) Appel d'offres 2019-4037-00-01 – SIGMA SANTÉ – Devis d'exécution
C (NAT1)-233.2	Engagement 4 (EPPSQ) Appel d'offres 2019-4037-00-01 – SIGMA SANTÉ – Formulaire de soumissions
C (NAT1)-233.3	Engagement 4 (EPPSQ) Appel d'offres 2019-4037-00-01 – SIGMA SANTÉ – Bordereau de prix
C (NAT1)-233.4	Engagement 4 (EPPSQ) Appel d'offres 2019-4037-00-01 – SIGMA SANTÉ – Liste des établissements participants
C (NAT1)-233.5	Engagement 4 (EPPSQ) Appel d'offres 2019-4037-00-01 – SIGMA SANTÉ – Procédure de gestion des plaintes
C (NAT1)-233.6	Engagement 4 (EPPSQ) Appel d'offres 2019-4037-00-01 – SIGMA SANTÉ - Régie
* C (NAT1)-233.7	Engagement 4 (EPPSQ) Exemple contrat d'embauche
C (NAT1)-234	Engagement 3 (MSSS) - Date à laquelle le ministre de la santé s'est positionné quant à la date d'imputabilité des PDG des CIUSSS et CISSS (3 septembre 2020)
C (NAT1)-235	Engagement 24 (MSSS) – COVID-19 et téléconsultation en médecine générale et spécialisée en centre d'hébergement et de soins de longue durée 20 janvier 2021 (INESSS)
C (NAT1)-235.1	Engagement 24 – (MSSS) – COVID-19 et la pratique de la téléconsultation de première ligne et médecine spécialisée : principes généraux Annexes complémentaires 20 janvier 2021 (INESSS)
C (NAT1)-235.2	Engagement 24 (MSSS) – COVID-19 et la pratique de la téléconsultation en médecine de première ligne et médecine spécialisée : principes généraux 8 mars 2021 (INESSS)
C (NAT1)-236	Engagement 25 (MSSS) – Composition du comité de services médicaux fin mars 2020
C (NAT1)-237	Engagement 27 (MSSS) - Mise en place des pratiques exemplaires d'approvisionnement destinées aux établissements du RSSS pour faciliter la distribution des EPI dans les CHSLD publics et privés (28 avril 2020)
C (NAT1)-238	Engagement 15 (CIUSSS et CISSS) – Plans de pandémie effectifs en début 2020

C (NAT1)-238.1	Engagement 15 (CIUSSS / CISSS) – Plan régional de lutte à une pandémie d'influenza Mission santé Édition révisée (Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches Novembre 2006)
C (NAT1)-238.2	Engagement 15 (CIUSSS / CISSS) – Plan de gestion lors de l'éclosion de l'influenza et/ou de gastro-entérite 2019 (CISSS de Chaudière-Appalaches)
C (NAT1)-238.3	Engagement 15 (CIUSSS / CISSS) Plan local de lutte à une pandémie d'influenza – Mission santé (CISSS de l'énergie 31 octobre 2006)
C (NAT1)-238.4	Engagement 15 (CIUSSS / CISSS) – Plan régional de lutte à une pandémie de maladies infectieuses transmissibles Révisée le 11 novembre 2019 (CISSS-Lanaudière)
C (NAT1)-238.5	Engagement 15 (CIUSSS / CISSS) – Plan régional de lutte à une pandémie d'influenza – Mission santé (Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie octobre 2006)
C (NAT1)-238.6	Engagement 15 (CIUSSS / CISSS) – Plan montréalais de lutte à une pandémie (CIUSSS CSÎMTL mars 2020)
C (NAT1)-238.7	Engagement 15 (CIUSSS / CISSS) – Balise à des fins de planification COVID-19 (Courriel MSSS – Sécurité civile 16 mars 2020)
C (NAT1)-238.8	Engagement 15 (CIUSSS / CISSS) – Diffusion d'une première version de l'annexe COVID-19 (document de travail) et du Plan actualisé de lutte contre la pandémie d'influenza – Mission santé (Courriel MSSS – Sécurité civile 16 mars 2020)
C (NAT1)-238.9	Engagement 15 (CIUSSS / CISSS) – Lettre du sous-ministre aux présidents-directeurs généraux et directeurs généraux des établissements publics de santé et de services sociaux (3 mars 2020)
C (NAT1)-238.10	Engagement 15 (CIUSSS / CISSS) – Plan d'action coronavirus 29 janvier 2020
C (NAT1)-239	Engagement 15 (CIUSSS ODIM) – Plan de pandémie 2020-2021
C (NAT1)-239.1	Engagement 15 (CIUSSS ODIM) – Pré-triage : Point de contact et consultation téléphonique (Outil décisionnel version mise à jour 11 février 2021)

C (NAT1)-239.2	Engagement 15 (CIUSSS ODIM) – Lettre du sous-ministre aux présidents-directeurs généraux et directeurs généraux des établissements publics de santé et de services sociaux (3 mars 2020)
C (NAT1)-239.3	Engagement 15 (CIUSSS ODIM) – Demande de la Direction générale à la DSI de produire un plan de pandémie dans le contexte de la pandémie du COVID-19 (2 mars 2020)
C (NAT1)-239.4	Engagement 15 (CIUSSS ODIM) – Note de service du bureau de la présidente-directrice générale à la communauté CIUSSS sur l'état de situation sur le COVID-19 (Coronavirus) 9 mars 2020
C (NAT1)-239.5	Engagement 15 (CIUSSS ODIM) — Projet d'ordre du jour — Comité de direction 10 mars 2020
C (NAT1)-239.6	Engagement 15 (CIUSSS ODIM) – Formulaire d'engagement à l'évaluation quotidienne de votre état de santé en tant qu'employé du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal
C (NAT1)-240	Rothe, Camilla et al. "Transmission of 2019-nCoV Infection from an Asymptomatic Contact in Germany. <i>The New England journal of medicine</i> vol. 382,10 (2020) : 970-971. Doi : 10.1056/NEJMc2001468 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7120970/
C (NAT1)-241	Extraits des conventions collectives locales (FIQ) - Déplacement de personnel de la catégorie 1
C (NAT1)-242	Engagement 35 (INSPQ) - Le nom de la personne responsable de la veille scientifique de janvier à mars 2020, la liste des articles répertoriés lors de cette veille pour la période et la liste de distribution de cette veille au sein du réseau
C (NAT1)-243	Engagement 37 (INSPQ) - Courriels échangés entre la DGSP et D ^r Villeneuve le ou vers le 8, 9 et 10 mars 2020 concernant la préparation du document sur les mesures de PCI en CHSLD
C (NAT1)-244	Engagement 38 (INSPQ) - La date à laquelle l'INSPQ a formulé la première recommandation de séparer les patients confirmés COVID positifs de ceux en attente de résultat dans les cohortes
C (NAT1)-245	Courriel de M ^e Rosalie Jalbert concernant les engagements 35, 37 et 38 de l'INSPQ
C (NAT1)-246	Urgence sanitaire : le médecin face à des enjeux légaux et déontologiques – Collège des médecins 14 mars 2020

C (NAT1)-247	Le médecin et les urgences sanitaires. Énoncé de position du Collège des médecins Mai 2008 avec ajout d'une note datée de mars 2020
C (NAT1)-248	Téléconsultation en situation de pandémie Rappel des obligations déontologiques des médecins – Collège des médecins 19 mars 2020
C (NAT1)-249	Téléconsultations durant la pandémie de COVID-19 : le Collège publie un guide à l'intention des médecins 31 mars 2020
C (NAT1)-250	Les téléconsultations réalisées par les médecins durant la pandémie de COVID-19. Guide à l'intention des médecins 31 mars 2020
C (NAT1)-251	Grille de vigie dans les milieux de vie – Manoir Liverpool 30 avril 2020
C (NAT1)-252	Grille de vigie dans les milieux de vie – CHSLD Yvon-Brunet 2 juin 2020
C (NAT1)-253	Engagement 43 (MSSS) : Grilles d'identification des visites de vigies aux fins du repérage de ces visites au sein de la documentation transmis par le MSSS et qui concerne l'ensemble des visites de vigie effectuées dans toutes les installations lors de la 1 ^{re} vague
C (NAT1)-253.1	Engagement 43 (MSSS) : Documents de soutien pour la navigation des données source
C (NAT1)-254	Grille de vigie dans les milieux de vie – CHSLD Laflèche 17 avril 2020
C (NAT1)-255	Grille de vigie dans les milieux de vie – CHSLD Herron 30 avril 2020
C (NAT1)-256	Grille de vigie dans les milieux de vie – CHSLD Yvon-Brunet 1 mai 200
C (NAT1)-257	Engagement 41 (MSSS) : États de situation transmis par la sécurité civile du MSSS aux diverses directions du MSSS de la fin janvier jusqu'au 10 avril 2020
C (NAT1)-257.1	Engagement 41 (MSSS) : État de situation transmis par la sécurité civile du MSSS aux diverses directions du MSSS 23 janvier 2020 – 7 h
C (NAT1)-258	Engagement 20 (MSSS) : Chronologie et enregistrements audios des appels 811 de la propriétaire de Herron Mme Choweiri
C (NAT1)-258.1	Engagement 20 (MSSS) Fiche d'appel Info-Santé 28 mars 2020 9 h 32
C (NAT1)-258.2	Engagement 20 (MSSS) Appel à Info-Santé 28 mars 2020, 9 h 32
C (NAT1)-258.3	Engagement 20 (MSSS) Appel Info-Santé à DRSP 28 mars 2020, 10 h 11
C (NAT1)-258.4	Engagement 20 (MSSS) Retour appel DRSP à Info-Santé 28 mars 2020, 11 h 30

C (NAT1)-258.5	Engagement 20 (MSSS) Fiche d'appel Info-Santé 29 mars 2020, 14 h 34
C (NAT1)-258.6	Engagement 20 (MSSS) Appel à Info-Santé 29 mars 2020, 14 h 34
C (NAT1)-258.7	Engagement 20 (MSSS) Télécopie à DRSP 2020-03-29, 15 h 47
C (NAT1)-259	Engagement 32 (MSSS) Accusé de réception de la boîte courriel ministère de la ministre McCann concernant la lettre du groupe Katasa et accusé de réception de la boîte courriel du cabinet de la ministre Blais (en lien avec la pièce C (PG)-10)
C (NAT1)-260	Engagement 17 (MSSS) Personne responsable des morgues temporaires qui ont été installées au Québec durant la première vague
C (NAT1)-261	Engagement 36 (MSSS) Les inspections ministérielles usuelles qui ont eu lieu lors de la première vague dans les établissements visés par l'enquête et s'il y lieu les rapports afférents
C (NAT1)-262	Engagement 40 (MSSS) Les directives reliées à l'ajustement des niveaux de soins pour les CHSLD (Mars 2020)
C (NAT1)-263	Engagement 45 (MSSS) Procès-verbal de la réunion téléphonique du 27 janvier 2020 entre les coordonnateurs de la sécurité civile du MSSS
C (NAT1)-264	Engagement 44 (MSSS) Tableaux de suivi du Comité directeur de la sécurité civile de janvier à mars 2020
C (NAT1)-265	Engagement 44 (MSSS) Tableaux de suivi de la Table de coordination de la sécurité civile de janvier à mai 2020
C (NAT1)-266	Engagement 46 (MSSS) Compte-rendu du comité stratégique le ou vers le 28 février 2020 (1 ^{re} rencontre)
C (NAT1)-267	Engagement 10 (MSSS) Facturation de la RAMQ des médecins en CHSLD pour la période du 14 mars au 10 avril 2020 (télémédecine) Engagement 21 (MSSS) Pourcentage de services rendus en télémédecine par région sociaux sanitaires (si le document existe déjà) Relié à page 43 C (NAT2)-77
C (NAT1)-267.1	Engagement 10 et 21 (MSSS) Lettre d'entente numéro 269 – Modalités de rémunération des médecins omnipraticiens applicables en cas d'épidémie de grippe
C (NAT1)-267.2	Engagement 10 et 21 (MSSS) Données par région concernant les services fournis par correspondance ou par voie de télécommunication en CHSLD pour la période du 16 mars au 10 avril 2020

C (NAT1)-268	Engagement 2 (AÉLDPQ) Liste des établissements privés et conventionnés sans éclosion lors de la première vague
C (NAT1)-269	Engagement 34 (MSSS) Projet informatisation des bulletins SP-3 – Document explicatif sur détails du projet et la mise en application
C (NAT1)-269.1	Engagement 34 (MSSS) Système d'informatisation des événements démographiques (SIED)/Informatisation du bulletin de décès (SP-3) Manuel d'organisation de projet (MOP)
C (NAT1)-270	Engagement 52 (MSSS) Gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux en temps de pandémie d'influenza A (H1N1) en 2009 au Québec : les points de vue d'acteurs des paliers national, régional et local. Rapport d'Évaluation Édition révisée juillet 2012 https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-220-01F.pdf
C (NAT1)-271	Engagement 18 (MSSS) Courriels de M. Philippe Lachance ou autres personnes concernant les appels des travailleurs de la santé à la ligne Info-Santé (811) provenant des CHSLD de 23 mars et le 5 avril 2020
C (NAT1)-271.1	Engagement 18 (MSSS) Courriel de transmission par le MSSS des audios 811 pour Herron
C (NAT1)-271.2	Engagement 18 (MSSS) Courriel explicatif des démarches faite par l'équipe de Philippe Lachance pour retracer les appels au 811
C (NAT1)-271.3	Engagement 18 (MSSS) Situation Herron - Orientation en vigueur et fiches d'appel de la propriétaire
C (NAT1)-271.3.1	Engagement 18 (MSSS) Réponses pour les travailleurs de la santé
C (NAT1)-271.3.1.1	Engagement 18 (MSSS) Matrice d'évaluation du niveau de risque d'exposition des travailleurs de la santé lors des soins à un cas confirmé COVID (20-03-2020)
C (NAT1)-271.3.1.2	Engagement 18 (MSSS) Mesures de prévention recommandées pour les milieux de travail dans le contexte de l'actuelle éclosion de COVID-19 (18 mars 2020)
C (NAT1)-271.3.1.3	Engagement 18 (MSSS) Recommandations pour la levée des mesures d'isolement Travailleurs de la santé (après le 12 mars 2020)
C (NAT1)-271.3.2	Engagement 18 (MSSS) Avis destiné au service Info-Santé. Maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) et MRSI (2020-03-24)

C (NAT1)-271.4	Engagement 18 (MSSS) Outil d'évaluation pour les infirmières au dépistage du 811 COVID-19 (2020-03-25 13 h)
C (NAT1)-271.5	Engagement 18 (MSSS) Chronologie – Critères de dépistage de la COVID-19 (27 février au 3 juin 2020)
C (NAT1)-272	Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène et étiquette respiratoire (inspq.qc.ca, septembre 2018)
C (NAT1)-273	Notions de base en prévention et contrôle des infections : précautions additionnelles (inspq.qc.ca, février 2019)
C (NAT1)-274	Notions de base en prévention et contrôle des infections : gestion des visiteurs (inspq.qc.ca, septembre 2018)
C (NAT1)-275	Engagement 29 (MSSS) Tableau des visites faites au bureau du sous-ministre 27 mars au 27 avril – En liasse avec un courriel explicatif
C (NAT1)-276	Engagement 26 (MSSS) Programmes de soins palliatifs l'ensemble des CHSLD de l'enquête
C (NAT1)-277	Engagement 33 (MSSS) Fiche explicative de la ventilation du 95 millions autre que pour PAB et infirmières en CHSLD
C (NAT1)-277.1	Engagement 33 (MSSS) Méthodologie des ajouts de ressources en CHSLD (92,5 M\$)
C (NAT1)-277.2	Engagement 33 (MSSS) Lettre aux directeurs des ressources humaines concernant les projets pilotes ratios (2 février 2021)
C (NAT1)-278	Engagement 42 (MSSS) Fiche explicative du topo CHSLD pour la 1 ^{re} vague pour les CHSLD visés par l'enquête
C (NAT1)-278.1	Engagement 42 (MSSS) Tableau du topo CHSLD en date du 1 ^{er} mai 2020
C (NAT1)-278.2	Engagement 42 (MSSS) Tableau du topo CHSLD en date du 15 mai 2020
C (NAT1)-278.3	Engagement 42 (MSSS) Tableau du topo CHSLD en date du 22 mai 2020
C (NAT1)-278.4	Engagement 42 (MSSS) Tableau du topo CHSLD en date du 29 mai 2020
C (NAT1)-278.5	Engagement 42 (MSSS) Tableau du topo CHSLD en date du 5 juin 2020
C (NAT1)-278.6	Engagement 42 (MSSS) Tableau du topo CHSLD en date du 12 juin 2020
C (NAT1)-278.7	Engagement 42 (MSSS) Tableau du topo CHSLD en date du 19 juin 2020
C (NAT1)-278.8	Engagement 42 (MSSS) Tableau du topo CHSLD en date du 26 juin 2020
C (NAT1)-278.9	Engagement 42 (MSSS) Copie du tableau de topo CHSLD pour la région de la Montérégie-Est

C (NAT1)-279	Engagement 47 (MSSS) Correspondance de M ^e Annie Dumont concernant la vérification à savoir s'il existe un écrit à propos de l'appel de S. Choweiri du 7 avril 2020 au cabinet de la ministre
C (NAT1)-280	Engagement 30 (MSSS) Tous les courriels ou notes transmis concernant les évaluations du ministère en lien avec les visites dans les CHSLD couverts entre le 13 mars et 1 ^{er} mai 2020
C (NAT1)-281	Engagement 48 (MSSS) Courriels en liasse de l'équipe de Mme Blais ou son cabinet portant sur Herron entre le 29 mars et le 10 avril 2020
C (NAT1)-282	Engagement 49 (MSSS) Obtenir le nom des installations et leurs missions respectives, la date, la nature et le résumé des simulations
C (NAT1)-283	Engagement 50 (MSSS) Courriels ou notes transmis par les coordonnateurs sécurité civile « terrain » ou du ministère concernant les CHSLD en mars et avril 2020
C (NAT1)-284	Engagement 51 (MSSS) Provenance de l'information tirée de l'E/S du 30 janvier 2020 (15 h) (pièce C(NAT-1)-257) à l'effet que les stocks d'EPI sont bons pour 2 ans et confirmation de la Direction générale que c'est bien elle qui est à la source de cette information

LISTE DES PIÈCES

Volet recommandations - C (NAT2)

Cote	Description
C(NAT2)-1	Liste des décrets, arrêtés ministériels et directives aux CHSLD RPA RI RTF du 2020-05-11 au 2020-09-30
C(NAT2)-2	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-03325) (11 mai 2020)
C(NAT2)-3	Lettre de Mme Marguerite Blais (20-MS-03823-11) (13 mai 2020)
C(NAT2)-4	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-03823-10) (13 mai 2020)
C(NAT2)-4.1	Arrêté numéro 2020-034 (9 mai 2020)
C(NAT2)-5	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-03823-12) (13 mai 2020)
C(NAT2)-5.1	Levée de l'isolement des travailleurs de la santé
C(NAT2)-6	Lettre de M. Yvan Gendron 2020-05-13 (20-MS-02908-96) (13 mai 2020)
C(NAT2)-7	Arrêté ministériel 2020-037 (14 mai 2020)
C(NAT2)-8	Arrêté ministériel 2020-038 (15 mai 2020)
C(NAT2)-9	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-02908-96) (15 mai 2020)
C(NAT2)-9.1	Mise à jour du tableau Directives cliniques résumant l'ensemble des éléments adoptés par le MSSS en suivi les travaux effectués par les sous-comités COVID-19
C(NAT2)-10	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-03823-25) (15 mai 2020)
C(NAT2)-11	Lettres de M. Yvan Gendron (20-MS-02908-94) (17 mai 2020)
C(NAT2)-11.1	Lettres de M. Yvan Gendron aux exploitants de résidences privées pour aînés
C(NAT2)-11.2	Formulaire de consentement version anglaise
C(NAT2)-11.3	Formulaire de consentement version française
C(NAT2)-12	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-03823-02) (18 mai 2020)
C(NAT2)-12.1	Mise à jour des directives concernant les grandes orientations à suivre dans les RPA
C(NAT2)-13	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-03823-34) (20 mai 2020)
C(NAT2)-13.1	Directives proches aidants en CH
C(NAT2)-14	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-03823-38) (21 mai 2020)
C(NAT2)-15	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-03823-34) (21 mai 2020)
C(NAT2)-16	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-03823-37) (21 mai 2020)

C(NAT2)-16.1	Consignes pour les gestionnaires des programmes-services en déficience physique, en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme et des services en réadaptation en santé physique (incluant le volet gériatrique) des établissements de santé et de services sociaux et des hôpitaux de réadaptation
C(NAT)-17	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-03823-34) (21 mai 2020)
C(NAT2)-18	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-03823-43)
C(NAT2)-18.1	Directives sur les zones tampons
C(NAT2)-19	Arrêté ministériel 2020-039 (22 mai 2020)
C(NAT2)-20	Lettre M. Yvan Gendron (20-MS-03823-40) (22, mais 2020)
C(NAT2)-21	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-03823-34) (22 mai 2020)
C(NAT2)-21.1	Tableau - Directives cliniques (22 mai 2020)
C(NAT2)-22	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-03823-49) (22 mai 2020)
C(NAT2)-22.1	Schéma_Trajectoire RI-RTF RAC INTERNAT RPA_MAJ 22-05-20.
C(NAT2)-22.2	Schéma_Trajectoire CHSLD_MAJ 22-05-20
C(NAT2)-23	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-03823-44) (25 mai 2020)
C(NAT2)-23.1	Mise à jour des informations et des consignes pour les pour les CHSLD
C(NAT2)-24	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-03823-34) (25 mai 2020)
C(NAT2)-24.1	Tableau – port du masque et d'une protection oculaire dans les CHSLD, RI, RTF, RPA et centre hospitaliers
C(NAT2)-25	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-03823-48) (26 mai 2020)
C(NAT2)-25.1	Document de l'INSPQ intitulé « Mesures de prévention et contrôle des infections pour l'utilisation des climatiseurs mobiles et des ventilateurs sur pied en milieux de soins dans un contexte de COVID-19 »
C(NAT2)-26	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-03823-60) (26 mai 2020)
C(NAT2)-26.1	Consignes pour l'assouplissement des mesures concernant la présence des personnes proches aidantes qui offrent une aide ou un soutien significatifs dans les CHSLD, les RI-RTF, les RPA
C(NAT2)-27	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-03823-63) (27 mai 2020)
C(NAT2)-27.1	Directives pour la levée de l'isolement pour les travailleurs de la santé, remplaçant les directives émises le 12 mai 2020
C(NAT2)-28	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-03823-69) (28 mai 2020)

C(NAT2)-28.1	Document de l'INSPQ sur les mesures de prévention et contrôle des infections pour l'utilisation des climatiseurs mobiles et des ventilateurs sur pied en milieux de soins dans un contexte de COVID-19
C(NAT2)-29	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-03823-69) (29 mai 2020)
C(NAT2)-30	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-03823-75) (29 mai 2020)
C(NAT2)-31	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-03823-81) (1 ^{er} juin 2020)
C(NAT2)-32	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-03823-54) (1 ^{er} juin 2020)
C(NAT2)-32.1	Mise à jour de l'état des directives concernant la COVID-19 en date du 29 mai 2020.
C(NAT2)-33	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-0323-80) (2 juin 2020)
C(NAT2)-33.1	Mise à jour des directives concernant les proches aidants et accompagnateurs en centres hospitaliers
C(NAT2)-34	Arrêté ministériel 2020-042 (4 juin 2020)
C(NAT2)-35	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-03823-80) (5 juin 2020)
C(NAT2)-35.1	Mise à jour de l'état des directives concernant la COVID-19 en date du 5 juin 2020
C(NAT2)-36	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-03823-99) (8 juin 2020)
C(NAT2)-36.1	Directives au réseau pour l'enquête de prévalence des employés du réseau de la santé et des services sociaux
C(NAT2)-37	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-03823-92)
C(NAT2)-37.1	Nouvelles directives ministérielles à la suite de la levée de l'isolement des travailleurs de la santé par INSPQ.
C(NAT2)-38	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-05553-02) (9 juin 2020)
C(NAT2)-38.1	Ordonne du DNSP portant sur le masque N95
C(NAT2)-39	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-05553-09) (10 juin 2020)
C(NAT2)-39.1	Procédure pour l'accès et le traitement des indicateurs des milieux de vie du réseau de la santé – COVID-19 (cas confirmés et décès)
C(NAT2)-39.2	ANNEXE lien pour l'Accès aux indicateurs du portail sécurisé de l'Infocentre
C(NAT2)-39.3	Serment de confidentialité ACCÈS Indicateurs COVID-19 – Données nominales
C(NAT2)-39.4	Formulaire de droit d'accès aux données COVID-19 – milieu de vie CISSS CIUSS
C(NAT2)-40	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-05553-08) (10 juin 2020)
C(NAT2)-41	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-03823-34) (11 juin 2020)

C(NAT2)-41.1	Tableau concernant le port du masque médical et de la protection oculaire dans les CHSLD, RI-RTF, RPA et centres hospitaliers
C(NAT2)-42	Arrêté ministériel 2020-044 (12 juin 2020)
C(NAT2)-43	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-05553-01) (12 juin 2020)
C(NAT2)-43.1	Tableau pour le transfert inter-régions, inter-établissements ou inter-installations et test COVID-19
C(NAT2)-45	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-05553-01) (15 juin 2020)
C(NAT2)-45.1	Résumé des directives ministérielles - cliniques – trajectoires des personnes : patients et professionnels
C(NAT2)-46	Arrêté ministériel 2020-045 (17 juin 2020)
C(NAT2)-47	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-03823-75) (17 juin 2020)
C(NAT2)-48	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-05553-24) (18 juin 2020)
C(NAT2)-49	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-05553-30) (19 juin 2020)
C(NAT2)-49.1	Mise à jour des directives concernant les RI-RTF et plan de déconfinement qui devra s'appliquer à l'ensemble des RI-RTF adultes à compter du 18 juin.
C(NAT2)-50	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-05553-20) (18 juin 2020)
C(NAT2)-50.1	Plan de déconfinement applicable à l'ensemble des CHSLD du Québec à compter du 18 juin
C(NAT2)-51	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-05553-32) (18 juin 2020)
C(NAT2)-51.1	Plan de déconfinement applicable à l'ensemble des RPA
C(NAT2)-52	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-05553-16) (18 juin 2020)
C(NAT2)-52.1	Mise à jour des directives concernant la venue des proches aidants et accompagnateurs en centres hospitaliers
C(NAT2)-53	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-05553-37) (19 juin 2020)
C(NAT2)-53.1	Mise à jour des directives concernant les CHSLD dans le contexte du déconfinement processus des CHSLD
C(NAT2)-54	Lettre de M. Yvan Gendron (20-MS-05553-26) (19 juin 2020)
C(NAT2)-54.1	Mise à jour des directives sur les personnes proches aidantes applicables aussi aux visiteurs dans les CHSLD, RI-RTF, SAPA et RPA
C(NAT2)-55	Lettre de Mme Dominique Savoie (20-MS-05553-45) (26 juin 2020)
C(NAT2)-55.1	Mise à jour des directives dans le contexte de déconfinement progressif des RPA.

C(NAT2)-56	Arrêté ministériel 2020-049 (4 juillet 2020)
C(NAT2)-57	Lettre de Mme Dominique Savoie (20-MS-05553-42) (6 juillet 2020)
C(NAT2)-57.1	Mise à jour des lignes directrices en hospitalisation
C(NAT2)-57.2	COVID: Classification des centres désignés par région
C(NAT2)-57.3	Mise à jour des directives en regard de la gestion de la clientèle en soins palliatifs et de fin de vie
C(NAT2)-57.4	Suivi de la mise à jour des lignes directrices en hospitalisation
C(NAT2)-58	Lettre de Mme Dominique Savoie (20-MS-05553-53) (7 juillet 2020)
C(NAT2)-58.1	Schéma Trajectoire : admission ou retour en CHSLD après un séjour en centre hospitalier ou en milieu de réadaptation/admission en CHSLD en provenance de la communauté.pdf
C(NAT2)-58.2	Schéma trajectoire pour l'admission et le séjour en milieu de réadaptation désigné et non désigné (déficience physique, santé physique et réadaptation modérée)
C(NAT2)-58.3	Directives concernant les programmes-services en déficience physique, déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme ainsi que les milieux de réadaptation (déficience physique, santé physique et modérée)
C(NAT2)-58.4	Informations et des consignes pour la création de zones tampons
C(NAT2)-58.5	Informations et des consignes pour les ressources intermédiaires et les ressources de type familial (RI-RTF) qui accueillent des personnes du programme-services SAPA, santé mentale (SM), dépendance ou ayant une DP, une DI ou un TSA, incluant la clientèle jeunesse de ces programmes-services confiée en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux
C(NAT2)-59	Lettre de Mme Dominique Savoie (20-MS-05553-42) (7 juillet 2020)
C(NAT2)-60	Lettre de Mme Dominique Savoie (20-MS-05553-59) (7 juillet 2020)
C(NAT2)-60.1	Stratégie de dépistage
C(NAT2)-61	Lettre de Mme Dominique Savoie (20-MS-00496-51) (9 juillet 2020)
C(NAT2)-61.1	Note d'information stratégie d'approvisionnement
C(NAT2)-62	Lettre de Mme Dominique Savoie (20-MS-05553-68) (22 juillet 2020)
C(NAT2)-62.1	Mise à jour des consignes en lien avec le plan de déconfinement des CHSLD
C(NAT2)-63	Lettre de Mme Dominique Savoie (20-MS-05553-93) (30 juillet 2020)
C(NAT2)-63.1	Lettre RPA
C(NAT2)-63.2	Lettre RPA annexe 1

C(NAT2)-64	Lettre de Mme Dominique Savoie (20-MS-07756) (19 août 2020)
C(NAT2)-65	Arrêté ministériel 2020-061 (1 ^{er} septembre 2020)
C(NAT2)-66	Arrêté ministériel 2020-062 (4 septembre 2020)
C(NAT2)-67	Lettre de Mme Dominique Savoie (20-MS-07435-38) (15 septembre 2020)
C(NAT2)-67.1	Mise à jour des directives qui remplacent celles datées du 25 juin
C(NAT2)-68	Arrêté ministériel 2020-064 (17 septembre 2020)
C(NAT2)-69	Arrêté ministériel 2020-067 (19 septembre 2020)
C(NAT2)-70	Arrêté ministériel 2020-068 (20 septembre 2020)
C(NAT2)-71	Arrêté ministériel 2020-069 (22 septembre 2020)
C(NAT2)-72	Lettre de Mme Dominique Savoie (20-MS-07435-45) (28 septembre 2020)
C(NAT2)-72.1 à C(NAT2)-72.11	Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte
C(NAT2)-73	Décret numéro 1020-2020 (30 septembre 2020)
C(NAT2)-74	Présentation D ^r Richard Massé
C(NAT2)-74.1	Organigramme MSSS en date du 6 janvier 2020
C(NAT2)-74.2	Organigramme MSSS en date du 29 octobre 2021
C(NAT2)-75	Présentation M. Vincent Lehouillier
C(NAT2)-76	Présentation de M. Luc Desbiens
C(NAT2)-76.1a	Lettre de transmission Stratégie d'approvisionnement – 20 mars 2020 (2 fichiers séparés)
C(NAT2)-76.1 b	Note d'information – Coronavirus – Stratégie d'approvisionnement – 20 mars 2020
C(NAT2)-76.2a	Lettre de transmission Stratégie d'approvisionnement – 23 mars 2020
C(NAT2)-76.2 b	Note d'information — Coronavirus — 23 mars 2020 (2 fichiers séparés)
C(NAT2)-76.3a	Lettre de transmission Stratégie d'approvisionnement – 27 mars 2020
C(NAT2)-76.3 b	Note d'information – Coronavirus – Stratégie d'approvisionnement – 27 mars 2020
C(NAT2)-76.4a	Lettre de transmission Stratégie d'approvisionnement – 2 avril 2020
C(NAT2)-76.4 b	Note d'information – Coronavirus – Stratégie d'approvisionnement – 2 avril 2020
C(NAT2)-76.5a	Lettre de transmission Stratégie d'approvisionnement – 7 avril 2020
C(NAT2)-76.4 b	Note d'information – Coronavirus – Stratégie d'approvisionnement – 7 avril 2020
C(NAT2)-77	Présentation de D ^{re} Lucie Opatrny

C(NAT2)-77.1	Outil d'évaluation pour les infirmières au dépistage du 811
C(NAT2)-77.2	Précautions nécessaires en lien avec les réaffectations des travailleurs de la santé (incluant les médecins) dans les CHSLD
C(NAT2)-77.3	Lettre aux directeur Optilab — Priorisation de dépistage — 20 mars 2020
C(NAT2)-77.4	p.j. Priorisation de dépistage – 20 mars 2020
C(NAT2)-78	Déclaration sous serment de M. Pierre-Albert Coubat
C(NAT2)-78.1	03.01.42.23 – <i>Tarification et contribution financière des adultes hébergés et tarif des chambres privées et semi-privées en centre hospitalier</i> et son annexe en liasse — 16 décembre 2019
C(NAT2)-78.2	03.01.42.23 – <i>Tarification et contribution financière des adultes hébergés et tarif des chambres privées et semi-privées en centre hospitalier</i> et ses annexes en liasse — 18 décembre 2020
C(NAT2)-78.3	Circulaire 02.02.43.13 — <i>Modèle d'appel d'offres prescrit pour l'achat de services d'hébergement et de soins de longue durée</i> et ses annexes en liasse- 19 juin 2018
C(NAT2)-78.4	Lettre de M. Coubat et Mme Rosebush – 9 avril 2020
C(NAT2)-78.5	Lettre de M. Coubat et Mme Rosebush – 20 avril 2020
C(NAT2)-78.6	Lettre de M. Coubat et Mme Rosebush – 21 mai 2020
C(NAT2)-78.7	Lettre de M. Coubat et Mme Rosebush – 23 mars 2021
C(NAT2)-78.8	Lettre de M. Coubat et Mme Rosebush – 7 juillet 2020
C(NAT2)-79	Présentation M. Daniel Desharnais
C(NAT2)-79.1a	La prévention et le contrôle des infections nosocomiales – Cadre de référence à l'intention des établissements de santé et de services sociaux du Québec – Mise à jour 2017
C(NAT2)-79.1 b	La prévention et le contrôle des infections nosocomiales – Cadre de référence à l'intention des établissements de santé et de services sociaux du Québec – Document sommaire 2017
C(NAT2)-79.1 c	Lettre de transmission du Cadre de référence datée 5 oct. 2017
C(NAT2)-79.2	Plan d'action pour renforcer et assurer l'application des mesures de prévention et de contrôle des infections dans les milieux de vie, d'hébergement et de réadaptation
C(NAT2)-79.3	COVID-19 – Plan d'action pour une 2 ^e vague

C(NAT2)-79.4	Guide de prévention des infections dans les résidences privées pour aînés – Mise à jour 2019
C (NAT2)-79.5	Diagnostic de la coordination des activités de santé publique et de prévention et contrôle des infections lors de la première vague de la pandémie de la COVID-19 à Montréal (Rapport Savoie – 23 juillet 2020)
C(NAT2)-80	Présentation de D ^r Horacio Arruda
C(NAT2)-80.1	Lignes de communications ASPC – 2 janvier 2020
C(NAT2)-80.2	OMS - <u>Bulletin d'information sur les flambées épidémiques</u> – 5 janvier 2020
C(NAT2)-80.3	Chine — Infection — EIS – 12 janvier 2020
C(NAT2)-80.4	Communiqué – 22 janvier 2020
C(NAT2)-80.5	OMS – État de situation – 22 janvier 2020
C(NAT2)-80.6	Mandat à l'INSPQ – 18 mars 2020
C(NAT2)-81	Présentation Natalie Rosebush
C(NAT2)-81.1	Prévenir et résoudre le phénomène des NSA – Plan d'action 2019-2020
*C(NAT2)-81.2	En liasse, courriels de la DGAPA aux directeurs des établissements privés conventionnés, établissements privés non conventionnés ainsi qu'à l'AEPC et l'AELDPQ pour la transmission d'informations et de mises à jour des directives entre le 16 mars et le 29 mai 2020
C(NAT2)-82	Présentation de M. Yvan Gendron
C(NAT2)-83	Présentation de Mme Danielle McCann
C(NAT2)-84	Présentation de M. Pierre Lafleur
C(NAT2)-85	Présentation de M. Martin Simard
C (NAT2)-85.1	Mission Santé du Plan national de sécurité civile (MSSS)
C(NAT2)-86	Présentation de Mme Marguerite Blais

ANNEXE III

Niveaux d'interventions médicales

- **Niveau A** (ou 1) : Prolonger la vie par tous les moyens nécessaires.
- **Niveau B** (ou 2) : Prolonger la vie par des soins limités.
- **Niveau C** (ou 3) : Assurer le confort prioritairement à prolonger la vie.
- **Niveau D** (ou 4) : Assurer le confort sans viser à prolonger la vie.