

# Bulletin de l'ACAT Canada



## Lecture du *Manuel sur les traumatismes* dans l'angle de la torture et des mauvais traitements

Utilisé par de nombreux organismes canadiens depuis 2013, le *Manuel sur les traumatismes* [1] du *Klinic Community Health Centre* au Manitoba peut nous inspirer afin de comprendre les personnes que nous défendons à l'ACAT Canada. Indubitablement, la torture et les mauvais traitements laissent des traces indélébiles qui ne sont pas toujours visibles et qui constituent un défi pour la personne et son entourage. Ce manuel très étoffé fait le tour de la situation des traumatismes selon une approche sensible du phénomène. Il explore la notion dans la perspective de la personne qui en souffre, des proches et des prestataires de services qui doivent interagir avec cette personne et des thérapeutes qui en souhaitent la guérison.

Dans le sillage du *Protocole d'Istanbul* [2] qui, en 2005, fournissait aux professionnels des outils pour enquêter efficacement sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (communément nommés « torture et mauvais traitements »), ce manuel canadien creuse du côté du traumatisme, quel qu'il soit. Néanmoins, le *Manuel sur les traumatismes* complète parfaitement le *Protocole d'Istanbul*, en suggérant une approche sensible.

Avant d'aborder la lecture du manuel, précisons que la torture et les mauvais traitements dont il est question sont des gestes de violence directe ou indirecte administrés par un acteur étatique. La torture se distingue des mauvais traitements par l'intentionnalité et la finalité, de même que par le caractère aigu de la souffrance. Selon le *Protocole d'Istanbul* (par. 235), la torture : « a pour objet et pour effet de réduire la victime à un état de détresse et d'impuissance extrêmes pouvant aboutir à une détérioration des fonctions cognitives, émotionnelles et comportementales. Autrement dit, la torture constitue essentiellement une agression contre les structures psychologiques et sociales fondamentales de l'individu. »

Cela va dans le sens de la définition du traumatisme que propose le manuel canadien sur les traumatismes : la personne ne peut exercer la moindre influence sur l'événement traumatisant (10) – les numéros entre parenthèses indiquent la page dans le manuel. Cela peut générer de la honte causée par un sentiment d'impuissance. La personne traumatisée peut « adopter des comportements d'adaptation négatifs et les maintenir parfois jusqu'au moment où elle décide de faire face aux émotions difficiles liées à l'expérience traumatisante » (12).

En fait, les traumatismes transforment une personne au point où elle peut perdre le soutien de ses proches

## Sommaire

### Un Manuel sur les traumatismes pour comprendre la torture

### Appel à l'action au Canada : Dignité dans les CHSLD du Québec

En tant qu'organisme œcuménique engagé dans la lutte contre la torture, ACAT Canada est membre de la Fédération internationale de l'Action des chrétiens pour l'abolition de la torture (FIACAT) ayant, entre autres, un statut consultatif auprès des Nations unies

qui ne la reconnaissent plus, parce cela affecte le système neurobiologique. Ses rapports avec tout le monde, et vis-à-vis elle-même, sont teintés des effets des traumatismes expérimentés. Les personnes que l'ACAT défend peuvent souffrir de traumatismes causés par des expériences touchant leur dignité en contexte de migration, détention, internement, etc. Mais peu importe la cause, la personne qui souffre de traumatisme adopte une attitude que ce manuel décrypte : la personne traumatisée est incapable de se stabiliser ou de se maîtriser, elle déforme le sens de l'événement et sa santé physique et mentale se dégrade de manière importante et continue, de même que son comportement, ses relations, son intégration communautaire et sa spiritualité (15). Certaines personnes qui expérimentent un traumatisme peuvent en guérir d'une manière ou d'une autre – dans ce manuel, on prône une approche sensible pour soutenir la guérison. Une personne peut alors connaître des effets positifs après un traumatisme. Dans ce cas, la personne est capable de se stabiliser ou de se maîtriser, elle se développe personnellement, elle donne un sens positif à l'événement et elle voit sa santé physique et mentale se rétablir, son comportement est stable, elle démontre une résilience dans sa vie personnelle, ses relations, sa communauté et sa spiritualité (15).

Lorsque l'on adopte une approche sensible au traumatisme, on « comprend l'effet généralisé du traumatisme et les voies éventuelles pour la guérison », on « reconnaît les signes et les symptômes du traumatisme », et on « répond aux besoins en intégrant pleinement les connaissances en matière de traumatisme aux [...] pratiques [...] » (17). Cette posture particulière prend en compte les effets du traumatisme. Les pratiques de l'ACAT peuvent bénéficier de cette approche pour mieux comprendre les mauvais traitements, par exemple. Alors que la torture est assurément source de traumatisme, la qualification des traitements cruels, inhumains ou dégradants nécessite d'aborder la dimension des séquelles qu'ils engendrent. Ainsi, une personne ayant vécu des mauvais traitements est vulnérabilisée par le traumatisme que cela a généré. Puisque les mauvais traitements ne laissent pas de traces corporelles, c'est à travers une compréhension du traumatisme qu'il pourrait être possible de dépister l'impact de ceux-ci.

À l'ACAT, nous plaidons pour que les gouvernements s'engagent à protéger les personnes vulnérables sous leur tutelle : par exemple les personnes incarcérées,

internées ou tout simplement profilées par les autorités en raison de leur race ou de leur état mental, de même que les personnes migrantes ayant subi la persécution dans leur pays d'origine et sur le chemin de la migration. Face à un contexte répressif, la personne perd tout contrôle sur sa vie et le traumatisme peut devenir un trouble de stress posttraumatique (TSPT). Le TSPT fait en sorte que la personne revit de façon répétée la mémoire de ses émotions négatives et que cela crée des réactions physiologiques dont la gravité peut aller jusqu'à la paralysie. Elle évite toute situation stressante en s'isolant et enfin, elle présente un état d'éveil mental accru qui fait que sa réaction aux situations apparemment inoffensives peut être exagérée (34). Le TSPT fait partie du continuum caractérisant la gravité du traumatisme.

Le manuel donne pour exemple les multiples traumatismes expérimentés par les personnes autochtones touchées par le système des pensionnats. Cela permet de mieux comprendre le traumatisme collectif qui peut atteindre toute une famille, tout un village. Mais le manuel va plus loin en avançant des solutions adoptées par les Autochtones comme des pratiques de guérison basées sur le récit et la participation à une culture fortement spirituelle (à partir de 54). Cela peut nous inspirer pour intervenir dans le respect de la culture de la personne qui a été persécutée directement ou indirectement.

Les effets neurobiologiques des traumatismes sont frappants : atteinte du système limbique qui demeure en état d'alerte, hyperactivité du cortex préfrontal droit générant les symptômes de la dépression et rapetissement de l'hippocampe à cause d'un niveau de cortisol trop élevé rendant presque impossible la rémission de la personne atteinte (72). Ces réactions au traumatisme sont involontaires, il faut en être conscient. Par conséquent, la personne peut vivre un état de dépendance à l'alcool ou aux substances psychotropes qui accentue les effets néfastes du traumatisme (74). Les problèmes sociaux de violence familiale ou de faible rendement au travail sont aussi symptomatiques d'un stress continu vécu par la personne qui expérimente un traumatisme (76).

La honte est le sentiment principal généré par le traumatisme, et les troubles co-existants (maladie mentale, toxicomanie, etc.) contribuent à augmenter le sentiment de honte à la base du traumatisme. Une approche sensible au traumatisme amènera les intervenants à considérer la toxicomanie, par exemple,

comme un symptôme du traumatisme plutôt que comme le problème à résoudre (91).

Parmi les solutions pour rétablir la personne ayant vécu un traumatisme, ce manuel propose la méditation de pleine conscience. Cette méthode ancestrale en Orient s'est tracé un chemin en Occident et est de plus en plus utilisée dans un cadre thérapeutique. Elle consiste à éveiller la conscience de son corps et de son état mental sans jugement et peut contribuer à modifier sa capacité d'adaptation (94).

Enfin, ce manuel met en garde les prestataires de service contre les traumatismes secondaires qui peuvent être évités par exemple par une attitude d'autocompassion (108). Les traumatismes secondaires peuvent survenir quand on est surexposé à des récits traumatisants. L'épuisement professionnel ou autres symptômes sur le continuum du TSPT peuvent surgir. « Les milieux de travail sensibles au traumatisme donnent la priorité au bien-être du personnel, ainsi qu'à la communication ouverte et respectueuse; ce faisant, on contribue considérablement à aborder les effets et le besoin de guérison du traumatisme secondaire » (131).

En conclusion, ce manuel fournit à l'ACAT un angle de lecture des mauvais traitements qui précise la gravité de ceux-ci. Du paradigme de la victime ayant subi des actes à tout le moins dégradants, nous pourrions passer à celui de la personne aux prises avec un traumatisme qui l'affecte au-delà de l'expérience de mauvais traitements. Cette approche sensible au traumatisme permet de distinguer les traces laissées par la torture et les mauvais traitements – incluant les traces mentales, ou même celles causant des troubles neurobiologiques. Également, cela pourrait nous aider à accentuer la formulation de nos plaidoyers en insistant toujours davantage sur les besoins en termes de réparation, en sachant qu'il existe des pistes de guérison menant à la résilience. L'accès aux soins psychologiques, entre autres, devrait être fourni par l'État. Le suivi de ces personnes est extrêmement complexe et le secteur médical doit être présent et être soutenu par les politiques de l'État. L'approche sensible de la prestation de service a le mérite de viser l'adaptation de la personne vivant avec un traumatisme, afin de réparer ce qui a été brisé par la torture et les mauvais traitements.

*Résumé de Nancy Labonté, coordonnatrice*

## Source

Klinic Community Health Centre. 2013. *Les traumatismes : Manuel sur les traumatismes, une ressource à l'intention des organismes et des individus pour la prestation de services sensibles au traumatisme*. [trauma-informed.ca/wp-content/uploads/2013/10/Trauma-informed\\_Toolkit\\_fr\\_revised.pdf](http://trauma-informed.ca/wp-content/uploads/2013/10/Trauma-informed_Toolkit_fr_revised.pdf) [1]

## Pour aller plus loin

Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. 2005. *Protocole d'Istanbul*. [www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=50c83f6d2](http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=50c83f6d2) [2]

International Rehabilitation Council for Torture Victims. 2009. *L'évaluation psychologique des allégations de torture*. [irct.org/assets/uploads/pdf\\_20161120165601.pdf](http://irct.org/assets/uploads/pdf_20161120165601.pdf)

Viñar, Marcelo N. 2005. La spécificité de la torture comme source de trauma. Le désert humain quand les mots se meurent. *Revue française de psychanalyse*, 2005/4 (Vol. 69), p. 1205-1224. [www.cairn.info/revue-francaise-de-psychanalyse-2005-4-page-1205.htm](http://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychanalyse-2005-4-page-1205.htm)

---

**Ne manquez pas l'Assemblée générale des membres**

**Le samedi 26 septembre, 10h, sur Zoom**

**Contactez-nous 514-890-6169**

---

## Appel à l'action en page 4

Agissez pour protéger les  
personnes vivant en  
CHSLD au Québec

Envoyez la lettre proposée  
avec ce Bulletin à chacune  
des personnes visées

# Canada et COVID-19. Pour la dignité des personnes vivant en CHSLD au Québec

Les failles du système de santé ont été mises à nu... et le prix à payer est catastrophique. La pandémie a donné le coup de grâce à nos centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) qui peinaient déjà à fournir les services de santé de base que lui mandatait la loi. De nombreux patients sont décédés et plusieurs autres ont dû braver des conditions inhumaines et dégradantes mettant leur santé et leur vie en péril.

Lors des derniers mois, nous avons assisté à un bien triste dénouement : manque de matériel de protection, manque catastrophique de personnel, conditions de vie inhumaines des patients, incapacité à fournir les services d'hygiène et d'alimentation de base, incapacité à offrir les soins et besoins propres à chaque patient, taux d'infection effarant chez les patients et le personnel, taux d'absentéisme alarmant chez le personnel, pour n'en nommer que quelques-uns.

Déjà, en 2018, bien avant la pandémie, le Conseil pour la protection des malades (CPM) de la province de Québec, une coalition de défense des droits des patients, lançait un recours collectif fondé sur 22 exemples de ce qu'il prétendait être des conditions de vie "dégradantes" dans le réseau provincial des CHSLD [1].

La même année, l'ombudsman du Québec critiquait la gestion des CHSLD, soulignant que la réduction des services de base tels l'hygiène avait contribué au développement de plaies de lit au point où elles étaient devenues endémiques dans les établissements [2].

Afin d'illustrer la situation désastreuse qui régnait avant la pandémie, nous avons repris le cas de René Legault, un ancien résident du CHSLD Héron. Lui et sa famille ont détaillé son périple à des journalistes. Ils ont raconté que lorsqu'il est entré au CHSLD en juin 2019, le personnel prenait peu soin de lui. Il était cloîtré dans son fauteuil roulant et n'avait pas d'autre choix que de faire ses besoins dans sa couche alors qu'il aurait pu le faire lui-même avec un peu d'aide. Sa famille l'a fréquemment trouvé déshydraté et a été consternée de voir que les résidents du CHSLD étaient tellement affamés qu'ils en étaient rendus à manger les restes de table. Ses proches ont fait part de problèmes d'hygiène sidérants au point où ils ont trouvé M. Legault dans des draps souillés souffrant d'une infection urinaire tellement il était resté longtemps dans ses excréments. Ils racontent qu'une odeur putride d'urine imprégnait constamment les lieux. M. Legault était encore résident du CHSLD au début de la crise en février 2020 lorsque sa famille a décidé de le changer de milieu de vie. La crise avait frappé fort et le centre avait perdu plus de la moitié de son personnel selon la direction du

CHSLD. La famille de M. Legault a d'ailleurs lancé une poursuite afin de dédommager et de rétablir l'honneur de M. Legault.

Lorsque l'état de pandémie a été déclaré par l'OMS le 11 mars 2020, le premier patient d'un CHSLD était déjà décédé et la situation dans les CHSLD commençait à devenir alarmante en raison de l'absence de mesures concrètes [3]. La situation s'est envenimée au point d'atteindre un taux d'infection de 100% dans certains établissements [4], ce qui a forcé le gouvernement fédéral à agir et déployer les Forces armées canadiennes en renfort pour prendre soin des résidents. Jusqu'à aujourd'hui, le nombre de morts continue à augmenter. Les rapports des militaires pour les provinces du Québec et de l'Ontario ont dévoilé des détails à glacer le sang. Voici une liste abrégée de problèmes et atrocités qui ont été répertoriés [5]: des infestations d'insectes jusque dans les lits ; des résidents sont restés dans leurs défécations pendant plusieurs heures ; une attitude agressive du personnel ; une contamination grossière des lieux par des matières fécales ; des résidents ont été attachés pendant des semaines à leur lit ; des patients ont

été bougés de manière violente et inappropriée ; des patients ont été laissés dans un état de déshydratation.

Cette situation s'est produite en raison d'une combinaison de très nombreux facteurs et défauts qui prennent presque tous racine dans le manque de financement des CHSLD et la gestion des ressources humaines. Voici certains de ces facteurs [6]: absence de formation pour éviter la propagation des maladies infectieuses ; un faible ratio personnel par patient ; un taux d'absentéisme élevé ; l'absence de lois ou règlements visant à encadrer les soins de santé à prodiguer dans ces établissements ; une idéologie gouvernementale persistante prêchant l'autogouvernance des entreprises privées et leur bonne foi plutôt qu'une idéologie reconnaissant le fait que l'objectif principal d'une entreprise est le profit ; un personnel sous-payé ; absence d'aide psychologique pour le personnel des établissements.

D'une part, nous rappelons que le fondement même d'un État, sa première responsabilité, est d'assurer la protection de sa population. Ceci est d'autant plus

vrai dans le cadre de situations catastrophiques. D'autre part, en tant qu'êtres humains, nous avons la responsabilité morale de nous assurer que tout un chacun soit traité de manière à ce que leur dignité soit respectée. Or, à la lumière des événements récents et ceux des dernières années, il est clair que le gouvernement canadien n'a pas été à la hauteur. De se réfugier sous l'excuse de l'état d'urgence ou de la force majeure serait passer outre le fait que de nombreux États ont mieux réussi. Le succès de ces États ne relève pas de la chance. Ils ont mis en place des politiques de gestion axées sur les meilleures pratiques reconnues en matière sanitaire et épidémiologique. Cependant, force est de constater qu'il n'y a pas eu suffisamment d'effort pour assurer de saines conditions de vie dans les CHSLD et une formation adéquate du personnel, et pour réduire l'échange de personnel de santé entre les établissements. À eux seuls, ces deux éléments ont fortement contribué à propager le virus. À un certain point, même le personnel soignant a été gravement affecté, ce qui a eu pour effet de réduire les effectifs et la qualité

des soins. Enfin, cette combinaison du virus et de la faible qualité de soins a engendré encore plus de décès et de détresse.

À la lumière de ce qui précède, il n'est pas surprenant que plusieurs aient taxé le gouvernement québécois de négligence [7] et d'avoir contribué aux traitements inhumains et dégradants des patients des CHSLD. Même si le secteur de la santé constitue une compétence provinciale, cette négligence a des conséquences tangibles pour le gouvernement fédéral, puisque l'État canadien est tenu à de nombreuses obligations.

À cet effet, nous rappelons que le Canada est partie à la *Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels inhumains ou dégradants* (CAT). L'article 16 prévoit l'obligation à l'État d'interdire les actes constitutifs de mauvais traitements par ses agents de la fonction publique. L'article 14 prévoit que l'État doit assurer l'indemnisation des victimes de mauvais traitements. Selon le rapporteur des Nations Unies sur la torture, la négligence en matière de prestation de soins de santé peut constituer un mauvais traite-

---

## Bulletin de l'ACAT Canada

**Équipe de rédaction :** Nancy Labonté, Danny Latour et le Comité des interventions

**Coordination de l'édition :** Nancy Labonté

**Révision linguistique :** Annie-Kim

La reproduction en tout ou en partie du contenu de ce Bulletin est autorisée (sans permission de l'ACAT Canada) à condition d'en citer la source.

Les articles reproduits dans ce Bulletin représentent l'opinion de leur auteur et non celle de l'ACAT Canada.

**Pour nous joindre :**

ACAT Canada

(Action des chrétiens pour l'abolition de la torture)

2715 Côte Ste-Catherine, Montréal, Québec, H3T 1B6

**Téléphone :** (514) 890-6169

**Courriel :** [acat@acatcanada.org](mailto:acat@acatcanada.org)

**Restez informés :** [acatcanada.ca](http://acatcanada.ca) ;

[www.facebook.com/acatcanada](https://www.facebook.com/acatcanada) ; [www.fiacat.org](http://www.fiacat.org)

---

ment au sens de la CAT [8]. Toujours selon le rapporteur, l'obligation de protection est d'autant plus importante lorsque les personnes font partie des groupes vulnérables de la société [9]. Or, en l'espèce, les patients des CHSLD étaient des personnes vulnérables sous la protection et les soins d'agents de la fonction publique canadienne ou d'organismes mandataires de l'État. De plus, il est indéniable que ces derniers ont subi des souffrances particulièrement aiguës et des atteintes scandaleuses à leur dignité que ce soit en raison de négligence ou par des actes délibérés de préposés. Ainsi, en raison de cette analyse, une certaine présomption pèse sur le Canada selon laquelle le traitement réservé aux patients des CHSLD constitue une forme de mauvais traitements au sens de cette convention (article 14). Ces manquements rendent le Canada susceptible à des poursuites par les autres États partie à la Convention pour ne pas avoir respecté ses obligations. De plus, des particuliers pourraient signaler ces faits en tant que victimes et l'organe de supervision de cette convention en prendra très certainement acte dans ses prochains examens du Canada.

Nous rappelons aussi que de nombreuses lois canadiennes (constitutionnelle, quasi constitutionnelles et générales) protègent la dignité, l'honneur et l'intégrité physique de ses justiciables. Néanmoins, il semble

que gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux aussi ont failli à leurs responsabilités eu égard à ces lois, ce qui pourrait engendrer leur responsabilité dans des poursuites civiles afin de dédommager les nombreuses victimes.

Malgré la gravité des violations reprochées au Canada, l'aspect le plus choquant est probablement celui de la dimension humaine du problème. Un nombre incalculable de gens ont manqué à leur responsabilité la plus élémentaire, soit celle de protéger l'intégrité et la dignité de personnes éminemment vulnérables, et ce, pour des raisons financières.

Nous vous invitons à suivre les développements dans les journaux et vous tiendrons informés de la réponse du gouvernement à cet appel à l'action le cas échéant. Afin de diminuer les risques de contamination, nous vous rappelons l'importance des mesures d'hygiène de base, telles que porter un masque, se laver ou désinfecter les mains fréquemment et éviter de toucher la région du visage avec vos mains lors de vos sorties. Enfin, nous vous invitons à respecter les règles de distanciation sociale. Chaque petit geste compte pour protéger les personnes les plus vulnérables de notre société; ensemble, nous surmontons cette épreuve.

*Appel à l'action préparé  
par Danny Latour, trésorier*

## Sources

Assemblée générale des Nations Unies - Conseil des droits de l'homme. 2013. *Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*, Juan E. Méndez A/HRC/22/53. par. 20, 23, 24. [undocs.org/pdf?symbol=fr/A/HRC/22/53](https://undocs.org/pdf?symbol=fr/A/HRC/22/53) [8] [9, par. 26]

Baillargeon, Stéphane. 2020-04-18. Des décennies de négligence dans les CHSLD. *Le Devoir*. [www.ledevoir.com/societe/577269/l-ingratitude](https://www.ledevoir.com/societe/577269/l-ingratitude) [7]

Bellerose, Patrick. 2020-05-27. Rapport de l'armée sur les CHSLD: L'équipement de protection mal utilisé. *Journal de Québec*. [www.journaldequebec.com/2020/05/27/covid-19-quebec-devoile-le-rapport-de-larmee-sur-la-crise-en-chsld](https://www.journaldequebec.com/2020/05/27/covid-19-quebec-devoile-le-rapport-de-larmee-sur-la-crise-en-chsld) [5]

Declerq, Katherine. 2020-05-26. 'Gut-wrenching' military report sheds light on grim conditions in Ontario nursing homes. *CTV News Toronto*. <https://toronto.ctvnews.ca/gut-wrenching-military-report-sheds-light-on-grim-conditions-in-ontario-nursing-homes-1.4954710> [5]

Gerbet, Thomas. 2020-05-15. Un CHSLD infecté à 100 %, avec un système de ventilation en panne, préoccupe Québec. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1702760/covid-chsld-vigi-mont-royal-ministere-air-ventilation-virus> [4]

Lachance, Nicolas. 2020-04-15. Pandémie: Québec sait que les CHSLD sont à risque depuis près de 15 ans. *Journal de Québec*. [www.journaldequebec.com/2020/04/15/quebec-sait-que-les-chsld-sont-a-risque-depuis-pres-de-15-ans](https://www.journaldequebec.com/2020/04/15/quebec-sait-que-les-chsld-sont-a-risque-depuis-pres-de-15-ans) [3]

Larouche, Vincent. 2020-07-17. De la négligence dès 2019 au CHSLD Herron, allègue une poursuite. *La Presse*. [www.lapresse.ca/actualites/justice-et-faits-divers/2020-07-17/de-la-negligen-ces-des-2019-au-chsld-herron-allegue-une-poursuite.php](https://www.lapresse.ca/actualites/justice-et-faits-divers/2020-07-17/de-la-negligen-ces-des-2019-au-chsld-herron-allegue-une-poursuite.php)

Mercure, Philippe. 2020-07-03. Rapport sur la situation en CHSLD: «Un désastre tragique et évitable». *La Presse*. [www.lapresse.ca/covid-19/2020-07-03/rapport-sur-la-situation-en-chsld-un-desastre-tragique-et-evitable.php](https://www.lapresse.ca/covid-19/2020-07-03/rapport-sur-la-situation-en-chsld-un-desastre-tragique-et-evitable.php) [6]

Prévost, Hugo. 2020-05-27. CHSLD : zones chaudes, masques et pénurie de personnel dans le rapport de l'armée. *Radio-Canada*. [ici.radio-canada.ca/nouvelle/1706652/forces-armees-canadiennes-chsld-operation-laser](https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1706652/forces-armees-canadiennes-chsld-operation-laser) [5]

Radio-Canada. 2019-09-23. *Recours collectif de 500 millions autorisé contre les CHSLD du Québec*. [ici.radio-canada.ca/nouvelle/1313390/recours-collectif-chsld-quebec-traitements-cour-superieure](https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1313390/recours-collectif-chsld-quebec-traitements-cour-superieure) [1] [2]

Trudel, Roxanne & Séguin, Félix. 2020-02-19. Ils ne meurent pas de la COVID-19, ils meurent de négligence. *Le Journal de Montréal*. [www.journaldemontreal.com/2020/04/19/nouveau-cas-de-negligen-ces-dans-une-residence-pour-aines-1](https://www.journaldemontreal.com/2020/04/19/nouveau-cas-de-negligen-ces-dans-une-residence-pour-aines-1) [7]