

**RECOURS COLLECTIF:  
CONDITIONS DE RÉSIDENCE EN CHSLD**

**LE CONSEIL POUR LA PROTECTION DES MALADES**

**-ET-**

**DANIEL PILOTE**

**Demandeurs**

**-c-**

**CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE-  
CENTRE ET AL.**

**Défendeurs**

**CANADA  
PROVINCE DE QUÉBÉC  
DISTRICT DE MONTRÉAL  
DEVANT LA COUR SUPÉRIEURE  
(RECOURS COLLECTIF)  
CAUSE : 500-06-000933180**

**1) Nom de l'utilisateur** \_\_\_\_\_

**2) Adresse de l'utilisateur (adresse actuelle ou son adresse au moment du décès) :**  
\_\_\_\_\_

**3) Adresse courriel de l'utilisateur (s'il y a lieu)** \_\_\_\_\_

**4) Numéro de téléphone de l'utilisateur (s'il y a lieu)** \_\_\_\_\_

**5) L'utilisateur a résidé au CHSLD<sup>1</sup> :** \_\_\_\_\_

**Dates<sup>2</sup> :** du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Si l'utilisateur a résidé à plus d'un centre, veuillez utiliser un formulaire distinct par centre.

<sup>2</sup> Le recours collectif concerne toutes personnes résidant ou ayant résidé dans un CHSLD au cours des trois dernières années (depuis juillet 2015).

**6) Nom, adresse et autres coordonnées du (ou des) représentant(s), mandataire, tuteur(s), curateur(s), et/ou héritier(s), le cas échéant :**

---

---

---

---

**7) Courte description des faits allégués, en ce qui concerne les soins et services inadéquats, insuffisants et/ou de mauvaise qualité des soins de santé et des services sociaux reçus dans le CHSLD en question (veuillez aussi compléter l'annexe 1):**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**8) Avez-vous besoin de rencontrer les procureurs responsables du dossier? \_\_\_\_\_**

**Courriel: [chsld@larochelleavocats.com](mailto:chsld@larochelleavocats.com)**

**9) Si vous avez des documents ou du matériel en lien avec vos allégations que vous désirez nous faire parvenir, veuillez les joindre ci-dessous.**

**Date:**

**Lieu:**

## ANNEXE 1

**Veillez cocher le ou les exemples de soins et de services déficient qui correspondent le mieux à votre situation :**

- Bain (inadéquat, peu fréquent, etc.)
- Je suis incontinent mais on ne change pas ma couche assez souvent
- Je ne suis pas incontinent mais on me force à évacuer dans une couche
- Hygiène dentaire insatisfaisante
- Absence de traitement pour les caries dentaires
- Soins de chevet ou d'hygiène prodigués sans compétence/insuffisamment
- Paiement de frais pour des services et biens qui devraient être compris dans la contribution payée par les résidents (e.g. shampoing, savon, dentifrice, buanderie, bas compressifs, etc.)
- **Veillez préciser lesquels:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Suivi médical inadéquat
- Médicamentation mal gérée
- Recours abusif aux antipsychotiques
- Utilisation excessive des moyens de contentions physiques
- Absence de soins de physiothérapie
- Repas et alimentation (inadéquat, de mauvaise qualité, etc.)
- Temps de repas insuffisant
- Paiement du personnel au noir
- Non-respect du droit au sommeil
- Au lever et au coucher, par manque de savoir-faire ou par manque de temps, on me bouscule, on me fait mal, on me heurte en me sortant du lit ou en me mettant au lit
- Patients avec démence ou Alzheimer placés en isolement
- On m'oblige à payer pour l'été afin que je puisse avoir l'air climatisé dans ma chambre
- Autre(s) – **Veillez préciser :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

---