

LA DIGNITÉ AUTOCHTONE AU SEIN DU SYSTÈME DE SANTÉ QUÉBÉCOIS

1- Présentation de la problématique :

La condition des peuples autochtones au sein du système canadien est connue de tous. En effet, qu'il s'agisse de la rumeur populaire, des médias, ou bien des instances officielles, toutes ont eu à raconter des histoires tragiques à propos de la vie des premiers peuples, tant passée que présente. Récemment, les pensionnats autochtones ont été « mis à l'honneur » suite à la découverte de milliers de tombes anonymes sur les anciens sites de ces institutions dites « éducatives », permettant aux Premières Nations, métis et Inuit du Canada de partager sur la scène internationale un des nombreux traumatismes subits par leurs peuples. Mais malgré les discours politiques, les mesures dérogatoires prévues pour les Autochtones, les manifestations, les commissions d'enquêtes, et les coups d'éclat médiatiques, les atteintes à la dignité autochtones font encore et toujours partie de leur quotidien. Fondamentalement, la dignité est le respect dû, sans distinction, à toute personne. Elle est consacrée au Québec par la Charte des droits et libertés de la personne à son article 4¹, et ses exigences ont été développées par la Cour suprême à l'occasion de nombreux arrêts². Or, malgré la sacralité de ce droit, il est avéré que la dignité autochtone est sujette à de nombreuses atteintes.

Notre recherche est principalement motivée par l'événement survenu le 28 septembre 2020 à l'hôpital de Joliette, occasionnant le décès de Joyce Echaquan, membre de la nation Atikamekw de Manawan. Madame Echaquan était parvenue à démarrer une vidéo en direct de sa chambre d'hôpital durant ses derniers instants, vidéo au cours de laquelle ont pu être entendues des remarques racistes de la part du personnel soignant. De façon tristement ironique, cette action est survenue à l'occasion du premier anniversaire de la Commission Viens, laquelle avait mise en lumière les situations de racisme systémique qui seraient survenues dans ce même hôpital³.

Cela nous amène donc à la réflexion suivante : comment les atteintes à la dignité autochtone peuvent-elles persister dans le milieu de la santé au Québec ?

Bien que la diversité des données à propos des Autochtones soit trop éparse et hétérogène pour dresser un portrait complet des peuples autochtones au Québec⁴, il n'est

¹ « Toute personne a droit à la sauvegarde de sa dignité, de son honneur et de sa réputation » : *Charte des droits et libertés de la personne*, RLRQ, c. 1, art. 4.

² Isabelle MARTIN, « Reconnaissance, respect et sollicitude : vers une analyse intégrée des exigences de la dignité humaine », (2010) 15-2 *Lex Electronica* 30.

³ Vidéo de la représentante du CISSS Lanaudière, responsable de l'hôpital de Joliette, en audiences devant la Commission Viens, pour enquêter sur le racisme systémique, à 41:48 min : https://www.cerp.gouv.qc.ca/index.php?id=57&tx_cspqaudiences_audiences%5Baudiences%5D=155&tx_cspqaudiences_audiences%5Bvpartie%5D=2&tx_cspqaudiences_audiences%5Baction%5D=show&tx_cspqaudiences_audiences%5Bcontroller%5D=Audiences&cHash=96fcf60e8dd36a6d4add40bf9f9fbd0e.

⁴ « [A]ucune source ne permet d'obtenir un portrait de santé complet des peuples autochtones de la province », car les données viennent de différentes sources, périodes, profils de population (âge, sexe), et

pas difficile de deviner que ce pan de la population souffre de façon plus prononcée de problèmes de santé. Le taux d'obésité⁵, de diabète⁶, l'insécurité alimentaire⁷, la santé mentale grandement affectée par le *residential school syndrome* et tous les comportements qui en découlent (abus de substances, violences conjugales⁸, abus sexuels, suicides), ne sont un secret pour personne, bien que nous soyons conscients que ces phénomènes puissent être amplifiés par les biais implicites occidentaux.

À ce propos, les biais implicites seraient une piste intéressante à suivre quant à leur impact sur les autochtones dans le milieu de la santé. En effet, fonctionnant à un niveau subconscient, les biais se manifestent « dans les attitudes et les comportements d'individus qui se comportent inconsciemment différemment lorsqu'ils interagissent avec des personnes de différentes origines raciales »⁹. En l'occurrence, à la lecture de rapports récents portant sur la santé autochtone, nombreuses sont les anecdotes qui illustrent nos propos concernant l'impact des biais implicites dans le système de santé québécois¹⁰. Également, la sécurisation culturelle mériterait d'être mise en exergue dans les programmes de formation des personnes sujettes à être en contact avec des personnes autochtones, qu'il s'agisse du personnel de santé, des membres de l'administration des établissements de santé, mais aussi du personnel juridique et des représentants de l'ordre qui sont amenés à accompagner les Autochtones dans leurs démarches pour faire reconnaître les atteintes à la dignité dans le milieu de la santé. Cette sécurisation impliquerait une sensibilisation à la culture autochtone et à leur histoire, et l'acquisition de cette compétence culturelle permettrait d'adapter les services aux patients autochtones, garantissant un respect de leurs valeurs et traditions, et permettant d'amorcer une « dédramatisation » du système de santé. La sécurisation peut s'effectuer grâce à des aménagements mineurs, qui initieraient pourtant un changement de paradigme synonyme d'une modification

sont obtenues au moyen de différents modes de cueillette d'info. Les résultats peuvent donc « difficilement être comparés et leur utilisation exige la plus grande des prudenances » : Québec (Province), Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics et J. Viens, *Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics: écoute, réconciliation et progrès : rapport final.*, 2019, p. 116, en ligne : <<http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/4001550>>.

⁵ 81%, alors que le taux moyen des allochtones est de 61,3% : Id., p. 117

⁶ 12% alors que le taux moyen des allochtones est de 7,3% : Id., p. 117.

⁷ 22% en souffrance contre 6% des allochtones : Id., p. 118.

⁸ 3 fois plus élevé chez les A : Id., p. 123.

⁹ « Pourquoi les biais implicites peuvent être mortels », Gender an Inequality : <https://apolitical.co/solution-articles/fr/pourquoi-le-biais-implicite-peut-etre-mortel>.

¹⁰ Une patiente autochtone du Nunavik est décédée d'un cancer qui avait été majoritairement traités par des anti-douleurs pendant une longue période car « le personnel traitant était convaincu qu'elle souhaitait uniquement aller à Montréal aux frais du dispensaire » ; des femmes autochtones enceintes seraient, sans leur consentement, dépistées à leur arrivée à l'hôpital : *Commission Viens*, préc., note 4, p. 220, p. 390 ; un homme autochtone arrivant ensanglanté aux urgences s'est vu refusé un lit par une infirmière car « l'homme était sale, qu'il allait tout simplement retourner à la rue dès sa sortie de l'hôpital et qu'il y reprendrait les comportements à risque qui l'avaient amené aux urgences », alors qu'en réalité cet homme était propriétaire d'une maison et qu'il s'était fait agressé en sortant de son travail : HEALTH COUNCIL OF CANADA, *Empathie, dignité et respect : créer la sécurisation culturelle pour les Autochtones dans les systèmes de santé en milieu urbain*, Toronto, Ont., Conseil canadien de la santé, 2013, p. 9, en ligne : <http://epe.lac-bac.gc.ca/100/201/301/liste_hebdomadaire/2013/electronique/w13-22-U-F.html/collections/collection_2013/ccs-hcc/H174-39-2012-fra.pdf>.

structurelle permettant une compréhension collective et institutionnelle de la situation autochtone.

Mais au-delà des moyens proposés pour palier et prévenir les atteintes à la dignité autochtone dans le milieu de la santé, il serait pertinent de s'intéresser à la malheureuse pérennité de ces atteintes. Notre réflexion serait alors axée sur la question de l'accessibilité de la justice pour les peuples autochtones. En effet, les commissions d'enquête ne cessent de mettre en avant le fait que les Autochtones soient mal informés sur les moyens à disposition pour intenter une action en justice, ou ne serait-ce que pour porter plainte¹¹. Aussi, leur méfiance à l'égard du système juridique n'est que trop justifiée par la récurrence des atteintes à leur dignité, par le fonctionnement de la justice dite « occidentale », ainsi que par le traumatisme de leur histoire¹². Les Autochtones appréhendent l'inaction et la lenteur des procédures, et craignent d'être de nouveaux confrontés aux stéréotypes et préjugés¹³. De plus, si une personne autochtone parvient à ester en justice pour faire valoir ses droits, le système lui permettra seulement de déterminer l'identité d'un agresseur et de faire jouer sa responsabilité légale. L'action ne pourra pas permettre « de dévoiler les problèmes systémiques qui ont permis la perpétration du délit »¹⁴. La procédure (qui se déroulera d'ailleurs le plus souvent sans que la partie demanderesse soit informée des évolutions ou conséquences), ne permettra ni la reconnaissance, ni les excuses, ni la réconciliation, et ne répondra que de façon minimale aux besoins de la victime et de sa communauté¹⁵.

2- Méthodologie proposée :

Notre étude tentera de prendre en compte, dans la mesure du possible, l'ampleur judiciaire et non judiciaire de la situation étudiée. Nous procéderons à une recension d'arrêts auprès des juridictions disciplinaires, à savoir : le Conseil de discipline du Collège des médecins du Québec, le Conseil de discipline de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, le Conseil de discipline de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec. Notre attention se portera sur les faits impliquant des patients autochtones, et l'accent sera mis sur l'importance des sanctions prises ou non à l'encontre du personnel médical concerné, mais surtout sur la forme de la sanction : la partie sanctionnée écope-t-elle d'une amende ? d'une suspension ? d'une radiation de l'ordre ? des stages de sensibilisation au milieu autochtone sont-ils prescrits ?

¹¹ « [L]a sous-utilisation du régime d'examen des plaintes s'explique d'une part par la méconnaissance qu'ont les Autochtones des procédures et des mesures mises à leur disposition et d'autre part, par les résultats peu satisfaisants obtenus par ceux qui ont porté plainte » : *Commission Viens*, préc., note 4, p. 431.

¹² Pensionnats, expériences médicales non consenties, stérilisation forcée, retrait des enfants, abus sexuels par des représentants de l'autorité... Ces quelques exemples, parmi tant d'autres, justifient amplement la méfiance des Autochtones vis-à-vis de l'Autorité et des institutions du système canadien.

¹³ « Désorganisés, incapables de prendre en charge leur famille et leurs enfants, dépourvus de connaissance, violents, dépendants, négligents quant à leur santé et à leurs biens » : *Commission Viens*, préc., note 4, p. 219.

¹⁴ Law Commission of Canada (dir.), *Restoring dignity: responding to child abuse in Canadian institutions: executive summary*, Ottawa, Law Commission of Canada, 2000, p. 5.

¹⁵ Id.

Le phénomène judiciaire étant largement reconnu comme non représentatif de la situation actuelle par les Commissions d'enquête qui ont eu lieu, nous établirons un questionnaire pour mettre en lumière les situations d'atteinte à la dignité non judiciairisées. Ce formulaire en ligne sera partagé auprès des membres de communautés autochtones au Québec, et sera entièrement anonyme¹⁶. Enfin, seront étudiés les mécanismes mis en place pour permettre de porter plainte à l'encontre d'un membre du personnel de santé. Nous nous pencherons notamment sur l'accès à l'information, l'admissibilité des personnes autochtones à l'aide juridique, mais aussi sur l'impact des biais implicites et du racisme systémique sur leur crédibilité en tant que plaignant ainsi que sur leur ressentiment à l'encontre de la justice québécoise.

3- Pertinence du sujet pour l'ICAJ :

Le système public de santé canadien est réputé pour la gratuité de ses soins et son équité, en ce que les médecins et hôpitaux ne peuvent choisir de prendre en charge des patients uniquement à financement public ou bien uniquement à financement privé¹⁷. Or, il semblerait qu'une distinction soit faite lorsqu'il s'agit des membres des Premières Nations, métis et Inuit, car ces derniers semblent être traités de façon différente dans le système de santé comparativement à la population allochtone. Ce service public, à connotation humaine et sociale, n'est donc viable que pour la majeure partie de la population québécoise, sans considération pour les minorités autochtones. Il serait alors prometteur pour l'avenir de prendre en compte la situation de pluralisme canadienne, et de l'appréhender comme un moyen de perfectionner le vivre-ensemble, au lieu de la considérer comme un obstacle infranchissable.

Deux éléments pourraient corriger le système de santé : 1) une amélioration de l'accès à la justice, qui permettrait aux justiciables autochtones de porter plainte et mettre en exergue les éléments défailants de la matrice ; 2) une favorisation de la sécurisation culturelle, qui permettrait également de mettre en lumière l'insidiosité du racisme systémique qui gangrène les services de santé québécois. Ce service public, vital pour toutes les communautés, pourrait alors être considéré comme une aide bienveillante et non comme une contrainte, un traumatisme, voir un calvaire pour la plupart des personnes autochtones.

4- Dépenses prévues pour la recherche :

- Documentation et impressions : 100\$
- Déplacements auprès des centres d'amitié autochtones, été 2022 (Montréal, Québec, Trois-Rivières, Lanaudière, LaTuque) (déplacements, logement, nourriture) : 1500\$

¹⁶ Les centres d'amitié autochtones auront un rôle majeur de médiateur dans ce processus.

¹⁷ Michel GRIGNON, « Le système de santé au Canada », (2008) 4-4 *Revue Française des Affaires sociales* 67-87, p. 69.

5- Bibliographie :

Sylvie MESURE, « Dignité et société. Approche sociologique et critique », (2017) 2-66 *Presses de Sciences Po* 211-224.

Law Commission of Canada (dir.), *Restoring dignity: responding to child abuse in Canadian institutions: executive summary*, Ottawa, Law Commission of Canada, 2000.

Québec (Province), Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics et J. Viens, *Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics: écoute, réconciliation et progrès : rapport final.*, 2019, en ligne : <<http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/4001550>>.

Muriel FABRE-MAGNAN, « La dignité en droit : un axiome », (2007) 58-1 *Revue interdisciplinaire d'études juridiques* 1-30.

Isabelle MARTIN, « Reconnaissance, respect et sollicitude : vers une analyse intégrée des exigences de la dignité humaine », (2010) 15-2 *Lex Electronica* 30.

Principe de Joyce, Mémoire présenté au Gouvernement du Canada et au Gouvernement du Québec, Manawan, Conseil des Atikamekw de Manawan et Conseil de la Nation Atikamekw, 2020.

Pascale BREAULT, Jessie NAULT, Michèle AUDETTE, Sandro ÉCHAQUAN et Jolianne OTTAWA, « Réflexions sur les soins de santé aux patients autochtones. Instaurer la confiance », (2021) 67 *Le Médecin de famille canadien* 571-573.

HEALTH COUNCIL OF CANADA, *Empathie, dignité et respect : créer la sécurisation culturelle pour les Autochtones dans les systèmes de santé en milieu urbain*, Toronto, Ont., Conseil canadien de la santé, 2013, en ligne : <http://epe.lac-bac.gc.ca/100/201/301/liste_hebdomadaire/2013/electronique/w13-22-U-F.html/collections/collection_2013/ccs-hcc/H174-39-2012-fra.pdf>.

Carole LÉVESQUE, Édith CLOUTIER, Ioana RADU, Dominique PARENT-MANSEAU, Stéphane LAROCHE et Natasha BLANCHET-COHEN, « Innovation sociale et transformation institutionnelle. La Clinique Minowé au centre d'amitié autochtone de Val-d'Or. », (2019) 1 *Cahiers ODENA. Au croisement des savoirs* 1-25.

Michel GRIGNON, « Le système de santé au Canada », (2008) 4-4 *Revue Française des Affaires sociales* 67-87.