

LA DIGNITÉ AUTOCHTONE DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ CANADIEN : DU BERCEAU AU TOMBEAU

Comment les atteintes à la dignité autochtone peuvent-elles persister dans le milieu de la santé au Québec ?

Le rapport de recherche suivant a été principalement motivé par les événements survenus 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. Le rapport d'enquête qui s'en est suivi mentionnait également que « [l]e racisme et les préjugés auxquels Mme Echaquan a fait face ont certainement été contributifs à son décès »¹.

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 hôpital². Cet événement nous a donné envie de nous pencher sur la question des atteintes à la dignité autochtone dans le milieu de la santé, ce qui nous a alors permis d'avoir un aperçu de leur grande diversité.

Nous avons conscience que ce rapport pourra toujours être perfectible, et que la totalité des éléments et facteurs portant atteinte à la dignité ne pourront pas tous être abordés convenablement, mais nous faisons le choix de pointer du doigt les obstacles à la réaffirmation de la dignité autochtone.

Nous remercions l'ICAJ (Institut canadien d'administration de la justice) de nous avoir offert la possibilité de mettre en avant ce sujet qui nous tient tant à cœur.

Nous remercions également les membres fondateurs de l'association Awacak, et notamment Pierre-Paul Niquay, de nous avoir contacté et de nous avoir invité à la remise du rapport annuel de la loi C-79 à Manawan. Cette expérience profondément humaine nous marquera à jamais.

¹ Géhane KAMEL, *POUR la protection de LA VIE humaine concernant le décès de Joyce Echaquan*, Rapport d'enquête. Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès., 2020-00275, Montréal, Bureau du Coroner, 2021, p. 20.

² 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.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	3
I- L'ENCADREMENT JURIDICTIONNEL DE LA DIGNITÉ : UN DROIT FONDAMENTAL DIFFICILE D'ACCÈS	6
A- La dignité : un concept normatif sujet à interprétation	7
B- La charge de la preuve pour la dénonciation d'une atteinte à la dignité	10
1. Les critères de l'atteinte	10
2. Les obstacles à la preuve d'une atteinte : le cas des personnes autochtones	11
a. La prolifération des stéréotypes et biais implicites	12
b. Une méfiance justifiée à l'encontre du système judiciaire, du système de santé, et des mécanismes de plainte qui leurs sont proposés	14
II- UNE PROTECTION JURIDIQUE AFFAIBLIE : LES ENTRAVES SYSTÉMIQUES ET LE TEMPS NÉCESSAIRE AUX INITIATIVES DE RÉCONCILIATION AVEC LES PREMIERS PEUPLES	17
A- Des entraves systémiques persistantes	17
1. Colonialisme médical et négation du racisme anti-autochtone	17
2. Insuffisance de financement et défavorisation des usagers autochtones	19
B- Sécurisation et rétablissement de la dignité autochtone : des solutions à portée de main	21
1. La sécurisation culturelle : un concept toujours en émergence	22
2. Valorisation de la déontologie et bonification des formations infirmières	27
3. Des perspectives encourageantes : le combat de l'association Awacak et la sanction de la loi C-79	31
a. La loi C-79 : Loi autorisant la communication de renseignements personnels aux familles d'enfants autochtones disparus ou décédés à la suite d'une admission en établissement	31
b. L'association « Awacak - petits êtres de lumière »	34
CONCLUSION	36
BIBLIOGRAPHIE	37

INTRODUCTION

La condition des peuples autochtones au sein du système canadien est connue de tous : 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. Or malgré les discours politiques, les mesures « dérogatoires » prévues pour les Autochtones³, 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. Les observations de la dernière commission d'enquête en date font d'ailleurs état d'une reconnaissance qui « [...] n'a que difficilement dépassé le stade symbolique [qui] passe le plus souvent – encore aujourd'hui – par des actions morcelées et variables selon les époques, les partis au pouvoir, le statut des nations (conventionnées ou non), voire l'actualité et le niveau de sensibilité de l'opinion publique aux questions autochtones [...] »⁴.

Malgré le fait que la diversité des données à propos des Autochtones soit trop éparse et hétérogène pour dresser un portrait complet des peuples autochtones au Québec⁵, il n'est pas difficile de deviner que ce pan de la population souffre de façon plus prononcée de problèmes de santé. Le taux d'obésité⁶, de diabète⁷, l'insécurité alimentaire⁸, la santé mentale grandement affectée par le *residential school syndrome*⁹ et tous les comportements qui en découlent (abus de substances, violences conjugales¹⁰, abus sexuels, suicides), ne sont un secret pour personne¹¹. En effet, les statistiques démontrent que les Autochtones font face à des risques plus élevés de décès prématurés¹², et auraient 2 à 2,5 fois plus de risques de mourir de causes évitables, « [a]vec une prévalence de trois à cinq fois plus élevée chez les Autochtones que chez les Allochtones »¹³.

³ Pour n'en citer que quelques-unes, certaines mesures prennent ici la forme d'exemptions d'impôts prévues à l'article 87(1) de la *Loi sur les Indiens* (L. R. C. (1985), ch. I-5), précisant que « les biens suivants sont exemptés de taxation : a) le droit d'un Indien ou d'une bande sur une réserve ou des terres cédées; b) les biens meubles d'un Indien ou d'une bande situés sur une réserve » ; de mesures de rechanges prévues aux articles 716 à 717.4 du Code Criminel ; de l'article 718.2 e) du Code Criminel qui impose « l'examen, plus particulièrement en ce qui concerne les délinquants autochtones, de toutes les sanctions substitutives qui sont raisonnables dans les circonstances et qui tiennent compte du tort causé aux victimes ou à la collectivité ».

⁴ QUÉBEC (PROVINCE), COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES RELATIONS ENTRE LES AUTOCHTONES ET CERTAINS SERVICES PUBLICS et Jacques VIENS, *Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics: écoute, réconciliation et progrès : rapport final*, 2019, p. 233.

⁵ « [...] [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 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 [...] » : Id., p. 116.

⁶ 81%, alors que le taux moyen des Allochtones est de 61,3% : Id., p. 117

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

⁸ 22% en souffrance contre 6% des Allochtones : Id., p. 118.

⁹ S'agit du nom donné au syndrome post traumatique vécu par les anciens élèves des pensionnats autochtones.

¹⁰ Trois fois plus élevé chez les A : Id., p. 123.

¹¹ Il est pertinent ici de citer un extrait de la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) établie en 1946 : « La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ».

¹² Anne-Marie LECLERC, Kévin VÉZEAU-BEAULIEU, Marie-Claude RIVARD et Paule MIQUELON, « Sécurisation culturelle en santé : un concept émergent », (2020) Mai-Juin 2018 *Perspective infirmière*, p. 50.

¹³ Id., p. 50 ; « [U]n rapport indépendant a révélé que, chez les Premières Nations de l'Ontario, 40% des décès [autochtones] pourraient être évités si ceux-ci avaient accès à des soins de santé efficaces et équitables » : Mawow

Bien qu'il ne s'agisse pas de la première (ni de la dernière) recherche effectuée sur les relations entre les usagers autochtones et le système de santé, le travail effectué a pour objectif de fournir des bases et pistes de réflexion pour permettre de repenser les pratiques adoptées par le système de santé québécois. Nous n'avons pas la prétention de fournir un rapport révolutionnaire ou novateur, car de nombreux travaux sont parus jusqu'à présent, tous faisant état de la même situation alarmante : les systèmes de santé québécois et canadien semblent incompatibles, voir nuisible aux populations autochtones; l'état de santé de la population autochtone canadienne est déplorable; les Autochtones font encore et toujours preuve de méfiance envers le système de santé. Or, à l'occasion de notre recension bibliographique, nous avons eu à lire des rapports datant des années 1990¹⁴, dressant des constats similaires à ceux publiés en 2022 :

« [...] Santé déficiente, conditions d'habitation lamentables, eau malsaine, scolarité insuffisante, pauvreté, familles éclatées : voilà qui caractérise habituellement les pays du tiers monde. Mais c'est aussi le lot des autochtones du Canada. La persistance de telles conditions sociales dans notre pays — souvent considéré comme le meilleur au monde pour sa qualité de vie — est gênante pour les Canadiens et humiliante pour les Autochtones. Les décideurs ont là tout un défi à relever [...] »¹⁵.

En l'espace de trente ans, aucun changement radical n'a donc pu être observé, si ce n'est que des situations jusqu'à présent occultées ont pu être mise en lumière, tel que la prolifération du racisme systémique¹⁶ ou bien l'horreur des pensionnats¹⁷. Or, en étant simples témoins de ces constatations de faits, notre inaction revient à participer à la continuité, voir à l'aggravation de la situation¹⁸.

Ainsi, à l'aune des commissions d'enquête et du tapage médiatique, des revendications et de la contestation grandissante, de l'*empowerment* et des processus généraux et particulier de décolonisation, une question nous brûle les lèvres : *comment les atteintes à la dignité autochtone peuvent-elles persister dans le milieu de la santé au Québec ?* Plusieurs raisons nous viennent en tête : un passé colonial encore fermement ancré dans le système, un racisme latent ou manifeste au sein des services publics, et des préjugés et stéréotypes enracinés dans l'imaginaire collectif.

Ahyamowen Partership, "Learning from our Ancestors : mortality experience of communities served by Maamwesying North Shore community health services", mai 2019.

¹⁴ *Commission royale sur les peuples autochtones*, Ottawa, Affaires Indiennes et du Nord Canada, Gouvernement du Canada, 1996, en ligne : <<https://www.bac-lac.gc.ca/fra/decouvrez/patrimoine-autochtone/commission-royale-peuples-autochtones/Pages/rapport.aspx>>.

¹⁵ Id., p. 4.

¹⁶ *Commission Viens*, préc., note 4. À ce sujet, il convient d'ailleurs de rappeler que parmi les 142 appels à l'action de la commission Viens, en l'espace de trois ans, seuls cinq ont été réalisés, à savoir un en matière de police, deux en matière de justice, et deux autres concernant la déclaration d'excuses publiques concernant les pensionnats autochtones et concernant une motion de l'Assemblée Nationale pour la déclaration des Nations Unies. En parallèle, 62 appels à l'action ont été amorcés, mais 75 sont encore non réalisés. Aucun appel à l'action en matière de santé n'a été fait : *État de la mise en œuvre du rapport de la commission d'enquête sur les relations entre les autochtones et certains services publics : écoute, réconciliation et progrès depuis sa parution en septembre 2019*, Observatoire des profilages, 2021.

¹⁷ *Pensionnats du Canada : rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada*, McGill-Queen's University Press, Montréal; Kingston; Londres; Chicago, 2015.

¹⁸ « [N]e rien faire revient à être complice d'un régime colonial » : Samir SHAHEEN-HUSSAIN, *Plus aucun enfant autochtone arraché: pour en finir avec le colonialisme médical canadien*, Montréal, Qc, Lux Éditeur, 2021, p. 415.

Aux vues de la dimension systémique et tentaculaire de la situation, nous pouvons nous permettre de dire que les Autochtones sont sous le joug d'injustices sociales normalisées qui « structurent, façonnent et colorent [leurs] vies »¹⁹, du berceau au tombeau²⁰. En effet, le parcours de vie des Autochtones est semé d'embûches car, de leur naissance, à leur mort, ils devront composer avec les déterminants sociaux de la santé²¹. Avant sa naissance, l'enfant autochtone fera peut-être l'objet d'un mauvais suivi prénatal en raison du manque d'accès aux infrastructures ou au personnel adéquat. Avant sa naissance, il sera peut-être exposé à la drogue ou à l'alcool par le biais de ses parents, ces derniers étant prédisposés au traumatisme intergénérationnel. À sa naissance, il sera peut-être arraché à ses parents, parce qu'ils seront peut-être jugés inaptes à s'occuper d'un enfant²². Aussi, sa mère sera peut-être dans l'impossibilité d'accoucher sur son territoire ancestral en raison du manque de personnel ou de structures, et l'enfant naîtra loin de sa terre. En grandissant, l'enfant connaîtra peut-être des problèmes de santé, qu'ils soient physiques ou mentaux. Mais comparé aux enfants allochtones, il aura plus de chances de décéder ou de voir sa condition rapidement s'aggraver en raison des conflits de compétences entre les gouvernements fédéral et provincial, au même titre que le petit Jordan²³. S'il habite dans une communauté trop éloignée des centres de santé adaptés, il sera peut-être transporté par avion sur Montréal, sans parents pour l'accompagner, et disparaîtra peut-être dans le réseau de la santé²⁴.

¹⁹ Avant-propos de Taiaiake Alfred, dans Glen Sean COULTHARD, *Peau rouge, masques blancs. Contre la politique coloniale de la reconnaissance*, Lux, Montréal, 2021, p. 11-12.

²⁰ « De nos jours, la population Canadienne n'est pas consciente de l'ampleur du contrôle de l'État et du gouvernement sur tous les aspects de la vie des Autochtones, de la naissance à la mort » : Postface de Katsi'tsakwas Ellen Gabriel, dans S. SHAHEEN-HUSSAIN, *Plus aucun enfant autochtone arraché: pour en finir avec le colonialisme médical canadien*, préc., note 18, p. 448.

²¹ « [...] De nombreux facteurs ont une influence sur la santé. En plus de notre génétique individuelle et de nos choix de vie, les milieux où nous naissons, grandissons, vivons, travaillons et vieillissons ont aussi une influence importante sur notre santé. Les déterminants de la santé comprennent un large éventail de facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent la santé d'une personne ou d'une population. Les principaux déterminants de la santé comprennent : le revenu et le statut social; l'emploi et les conditions de travail; l'éducation et la littératie; les expériences vécues pendant l'enfance; l'environnement physique; le soutien social et la capacité d'adaptation; les comportements sains; l'accès aux services de santé; la biologie et le patrimoine génétique; le genre; la culture; la race et le racisme [...] » : GOUVERNEMENT DU CANADA, « Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé », en ligne : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante.html> ; « [...] La santé est non seulement vécue à travers des dimensions physiques, spirituelles, affectives et psychologiques, mais également tout au long du parcours de vie. Le parcours d'une vie débute avec la gestation, durant laquelle le profil de santé et les déterminants sociaux influencent les ressources des femmes enceintes. Vient ensuite le développement de la petite enfance, dans lequel les caractéristiques des milieux physique et psychologique ont non seulement des répercussions sur la santé actuelle des enfants, mais préparent aussi le terrain à des vulnérabilités et aux capacités de résilience dans le futur [...] » : Charlotte READING et Fred WIEN, *Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones*, Prince George (C.-B.), Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2009, p. 8, en ligne : <<https://www.ccsa-nccah.ca/docs/determinants/RPT-HealthInequalities-Reading-Wien-FR.pdf>>.

²² « Les enfants autochtones seraient [...] quatre fois plus susceptibles d'être jugés en situation de compromission et cinq fois et demie plus susceptibles d'être placés que les enfants non autochtones » : *Commission Viens*, préc., note 4.

²³ Voir le principe de Jordan River Anderson, créé à la suite du décès d'un enfant cri de deux ans en raison de différends financiers entre les gouvernements fédéral et provincial concernant l'attribution de la compétence : Encyclopédie Canadienne, « Principe de Jordan », en ligne : <<https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/principe-de-jordan>>.

²⁴ Au sujet des disparitions des enfants autochtones dans les services de santé au Québec, nous vous invitons à prendre connaissance du travail de l'association Awacak, qui a pour vocation de retrouver les enfants autochtones ayant disparus. Le fantastique travail de cette association sera présenté plus en détails *infra*.

Durant son parcours de vie, il subira certainement le traumatisme intergénérationnel causé par les pensionnats autochtones, et toutes les autres violences coloniales subies antérieurement. Il sera plus facilement sujet à des problèmes de santé en lien avec l'insalubrité de certains logements dans les réserves, avec les problèmes d'accès à de la nourriture saine, à l'eau potable, avec l'alcool ou les drogues. Tous ces troubles seront sûrement amplifiés par le manque d'accès aux soins et médicaments adéquats. Mais parfois, la personne pourra avoir accès aux soins et services. Mais les expériences qu'elle vivra engendreront peut-être des traumatismes, de la méfiance, ou même la mort. En arrivant aux urgences, la personne autochtone sera peut-être automatiquement dépistée pour l'alcool et les drogues, sans son consentement. Si c'est une femme qui vient pour accoucher, elle prendra aussi le risque de se faire ligaturer les trompes, sans son consentement²⁵. La personne pourra ne pas bénéficier des soins adéquats en raison de préjugés racistes à son encontre, ou bien attendra quelques heures de plus que les autres patients dans une salle d'urgence²⁶. Si elle parle de médecine ou de pharmacopée traditionnelle, le personnel de santé aura peut-être un rictus moqueur au coin des lèvres. Dans le pire des cas, il ou elle ne ressortira pas vivant, comme Mme Echaquan, et tous les autres avant elle. Or, « dans un monde perçu comme menaçant », l'hôpital est censé être « l'un des rares lieux où chacun peut trouver refuge, de nuit comme de jour »²⁷.

Dans un premier temps, nous nous intéresserons à l'encadrement juridictionnel de la dignité (I). Entre autres, il s'agira de s'intéresser à la définition de ce concept protégé par la *Charte des droits et libertés de la personne*²⁸ (I-A), mais aussi de se concentrer sur les différents critères nécessaires à la preuve d'une atteinte à la dignité (I-B). La deuxième partie de notre rapport aura pour objectif de mettre en lumière les différents éléments qui affaiblissent, voir empêche la protection ainsi que la revalorisation de la dignité autochtone dans le système de santé au Québec (II). Seront mis en exergue les entraves systémiques persistantes (II-A), ainsi que les différentes pistes de solution envisageables pour sécuriser le respect et la protection de la vie des usagers autochtones (II-B).

I- L'ENCADREMENT JURIDICTIONNEL DE LA DIGNITÉ : UN DROIT FONDAMENTAL DIFFICILE D'ACCÈS

En tant que droit fondamental et concept philosophique, la dignité semble toujours faire couler beaucoup d'encre (A). Sa protection juridique, sujette à débat au sein de la jurisprudence, est semée d'embûches pour les justiciables et usagers autochtones (B).

²⁵ Voir à ce sujet le dernier rapport rendu au Québec : *Consentement libre et éclairé et les stérilisations imposées de femmes des Premières Nations et Inuit au Québec*, Rapport de recherche, Québec, École d'études autochtones ; Chaire de recherche du Canada ; Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, 2022.

²⁶ Voir à ce sujet l'histoire de Brian Sinclair, un Autochtone qui a littéralement été « ignoré à mort » alors qu'il a dû patienter 34 heures dans une salle d'urgence de Winnipeg. À son arrivée aux urgences, M. Sinclair a été victimes d'un « concours de circonstances » alimenté par le racisme systémique, qui a provoqué son décès au sein même de la salle d'attente. Le rapport d'autopsie a par la suite démontré que M. Sinclair aurait pu être sauvé s'il avait été pris en charge plus rapidement. Le cas de M. Sinclair sera abordé *infra*.

²⁷ Michel CAILLOL, Pierre LE COZ, Régis AUBRY et Pierre-Henri BRÉCHAT, « Réformes du système de santé, contraintes économiques et valeurs éthiques, déontologiques et juridiques », (2010) 22-6 *Santé Publique* 625 à 636, p. 632.

²⁸ *Charte des droits et libertés de la personne*, RLRQ, c. 1.

Avant-propos :

Il est important de souligner que bien que la dignité soit un droit reconnu et protégé, « la fortune du mot semble avoir emporté la clarté de sa signification »²⁹. Malgré le consensus généré par ce concept qui protège l'essence même de l'humanité, les auteurs déplorent le caractère « abstrait, complexe, extensible, flou, fuyant, imprécis, incernable, incertain, indécélable, indéterminé, instable, intuitif, malléable, nébuleux, protéiforme, pluriel, relatif, subjectif ou vague de la notion »³⁰. Si l'on retient la conception universaliste de la dignité, elle est la justification du droit à avoir d'autres droits, car il existe « un lien causal étroit entre, d'une part, le concept de dignité et, d'autre part, la reconnaissance des droits fondamentaux : puisque les droits de la personne découlent de la dignité humaine, cela implique en effet que celle-ci en constitue la cause et, partant, le principe fondateur »³¹. Tantôt présenté comme droit, comme principe dont découle des droits³², ou encore comme valeur³³, l'établissement d'une définition précise de la dignité ferait courir le risque d'une réduction de sa portée, et serait donc potentiellement préjudiciable pour les personnes qui voudraient s'en prévaloir. Dans le présent rapport, nous nous contenterons donc de présenter dans les grandes lignes la valeur fondamentale de ce droit et les interrogations qu'il suscite quant à la thématique de notre recherche.

A- La dignité : un concept normatif sujet à interprétation

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 4³⁴, et ses exigences ont été développées par la Cour suprême à l'occasion de nombreux arrêts³⁵. En tant que concept normatif, la dignité humaine est l'une des valeurs fondamentales prônées par les pays signataires de la Déclaration universelle des droits de l'Homme de l'Organisation des Nations Unies³⁶. Reconnue comme « inhérente à tous les membres de la famille humaine »³⁷, l'article

²⁹ Thomas DE KONINCK et Gilbert LAROCHELLE (coord.), *La dignité humaine : philosophie, droit, politique, économie, médecine*, coll. Débats philosophiques, Paris, Presses universitaires de France, 2005, p. 11.

³⁰ Christian BRUNELLE, « La dignité dans la *Charte des droits et libertés de la personne* : de l'ubiquité à l'ambiguïté d'une notion fondamentale », dans *La Charte québécoise : origines, enjeux et perspectives*, [2006] *R. du B.* (numéro thématique) 143, p. 147.

³¹ Daniel PROULX, « Le concept de dignité et son usage en contexte de discrimination : deux Chartes, deux modèles » (2003) Numéro spécial R du B 485, p. 492.

³² Dominique ROUSSEAU, *Les libertés individuelles et la dignité de la personne humaine*, Paris, Montchrestien, 1998, p. 70.

³³ Philippe PEDROT (dir.), *Éthique, droit et dignité de la personne*, Mélanges Christian Bolze, Paris, Economica, 1999, p. 59.

³⁴ « 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.

³⁵ *R. c. Morgentaler*, [1988] 1 R.C.S. 30 ; *Kindler c. Canada (Ministre de la Justice)*, [1991] 2 R.C.S. 779 ; *Rodriguez c. Colombie-Britannique (Procureur général)*, [1993] 3 R.C.S. 519 ; *Hill c. Église de scientologie de Toronto*, [1995] 2 R.C.S. 1130 ; *Vriend c. Alberta*, [1998] 1 R.C.S. 493 ; *Law c. Canada (Ministre de l'Emploi et de l'Immigration)*, [1999] 1 R.C.S. 497 ; *Québec (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse) c. Montréal (Ville)*; *Québec (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse) c. Boisbriand (Ville)*, [2000] 1 R.C.S. 665 ; *Blencoe c. Colombie-Britannique (Human Rights Commission)*, [2000] 2 R.C.S. 307.

³⁶ Organisation des Nations Unies, *Déclaration universelle des droits de l'Homme*, 10 décembre 1948.

³⁷ Id., Préambule.

premier de la Déclaration indique que « [t]ous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits »³⁸. Or, pour pouvoir s'épanouir, la dignité humaine trouve son effectivité dans le respect d'une multitude d'autres droits indispensables tels que les droits économiques, sociaux et culturels³⁹, et plus particulièrement dans le respect de l'égalité des droits.

Alors que « nous n'avons pas tous les mêmes chances de nous penser comme des sujets et comme des acteurs de notre propre vie »⁴⁰, faire respecter le principe d'égalité peut être délicat : comment faire en sorte qu'une norme soit applicable à tous de façon uniforme ?⁴¹ Faut-il aider certains usagers à s'élever au même niveau que les autres ? À l'inverse, faut-il rabaisser certains usagers à ce même niveau ? Comment justifier les mesures prises pour élever ou rabaisser les usagers d'un système au même niveau d'égalité ? En l'occurrence, l'adoption d'une conception purement formelle de l'égalité impliquera un traitement uniforme et valable pour tous⁴², mais sans aucune considération pour les différents facteurs socio-économiques propres à chaque individu et groupe. Mais alors que « la véritable égalité [n'est] pas nécessairement produite par un traitement identique »⁴³, recourir à des applications de normes différenciées selon les personnes à qui elles s'adressent peut s'avérer être un véritable casse-tête. Ainsi, la reconnaissance de droits particuliers et l'existence d'une différence de traitement « au bénéfice » des Autochtones, tels que la reconnaissance des droits ancestraux⁴⁴ ou bien l'existence de l'article 718.2 e) du Code Criminel⁴⁵, soulèvent aussi des questions : « [n]e s'agit-il pas là d'une entorse au principe d'égalité ? Le droit ne confère-t-il pas des privilèges à une catégorie de personnes en raison de leur race ? »⁴⁶. Les limites entre la favorisation de l'égalité et la discrimination sont donc très minces⁴⁷, et sont d'autant plus fragiles du fait que les personnes autochtones fassent partie d'un groupe racialisé, ce qui les rend particulièrement vulnérables aux différences de traitement orchestrées par les institutions du système dit « dominant »⁴⁸. Or, bien que la dignité puisse se définir comme un respect dû,

³⁸ Id., art. 1.

³⁹ « Toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale; elle est fondée à obtenir la satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels indispensables à sa dignité et au libre développement de sa personnalité » : Id., art. 22.

⁴⁰ Sylvie MESURE, « Dignité et société. Approche sociologique et critique », (2017) 2-66 *Presses de Sciences Po* 211-224, p. 221.

⁴¹ « [U]ne loi qui s'applique uniformément à tous est quand même susceptible de violer les droits à l'égalité d'un demandeur » : *Law c. Canada (Ministre de l'Emploi et de l'Immigration)*, [1999], 1RCS 497, para. 25.

⁴² *Commission Viens*, préc., note 4, p. 446.

⁴³ *Law c. Canada (Ministre de l'Emploi et de l'Immigration)*, [1999], 1RCS 497, para. 25.

⁴⁴ « [...] D'aucuns pourraient néanmoins prétendre que, par-delà leurs fondements historiques, les droits ancestraux sont aujourd'hui devenus une aberration, une discrimination, une discrimination anachronique et intolérable dans une société pluraliste fondée sur l'égalité de tous devant la loi [...] » : Thomas FLANAGAN, *Premières nations ? seconds regards*, Sillery (Québec), Septentrion, 2002, p. 220.

⁴⁵ L'article 718.2 e) du Code Criminel impose « l'examen, plus particulièrement en ce qui concerne les délinquants autochtones, de toutes les sanctions substitutives qui sont raisonnables dans les circonstances et qui tiennent compte du tort causé aux victimes ou à la collectivité ».

⁴⁶ Sébastien GRAMMOND, *Aménager la coexistence: les peuples autochtones et le droit canadien*, coll. Droits, territoires, cultures, n°3, Bruxelles, Bruylant, 2003, p. 6.

⁴⁷ « [E]n dépit de certains efforts d'adaptation et d'une volonté manifeste de favoriser l'égalité des chances, de nombreuses lois, politiques, normes ou pratiques institutionnelles en place sont source de discrimination et d'iniquité » : *Commission Viens*, préc., note 4, p. 215.

⁴⁸ Les personnes racialisées sont des « [...] personnes dont le vécu social peut être forgé par leur présumée appartenance à une race. Ce terme invoque leur vulnérabilité aux différences de traitement ou de la négation de leurs droits ou privilèges par des individus et des institutions qui pensent que les différences de race justifient les différences de traitement et de condition [...] » : Association du Barreau canadien, Groupe de travail sur l'égalité raciale dans la

l'effectivité de ce respect est conditionnelle au fait qu'une personne ou qu'un groupe ressente ou non du respect et de l'estime de soi⁴⁹, et que ce ressenti ne soit donc pas altéré par des situations propices à la discrimination.

Mais, en dépit de la grande prudence à exercer à cet égard, les bienfaits du recours à l'application différenciée de certaines normes ont été amplement développés par les juges, juristes et académiciens⁵⁰. Pour reprendre les termes du juge Iacobucci dans l'arrêt *Law* :

« [...] La dignité humaine est bafouée par le traitement injuste fondé sur des caractéristiques ou la situation personnelles qui n'ont rien à voir avec les besoins, les capacités ou les mérites de la personne. Elle est rehaussée par des lois qui sont sensibles aux besoins, aux capacités et aux mérites de différentes personnes et qui tiennent compte du contexte sous-jacent à leurs différences. La dignité humaine est bafouée lorsque des personnes et des groupes sont marginalisés, mis de côté et dévalorisés, et elle est rehaussée lorsque les lois reconnaissent le rôle à part entière joué par tous dans la société canadienne [...] »⁵¹.

Alors que la dignité est un concept mis en valeur uniquement dans des situations générant une charge émotionnelle⁵², « chaque homme politique fait mine d'y souscrire et presque chaque convention des droits de l'Homme lui réserve une place d'honneur »⁵³. L'on pourrait presque dire que la dignité est devenue un concept « à la mode », que son respect est un gage de démocratie et de vivre-ensemble, qu'elle est un slogan prôné par toutes les sociétés qui se veulent « civilisées ». Or, comme l'a observé Muriel Fabre-Magnan, « il est d'une certaine façon inquiétant qu'on n'ait jamais autant parlé de dignité ou encore d'éthique, car c'est le signe que ces principes sont tout à la fois contestés et bafoués [...]. La dignité ne va donc plus de soi puisqu'elle ne va plus sans dire (nos soulèvements) »⁵⁴.

À ce propos, en matière autochtone, il est à déplorer que les mesures prises pour la préservation de la dignité soient plus réactives que préventives. En effet, que dire du Principe de Joyce⁵⁵, si ce n'est que son énonciation peut paraître totalement incongrue dans le contexte d'un pays comme le Canada ? Comment est-il possible qu'en 2023, ce principe visant « à garantir à

profession juridique, *L'égalité raciale dans la profession juridique canadienne : rapport*, Ottawa, Association du Barreau canadien, 1999, p. 99.

⁴⁹ Cette nuance a été faite par le juge Iacobucci dans l'arrêt *Law*, dans lequel il explique que « [...] la dignité humaine signifie qu'une personne ou un groupe ressent du respect et de l'estime de soi [...] » : *Law c. Canada (Ministre de l'Emploi et de l'Immigration)*, [1999] 1 R.C.S. 497, par. 53.

⁵⁰ Voir à ce sujet *Law c. Canada (Ministre de l'Emploi et de l'Immigration)*, [1999] 1 R.C.S. 497 ; D. PROULX, « Le concept de dignité et son usage en contexte de discrimination : deux Chartes, deux modèles », préc., note 31 ; John BORROWS, *La constitution autochtone du Canada*, coll. Politeia, n°16, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2020.

⁵¹ *Law c. Canada (Ministre de l'Emploi et de l'Immigration)*, [1999] 1 R.C.S. 497, para. 59.

⁵² S. MESURE, « Dignité et société. Approche sociologique et critique », préc., note 40, p. 215 ; Ronald Myles DWORKIN et John Edwin JACKSON, *Justice pour les hérissons: la vérité des valeurs*, coll. Le champ éthique, n° 63, Genève Paris, Labor et fides diffusion Presses universitaires de France, 2015, p. 227.

⁵³ R. M. DWORKIN et J. E. JACKSON, *Justice pour les hérissons: la vérité des valeurs*, p. 26.

⁵⁴ Muriel FABRE-MAGNAN, « La dignité en droit : un axiome », (2007) 58-1 *Revue interdisciplinaire d'études juridiques* 1-30, p. 6.

⁵⁵ *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.

tous les Autochtones un droit d'accès équitable, sans aucune discrimination, à tous les services sociaux et de santé, ainsi que le droit de jouir du meilleur état possible de santé physique, mentale, émotionnelle et spirituelle », n'ait pas encore été adopté ? Bien que des ordres professionnels (tel que le Collège des médecins du Québec) se soient prononcés en faveur de l'adoption de ce principe, et que la délégation de la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec l'ait adopté en 2021⁵⁶, les gouvernements canadien et québécois semblent réticents à son adoption.

B- La charge de la preuve pour la dénonciation d'une atteinte à la dignité

Pour être justifiée, une atteinte à la dignité doit répondre à différents critères préétablis (1). Or, il semble qu'une charge supplémentaire pèse sur les épaules des usagers autochtones (2).

1. Les critères de l'atteinte

Bien que la dignité soit un droit fondamental, et donc non susceptible d'abus⁵⁷, la charge de la preuve peut s'avérer être un fardeau pour les personnes se prévalant d'une atteinte⁵⁸. C'est en 1999 que la Cour suprême, dans l'arrêt *Law c. Canada (Ministre de l'Emploi et de l'Immigration)*⁵⁹, a établi quatre critères (non exhaustifs) pour démontrer une atteinte à la dignité.

Dans un premier temps, la personne demanderesse devra démontrer « la préexistence d'un désavantage, de vulnérabilité, de stéréotypes ou de préjugés subis par [elle-même] ou par [son] groupe »⁶⁰. La cour insiste plus particulièrement sur l'importance des rôles joués par les stéréotypes dans le cadre des interactions pouvant mener à une atteinte à la dignité⁶¹. Également, la personne demanderesse devra établir « [l]e rapport entre les motifs de discrimination et [ses] caractéristiques ou [sa] situation personnelle »⁶². En d'autres termes, si l'acte/la mesure contestée est discriminatoire en ce qu'ont été pris « en compte les besoins, les capacités ou la situation véritables du demandeur et d'autres personnes partageant les mêmes caractéristiques, d'une façon qui respecte leur valeur en tant qu'êtres humains »⁶³, il s'agira alors d'une discrimination positive, et il n'y aura donc pas d'atteinte à la dignité. Ensuite, la personne demanderesse devra s'intéresser à « [l]'objet ou l'effet d'amélioration »⁶⁴ de l'acte/la mesure contestée, car « [u]n objet ou un effet

⁵⁶ G. KAMEL, *POUR la protection de LA VIE humaine concernant le décès de Joyce Echaquan*, préc., note 1, p. 18.

⁵⁷ « Le principe de dignité de la personne humaine prime en réalité [sur] tous les autres droits et libertés fondamentales. Il en résulte que, contrairement à eux, il n'est pas susceptible d'abus » : M. FABRE-MAGNAN, « La dignité en droit : un axiome », préc., note 54, p. 16.

⁵⁸ « [L]a dignité humaine est une notion abstraite et subjective qui non seulement peut être déroutante et difficile à appliquer [...], mais encore s'est révélée un fardeau additionnel pour les parties qui revendiquent [ce] droit » : R. c. *Kapp*, [2008] 2 R.C.S. 483, 2008 CSC 41, par. 22.

⁵⁹ *Law c. Canada (Ministre de l'Emploi et de l'Immigration)*, [1999] 1 R.C.S. 497, par. 62 à 75.

⁶⁰ Id., par. 63.

⁶¹ « [...] Un stéréotype peut se définir comme une conception erronée à partir de laquelle une personne ou, la plupart du temps un groupe, est injustement dépeint comme possédant des caractéristiques indésirables, ou des caractéristiques que le groupe, ou au moins certains de ses membres, ne possède pas [...] » : Id., par. 64.

⁶² Id., par. 69.

⁶³ Id., par. 70.

⁶⁴ Id., par. 72.

apportant une amélioration [...] ne violera vraisemblablement pas la dignité »⁶⁵. Enfin, quatrième, la personne demanderesse devra insister sur « [l]a nature du droit touché »⁶⁶.

Les quatre étapes que doit suivre un usager victime d'une atteinte sont donc :

1. Démontrer la préexistence d'un désavantage, d'une vulnérabilité, de stéréotypes ou de préjugés à son encontre ou celle de son groupe d'appartenance;
2. Prouver le lien entre la discrimination *négative* subie et sa situation personnelle;
3. Démontrer un effet d'*aggravation* de sa situation à cause de la discrimination subie;
4. Expliquer la nature du droit atteint par la discrimination;

La cour se fonde sur les arguments exposés antérieurement dans *Egan c. Canada* : « toutes autres choses étant par ailleurs égales, plus les conséquences [...] ressenties par le groupe touché sont graves et localisées, plus il est probable que la distinction qui en est la cause soit discriminatoire »⁶⁷. La cour souligne alors la pertinence « de vérifier si la distinction restreint l'accès à une institution sociale fondamentale, si elle compromet "un aspect fondamental de la pleine appartenance à la société canadienne" ou si elle a "pour effet d'ignorer complètement un groupe particulier" »⁶⁸.

Il est à noter cependant que l'arrêt *Law* a suscité quelques remarques : en 2008, dans l'arrêt *Kapp*⁶⁹, les juges soulignent la difficulté de l'application des quatre critères, lesquels s'avèrent être « un fardeau additionnel pour les parties »⁷⁰. En 2011, dans l'arrêt *Withler*⁷¹, la cour énoncera qu'il n'est pas toujours cohérent de s'en tenir aux quatre critères de l'arrêt *Law*, et que seul les facteurs pertinents pour démontrer l'existence d'une discrimination devraient être pris en considération⁷². En 2021, dans l'arrêt *Ward c. Québec (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse)*⁷³, la cour insiste sur le degré de gravité du fait reproché : dans le but d'éviter la banalisation de la notion de dignité⁷⁴, les juges ont adopté une dimension élargie, pour ne pas dire plus « sacrée » de ce droit, « puisque la dignité n'a pas pour horizon la protection d'une personne particulière, ni même d'une catégorie de personnes, mais de l'humanité en général »⁷⁵.

2. Les obstacles à la preuve d'une atteinte : le cas des personnes autochtones

En plus de devoir répondre aux critères jurisprudentiels, les justiciables autochtones doivent se confronter aux stéréotypes et biais implicites qui circulent à leur encontre (a) et qui influencent

⁶⁵ Id., par. 72.

⁶⁶ Id., par. 74.

⁶⁷ *Egan c. Canada*, [1995] 2 R.C.S. 513, par. 63.

⁶⁸ *Law c. Canada (Ministre de l'Emploi et de l'Immigration)*, [1999] 1 R.C.S. 497, par. 74, reprenant les termes de *Egan c. Canada*, [1995] 2 R.C.S. 513, par. 63.

⁶⁹ *R. c. Kapp*, [2008] 2 R.C.S. 483, 2008 CSC 41.

⁷⁰ Id., para. 22.

⁷¹ *Withler c. Canada (Procureur général)*, 2011 CSC 12, [2011] 1 R.C.S. 396.

⁷² « Dans certains cas, il ne sera pas nécessaire d'examiner expressément chacun des facteurs, alors que dans d'autres, certains facteurs non envisagés dans l'arrêt *Law* seront pertinents pour l'analyse » : id., para. 66.

⁷³ *Ward c. Québec (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse)*, 2021 CSC 43.

⁷⁴ « Ainsi, pour contrevir à l'art. 4 de la Charte québécoise, une conduite doit atteindre un degré de gravité élevé qui ne banalise pas la notion de dignité » : id.

⁷⁵ Id.

les décisions et réactions des personnes détentrices de l'autorité, qu'il s'agisse du personnel judiciaire, du personnel soignant, ou bien des personnes travaillant pour les services sociaux. L'existence de ces opinions préconçues ne font d'ailleurs qu'alimenter la méfiance des Autochtones à l'encontre des services publics que sont le système judiciaire et le système de santé (b).

a. La prolifération des stéréotypes et biais implicites

La Cour suprême a relevé un fait pertinent : l'impact des stéréotypes et des biais implicites à l'encontre de certains usagers et groupes. En effet, il est important de souligner que nul n'est à l'abri des opinions préconçues et généralisées qui peuvent impacter les décisions de chacun, car, 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 »⁷⁶. Or, la cour précise que pour apprécier une atteinte à la dignité, un tribunal peut « prendre connaissance d'office de certaines formes de désavantages et de préjugés »⁷⁷. Mais bien que l'impartialité et l'objectivité soient les maîtres mots de toute personne investie d'un pouvoir décisionnaire, il peut s'avérer périlleux de se forger une opinion vierge de tout biais ou influences.

Concernant les membres des communautés autochtones, l'impact des stéréotypes et des biais implicites semble être l'un des principaux obstacles à leur crédibilité. Ainsi, les nombreux rapports et commissions d'enquête ont pu parfois avoir un effet pervers en présentant les Autochtones comme les victimes de l'histoire et des affres de la colonisation. La mise en exergue du traumatisme intergénérationnel ainsi que les statistiques alarmantes concernant les conditions de vie et phénomènes sociétaux (tels que la sur représentation carcérale et judiciaire, ou encore la sur représentation auprès des services sociaux) n'ont fait que renforcer les stéréotypes et préjugés à l'encontre des Premiers peuples, et a pu avoir pour conséquence de les faire passer pour des personnes fragiles, voir peu fiables. Il est important cependant de souligner que les chiffres mis en valeur dans les nombreux rapports et enquêtes « ont tendance à nous faire tomber dans le sensationnalisme »⁷⁸ en procédant à des généralisations qui ont pour conséquence d'occulter la partie de la population autochtone qui est en bonne santé⁷⁹. Aux yeux du grand public, les Autochtones peuvent alors paraître « indolents, portés à la promiscuité et à la dive bouteille »⁸⁰, et seraient également « [d]ésorganisés, incapables de prendre en charge leur famille et leurs enfants, dépourvus de connaissance, violents, dépendants, négligents quant à leur santé et à leurs biens »⁸¹.

⁷⁶ « Pourquoi les biais implicites peuvent être mortels », Gender and Inequality, en ligne : <https://apolitical.co/solution-articles/fr/pourquoi-le-biais-implicite-peut-etre-mortel>.

⁷⁷ *Law c. Canada (Ministre de l'Emploi et de l'Immigration)*, [1999] 1 R.C.S. 497, par. 79. D'ailleurs, dans *R. c. Williams*, [1998] 1 R.C.S. 1128 et *R. c. Hummel*, 2001 YKSC3, la Cour suprême prévoit que les candidats au juré peuvent être questionnés à propos de leurs préjugés contre les Autochtones.

⁷⁸ Mary Jane Logan McCallum et Adele Perry, *Structures d'indifférence: vie et mort d'un Autochtone dans une ville canadienne*, traduit par Geneviève Deschamps, Québec, Presses de l'Université Laval, 2022, p. 44.

⁷⁹ « Ces chiffres ont tendance à nous faire tomber dans le sensationnalisme. Ils généralisent la situation et rendent invisibles les Autochtones en bonne santé, qui vivent longtemps et qui, individuellement ou avec leur famille et leur communauté, se frayent un chemin dans un monde qui leur a été imposé » : id, p. 44.

⁸⁰ Jean-Jacques Simard pour Thomas Flanagan, *Premières nations ? seconds regards*, Sillery (Québec), Septentrion, 2002, p. 230.

⁸¹ *Commission Viens*, préc., note 4, p. 219.

À ce propos, une étude menée en 2022 a permis d'établir cinq modèles de stéréotypes communs à l'encontre des Autochtones :

« [...] 1. Les peuples autochtones sont racialement inférieurs; 2. Les personnes autochtones sont malades, elles souffrent de dépendances et elles sont mentalement troublées; 3. Les peuples autochtones représentent un fardeau; 4. Les personnes autochtones ont un tempérament colérique et agressif; 5. Les personnes autochtones sont de mauvais parents [...] »⁸².

Or, tous ces préjugés ne font qu'alourdir le fardeau de la preuve pour les personnes autochtones souhaitant démontrer une atteinte à leur dignité. En effet, pour reprendre les termes de Muriel Fabre-Magnan, les demandeurs sont confrontés au problème de la dictature du fait, car la réalité fait foi⁸³. De ce fait, « [c]elui qui a la réalité de son côté a dès lors un avantage probatoire de taille »⁸⁴. Prenons comme exemple les situations dans lesquelles des Autochtones ont subi un test de dépistage de drogue ou d'alcool, sans leur consentement, dès leur arrivée à l'hôpital, en raison de l'existence d'un stéréotype voulant que la plupart d'entre eux soient dépendants aux substances intoxicantes. De tels biais ont été présentés dans le rapport d'enquête sur le décès de Joyce Echaquan, indiquant que « [d]ès son arrivée au Centre hospitalier de Lanaudière, Mme Echaquan est rapidement étiquetée comme narcodépendante »⁸⁵. Or, lors de son séjour dans l'établissement, le Centre de réadaptation en dépendance de Joliette avait conclu que les symptômes de Mme Echaquan étaient « sans lien avec un sevrage physique d'opioïdes ou de stimulants »⁸⁶. Le rapport d'autopsie démontrait également qu'elle ne consommait « que les narcotiques dûment prescrits et dont la quantité [était] insuffisante pour créer une dépendance »⁸⁷.

Ainsi, ces initiatives de dépistage préventif prises par le personnel soignant se fonde sur le postulat voulant que la majeure partie de la population autochtone soit prédisposée à la dépendance. De ce fait, les Autochtones doivent eux-mêmes convaincre le personnel médical qu'ils ne sont pas sous influence. Or, comme nous avons pu le constater pour Mme Echaquan, en dépit de preuves démontrant l'absence de symptômes de sevrage, il semble que le personnel soignant responsable était tout de même persuadé de l'existence d'une dépendance aux drogues⁸⁸.

Nous pouvons aussi prendre comme exemple le cas de la stérilisation des femmes autochtones⁸⁹ : selon les statistiques, les Autochtones auraient trois fois plus d'enfants que les

⁸² *Raconte ton histoire. Le racisme et la discrimination envers les Autochtones dans les soins de santé offerts sur le territoire de la région de Champlain : rapport sommaire*, Centre Wabano pour la santé des Autochtones en partenariat avec la Coalition autochtone d'Ottawa, 2022, p. 13.

⁸³ Paraphrase du texte de M. FABRE-MAGNAN, « La dignité en droit : un axiome », préc., note 54, p. 13.

⁸⁴ Id.

⁸⁵ G. KAMEL, *POUR la protection de LA VIE humaine concernant le décès de Joyce Echaquan*, préc., note 1, p. 7.

⁸⁶ Id., p. 6.

⁸⁷ Id., p. 7.

⁸⁸ En effet, au lendemain de son admission et malgré l'expertise du centre de réadaptation en dépendance, le personnel soignant continuait de présenter Mme Echaquan « comme une patiente en sevrage » : G. KAMEL, *POUR la protection de LA VIE humaine concernant le décès de Joyce Echaquan*, préc., note 1, p. 6.

⁸⁹ À ce propos, le tout premier rapport de recherche sur la situation québécoise a été rendu public en septembre 2022, faisant du Québec l'une des dernières provinces canadiennes à s'être intéressée à la cause des femmes autochtones et inuit : *Consentement libre et éclairé et les stérilisations imposées de femmes des Premières Nations et Inuit au Québec*, préc., note 25. Or, en 2019, la Commission interaméricaine des droits de l'homme confirmait qu'elle « recevait régulièrement des rapports de femmes, de filles et d'adolescentes autochtones affirmant avoir été stérilisées sans leur

Autochtones⁹⁰, connaîtraient des taux de violence familiale plus élevés, et seraient surreprésentés au sein des services sociaux canadiens. Ainsi, les médecins semblent être motivés par un sentiment de légitimité au moment de stériliser une femme autochtone sans son consentement éclairé⁹¹, le personnel soignant aura tendance à plus facilement recommander l'avortement à une femme autochtone⁹², et les services sociaux procéderaient de façon plus zélée au retrait d'un enfant d'une famille autochtone.

Pour reprendre les mots du docteur Samir Shaheen-Hussain, « aucun employé du secteur de la santé [...] n'est immunisé contre les préjugés implicites. À moins de vivre dans un monde véritablement égalitaire et juste, nul ne peut se prémunir complètement contre l'intériorisation des systèmes de pouvoir et de domination qui imprègnent la société »⁹³.

Les nombreux stéréotypes pèsent donc en défaveur des Autochtones, car dès lors que la preuve contraire est rendue impossible par les biais implicites des acteurs sociaux allochtones, celle-ci « opère un redoutable renversement de la charge de la preuve, puisqu'elle conduit à une présomption de licéité et même de légitimité qui, de fait, se révèle irréfragable »⁹⁴. Les stéréotypes et biais implicites rendent donc la preuve d'une atteinte à la dignité périlleuse et incertaine pour les justiciables autochtones, et rendent complexes les tentatives de plainte auprès des services concernés.

b. Une méfiance justifiée à l'encontre du système judiciaire, du système de santé, et des mécanismes de plainte qui leurs sont proposés

Au-delà de la barrière des clichés, l'insatisfaction et la méfiance ressenties à l'égard du système judiciaire et des mécanismes de plainte par les Autochtones représentent également des entraves à la préservation de la dignité⁹⁵.

consentement explicite, libre et éclairé au Canada (notre trad.) » : CIDH, "IACHR Expresses its deep concern over the claims of forced sterilizations against indigenous women in Canada", communiqué de presse, 18 janvier 2019, en ligne : <https://www.oas.org/fr/cidh/prensa/comunicados.asp?Year=2019>.

⁹⁰ STATISTIQUES CANADA, La population autochtone continue de croître et est beaucoup plus jeune que la population non autochtone, malgré un ralentissement de son rythme de croissance, 21 septembre 2022 : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220921/dq220921a-fra.htm?indid=32990-1&indgeo=0>.

⁹¹ Voici le témoignage d'une femme autochtone qui avait refusé que le médecin lui ligature les trompes après son accouchement : « Il m'a dit [...] : "Vous ne trouvez pas que vous en avez assez là ? C'est assez, il faut que ça arrête, ça. Tous les enfants que vous avez mis au monde vont tous vivre dans la misère" » : Ariane LACOURSIÈRE et Fanny LÉVESQUE, « Stérilisation forcée de femmes autochtones. Au moins 22 cas depuis 1980, un dernier en 2019 », LaPresse, 24 novembre 2022 : <https://www.lapresse.ca/actualites/2022-11-24/sterilisation-forcee-de-femmes-autochtones/au-moins-22-cas-depuis-1980-un-dernier-en-2019.php>.

⁹² Aussi, « [u]ne autre participante [à l'enquête] a même affirmé avoir subi "des pressions" pour "donner son enfant en adoption" lors d'une deuxième grossesse difficile. "Ce serait peut-être mieux [que tu te fasses avorter]" lui aurait suggéré une infirmière » : id.

⁹³ S. SHAHEEN-HUSSAIN, *Plus aucun enfant autochtone arraché: pour en finir avec le colonialisme médical canadien*, préc., note 18, p. 155.

⁹⁴ M. FABRE-MAGNAN, « La dignité en droit : un axiome », préc., note 54, p. 13.

⁹⁵ « [...] Aux malades et aux usagers des services de santé, des droits sont reconnus. Le droit de consentir ou de refuser les soins, le droit de porter plainte sans risque de représailles [...] en sont des exemples. Ils s'ajoutent aux droits reconnus à l'ensemble des citoyens dans la Charte des droits et libertés et dans les lois comme le droit à la sauvegarde de sa dignité et au respect de son intégrité [...] » : Danielle BLONDEAU, *Éthique et soins infirmiers*, Deuxième édition revue et mise à jour, Montréal, Québec, Presses de l'Université de Montréal, 2014, p. 155.

À défaut d'un système judiciaire culturellement adapté⁹⁶, d'aucuns le considèrent comme un système impérialiste, « en vertu duquel un groupe distinct de personnes prend une décision pour l'ensemble »⁹⁷. Cette méfiance peut retarder, voir annihiler toute tentative de porter plainte ou bien de simplement mettre en lumière des atteintes à la dignité. Cette crainte entretient alors la persistance de l'insécurité qui peut être ressentie par les usagers autochtones qui se confrontent au système, engendrant à son tour des situations pouvant rapidement être catastrophiques telles que : la sous-utilisation des services, l'augmentation des situations de crise, un retard de dépistage, et des entraves à la prestation de soins⁹⁸. Or, elle-même couplée avec les effets néfastes des déterminants de la santé, cette insécurité ne peut qu'aggraver l'état de santé de la population autochtone. À titre d'exemple, les Autochtones étant plus disposés à souffrir de maladies chroniques et neurologiques, et d'être victimes d'accidents, ces derniers sont amenés à souvent fréquenter des établissements de soins et les CHSLD⁹⁹. Mais au moment de décider d'un séjour dans un établissement de santé, un usager autochtone pourra être plus réticent à initier des démarches d'admission, du fait de l'insécurité ressentie et partagée par les usagers autochtones¹⁰⁰. Pour reprendre les mots de Me Pascal Porlier : « en tant qu'Autochtone, tu es anxieux de savoir si tu es traité comme les autres patients ou non »¹⁰¹.

⁹⁶ « [...] Si on regarde la situation dans le contexte de la loi, de la police, des tribunaux et du correctionnel, on se pose la question suivante : "peut-on améliorer le système ?" Eh bien ! Je vous répondrai très franchement qu'on ne le peut pas. L'expérience nous apprend que, même si vous rendez votre système plus représentatif, vous continuerez d'imposer vos lois, de les faire appliquer par vos forces de police, de les faire interpréter par vos tribunaux et d'emprisonner ceux qui y contreviennent dans vos établissements. Votre système ne parlerait pas notre langue. Nous n'y retrouverions pas nos lois. Nos traditions, nos coutumes, nos valeurs seraient sans effet à l'intérieur de ce système [...] » : Paroles de Ovide MERCREDI dans COMMISSION DE RÉFORME DU DROIT DU CANADA, *Rapport sur les peuples autochtones et la justice pénale*, 1991, p. 13.

⁹⁷ Id. ; « [...] De nombreux peuples autochtones ont développé une méfiance constante et profonde des systèmes politiques et judiciaires du Canada en raison des préjudices que ceux-ci leur ont causés. Ils considèrent souvent le système judiciaire du Canada comme un élément de la structure de gouvernance du Canada qui est diamétralement opposé à leurs intérêts [...] » : TRUTH AND RECONCILIATION COMMISSION OF CANADA, *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir: sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada*, Montréal, Publié pour la Commission de vérité et réconciliation du Canada par McGill-Queen's University Press, 2015, p. 215.

⁹⁸ *Commission Viens*, préc., note 4, p. 220 ; voir aussi Émilie PICAROU, *La sécurisation culturelle en santé et services sociaux: vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuit*, Édition mars 2021, Québec, la Direction des communications du Ministère de la santé et des services sociaux, 2021, p. 7. Le Principe de Joyce recommande d'ailleurs la création d'un bureau d'Ombudsman à la santé des Autochtones : *Principe de Joyce*, préc., note 55.

⁹⁹ « [...] [C]onsidérant les risques plus élevés de maladies chroniques et d'accidents chez les Premières Nations que dans la population en général et le fait que les maladies chroniques et neurologiques sont les deux principales causes de placement en centre d'hébergement et de soins de longue durée à l'extérieur des communautés, les Premières Nations sont appelées à fréquenter les établissements de soins aux adultes et les CHSLD québécois plus jeunes que la moyenne nationale [...] » : « Mémoire sur les ressources d'hébergement et de soins de longue durée pour les Premières Nations du Québec », CSSSONQL, 2014, p. 9.

¹⁰⁰ Ce sentiment d'insécurité a d'ailleurs été mis en évidence grâce à la Commission Viens (vu *supra*), mais aussi grâce aux nombreux articles de presse et déclarations partagés par les médias. Il est important ici de souligner l'histoire de Jeffrey Niquay, Atikamekw de Manawan, qui avait préféré occulter ses conditions de santé plutôt que de prendre le risque de recevoir les mêmes traitements que Joyce Echaquan. Ce dernier est décédé le 27 septembre 2021, des suites d'une péritonite qui aurait pu être soignée si le racisme systémique n'avait pas fait son œuvre en entretenant la crainte des Autochtones de recourir aux services de santé : histoire racontée par le père de Jeffrey Niquay, Pierre-Paul Niquay, à l'occasion de l'entretien téléphonique du jeudi 2 février 2023.

¹⁰¹ Me Pascal Porlier, associé propriétaire chez Cain Lamarre, à l'occasion d'une présentation du cours DRT872 « Perspectives autochtones en droit de la santé », Faculté de médecine, Université de Sherbrooke, 18 janvier 2022.

La sous-utilisation des services concerne également le recours aux mécanismes de plaintes présents au sein même des établissements de santé. Au lendemain des recommandations de la Commission Viens mettant en évidence la méfiance des usagers autochtones à l'égard des processus de plainte mis à leur disposition¹⁰², il semble que la comptabilisation des plaintes portées par les usagers autochtones ne soit toujours pas effective au sein des hôpitaux du Québec¹⁰³. En effet, lors des recherches effectuées pour ce rapport, il a été surprenant de remarquer que très peu d'arrêts faisaient mention de l'origine ethnoculturelle des personnes plaignantes. Il s'agit d'ailleurs d'une des remarques faites par la Commission Viens dans son rapport final, qui soulignait « l'absence de collecte de données ethnoculturelles par les services gouvernementaux »¹⁰⁴ :

« [...] Évoquant les risques de profilage racial, les représentants des services publics entendus en audience - exception faite des services correctionnels, des services de protection de la jeunesse et de certains corps policiers - ont confirmé ne compiler aucune information susceptible d'identifier l'appartenance à une nation autochtone [...]. Les systèmes de façons de faire en place ne permettent pas non plus de savoir avec précision combien de personnes d'origine autochtone ont déposé une plainte pour signifier leur insatisfaction à l'égard des services obtenus [...] (nos soulignements) »¹⁰⁵.

Permettons-nous un instant de commenter l'évocation de « risques de profilage racial ». Selon la Commission ontarienne des droits de la personne, le profilage racial :

« [...] [S]'entend de toute action prise pour des raisons de sûreté, de sécurité ou de protection du public qui repose sur des stéréotypes fondés sur la race, la couleur, l'ethnie, l'ascendance, la religion, le lieu d'origine ou une combinaison de ces facteurs plutôt que sur un soupçon raisonnable, dans le but d'isoler une personne à des fins d'examen ou de traitement particulier [...] »¹⁰⁶.

En suivant le raisonnement des représentants des services publics, l'identité autochtone ne serait pas relevée afin d'éviter un renforcement des stéréotypes à leur encontre. Or, dans cette logique, nous ne comprenons pas pourquoi les services correctionnels, de protection de la jeunesse, et certains corps policiers collectent les données concernant l'identification des usagers autochtones. Car il semble justement que ces services aient un rôle à jouer au niveau de la prolifération des stéréotypes voulant que les Autochtones soient « alcooliques, violents, négligents envers leurs enfants et dépendant du reste de la société »¹⁰⁷, raisons pour laquelle il ne serait « pas surprenant que leurs comportements conduisent à leur institutionnalisation accrue »¹⁰⁸. L'argument du profilage racial nous paraît alors incongru puisque le fait de relever l'identité autochtone des

¹⁰² *Commission Viens*, préc., note 4, p. 430 à 432.

¹⁰³ Voir notamment Jessica NADEAU et Marie-Michèle SIOUI, « Autochtones et soins de santé : des fautes difficiles à retracer », *LE DEVOIR*, 12 mai 2021, en ligne : <https://www.ledevoir.com/societe/sante/600557/un-phenomene-quebec-ne-documente-toujours-pas>.

¹⁰⁴ *Commission Viens*, préc., note 4, p. 237.

¹⁰⁵ *Id.*, p. 237-238.

¹⁰⁶ Commission ontarienne des droits de la personne, « Qu'entend-on par profilage racial ? », en ligne : <https://www.ohrc.on.ca/fr/quentend-par-profilage-racial-fiche>.

¹⁰⁷ Julie CUNNINGHAM et Édith CLOUTIER, « Justice communautaire autochtone », *Cahier ODENA. Au croisement des savoirs* 2010.2, p. 3.

¹⁰⁸ *Id.*

personnes portant plainte permettrait justement de pouvoir quantifier le phénomène du racisme systémique au sein des institutions. Pour l'heure, il revient aux chercheurs et chercheuses de compenser le manque de renseignements avec des témoignages.

Ainsi, la condition sociale des individus étant intrinsèquement liée au fait qu'ils puissent ou non « se penser comme des sujets capables de réclamer des droits »¹⁰⁹, tout porte à croire que la dignité autochtone est entachée de toutes parts par des atteintes à leur intégrité physique, mentale, et civique.

II- UNE PROTECTION JURIDIQUE AFFAIBLIE : LES ENTRAVES SYSTÉMIQUES ET LE TEMPS NÉCESSAIRE AUX INITIATIVES DE RÉCONCILIATION AVEC LES PREMIERS PEUPLES

La dignité autochtone souffre d'obstacles issus de la colonisation et de la non-considération des déterminants sociaux de la santé qui les affectent (A). Cependant, il existe des solutions pour parer les barrières endémiques du système québécois (B).

A- Des entraves systémiques persistantes

Couplé aux insuffisances budgétaires et aux réticences des Affaires indiennes et du Nord canadien (AANDC) face aux besoins médicaux des Premières Nations (2), le colonialisme médical et le racisme systémique font des ravages auprès de cette catégorie d'usagers (1).

1. Colonialisme médical et négation du racisme anti-autochtone

Les Autochtones ont un long passif avec l'exercice de la « médecine » au Canada. Qu'il s'agisse des hôpitaux indiens et des épidémies de variole ou tuberculose¹¹⁰, des expérimentations dans les pensionnats¹¹¹, de l'utilisation des Autochtones en tant que cobayes dans les

¹⁰⁹ S. MESURE, « Dignité et société. Approche sociologique et critique », préc., note 40, p. 222.

¹¹⁰ Financés par le gouvernement fédéral, ces établissements ont ouvert dès la fin du XIXe siècle pour fournir des soins aux patients exclusivement autochtones. Initialement créés pour, semble-t-il, isoler les patients atteints de la variole et de la tuberculose, ces établissements avaient pour objectif sous-jacent d'assimiler les Autochtones. Souvent affiliés aux pensionnats, de nombreux rapports et témoignages font état de conditions humaines et sanitaires déplorables. Entre autres, il est avéré que pour le traitement de la tuberculose, les Autochtones étaient plus susceptibles de subir une intervention chirurgicale impliquant une réduction thoracique (donc plus invasive et plus traumatisante), à l'inverse des Allochtones qui, dans « leurs » hôpitaux, bénéficiaient de traitements médicamenteux impliquant la simple prise orale de comprimés : voir à ce sujet S. SHAHEEN-HUSSAIN, *Plus aucun enfant autochtone arraché: pour en finir avec le colonialisme médical canadien*, préc., note 18, p. 258-265.

¹¹¹ « [...] Les gens qui ont connu l'époque des pensionnats, et qui sont maintenant des aînés, se souviennent d'avoir servi de cobayes ou d'avoir servi à tester des vaccins lorsqu'ils étaient enfants, sans leur permission ni celle de leur famille [...]. Des enfants autochtones étaient en état de malnutrition car faisaient l'objet d'expérimentations nutritionnelles dirigées par des bureaucrates gouvernementaux. Les expériences impliquaient des carences en vitamine et le rationnement des portions de lait, la limitation des soins dentaires, et impliquaient aussi de nourrir les enfants avec des produits contenant de la farine « enrichie », laquelle était encore non disponible à la vente au Canada [...] [notre trad.] » : Jeremiah RODRIGUEZ, « To tackle vaccine hesitancy, Canada can't ignore race, racism: health experts », *CTV News: Coronavirus*, December 16, 2020 : www.ctvnews.ca/health/coronavirus/to-tackle-vaccine-hesitancy-canada-can-t-ignore-race-racism-health-experts-1.5234212.

communautés¹¹², de la stérilisation ou de la contraception forcée¹¹³, des lois sur l'eugénisme¹¹⁴, des « disparitions médicales » d'enfants autochtones¹¹⁵, ou encore d'autopsies pratiquées sur des cadavres autochtones sans autorisation de la famille¹¹⁶, les Premières Nations, Métis et Inuit ont toutes les raisons du monde de se méfier du système de santé et de leurs représentants. Une récente étude sur le racisme et la discrimination envers les Autochtones dans les soins de santé rapportait d'ailleurs que 69% des participants autochtones déclaraient « réduire consciemment leurs interactions avec les fournisseurs de soins de santé », et 82% d'entre eux « réduisaient modérément à fortement leur recours au réseau de santé »¹¹⁷.

D'aucuns diront que les exemples cités ci-dessus appartiennent à un passé révolu, puisque la question des pensionnats et hôpitaux autochtones a été largement documentée et rendue publique, des décennies après leur fermeture. Or, à chaque année, de nouvelles situations et de nouveaux événements inhumains et dramatiques font leur apparition. Certaines situations sont révélées au grand jour grâce aux investigations de personnes engagées et aux témoignages de victimes, mais « même si de nombreux actes de colonialisme médical sont aujourd'hui bien documentés, certains d'entre eux n'offrent qu'un aperçu de phénomènes sans doute plus répandus qu'on le pense »¹¹⁸. En effet, il peut être difficile de parler d'expériences douloureuses, mais les personnes peuvent aussi craindre d'éventuelles représailles¹¹⁹, d'autant plus que nous pouvons supposer que de telles craintes soient renforcées par le traumatisme intergénérationnel¹²⁰, toujours alimenté par la constante négation des droits et revendications autochtones.

¹¹² Il s'agirait surtout des communautés inuit qui, dans les années 90, ont été désignées pour pouvoir pratiquer des expérimentations de greffe de peau, parfois sur des mineurs, et sans le consentement éclairé des Autochtones concernés : Radio Canada, « Des Inuit poursuivent Ottawa pour des expériences médicales effectuées sur eux », 22 juin 2019 : <https://ici.radio-canada.ca/espaces-autochtones/1194876/inuit-experience-medicale-poursuite-ottawa>.

¹¹³ *Consentement libre et éclairé et les stérilisations imposées de femmes des Premières Nations et Inuit au Québec*, préc., note 25.

¹¹⁴ La dernière loi sur l'eugénisme au Canada date de 1973 (*Sexual Sterilization Act*, Colombie-Britannique, 1933-1973). Ce type de loi prévoyait la création d'un comité pour l'eugénisme, auquel les hôpitaux et sanatoriums proposaient des personnes ayant un quotient intellectuel inférieur à la moyenne nationale, et qui devaient donc être stérilisés pour « préserver » le niveau intellectuel du pays. Or, une grande proportion de personnes autochtones a été soumise à ces comités : voir à ce sujet S. SHAHEEN-HUSSAIN, *Plus aucun enfant autochtone arraché: pour en finir avec le colonialisme médical canadien*, préc., note 18.

¹¹⁵ La plupart de ces « disparitions médicales » d'enfants autochtones étaient notamment dû au fait que les enfants issus de communautés éloignées ayant besoin de soins dans les hôpitaux du Sud étaient transportés par avion sans pouvoir être accompagnés par un parent. Or, il se trouve que de nombreux parents n'ont jamais pu revoir leur enfant, ces derniers ayant « disparus » dans le système : voir notamment le livre du docteur S. SHAHEEN-HUSSAIN, *Plus aucun enfant autochtone arraché: pour en finir avec le colonialisme médical canadien*, préc., note 18 ; voir aussi le combat de l'association Awacak qui a pour vocation de retrouver les enfants autochtones disparus (que ce soit dans le système des pensionnats, de la protection de la jeunesse, ou bien dans les établissements de santé).

¹¹⁶ La Commission Viens a rapporté des cas d'autopsies pratiquées sur des cadavres autochtones sans autorisation de la famille : *Commission Viens*, préc., note 4, vol. 153, p. 65, 68, 73, 75-79, 81-84 et 86, en ligne : <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/4001550>.

¹¹⁷ *Raconte ton histoire. Le racisme et la discrimination envers les Autochtones dans les soins de santé offerts sur le territoire de la région de Champlain : rapport sommaire*, préc., note 82, p. 12.

¹¹⁸ S. SHAHEEN-HUSSAIN, *Plus aucun enfant autochtone arraché: pour en finir avec le colonialisme médical canadien*, préc., note 18, p. 348.

¹¹⁹ « [J]e me suis souvent demandé si elles [les familles] ne craignaient pas une réaction hostile du système de santé » : Id.

¹²⁰ « [...] Des effets semblables ont été observés chez d'autres populations et d'autres groupes qui ont subi des traumatismes collectifs similaires, comme les survivants de l'Holocauste, les Nippo-Américains internés pendant la Seconde Guerre mondiale et les survivants du génocide des Arméniens par les Turcs [...]. Pour évaluer et décrire le

C'est là qu'intervient la notion de « colonialisme médical », laquelle désignerait « une culture ou une idéologie enracinée dans un racisme anti-autochtone systématique et faisant appel à des pratiques et à des politiques médicales pour établir, maintenir ou faire avancer un projet colonial génocidaire »¹²¹. Mis en avant par le docteur Samir Shaheen-Hussain¹²², le colonialisme médical est une des nombreuses ramifications du racisme systémique qui sévit dans les différentes branches du service public¹²³. Généré par le système dit « dominant », le colonialisme médical est la conséquence de nombreuses décennies de décisions politiques et institutionnelles, prises par des personnes influentes, et se basant sur des idéologies paternalistes à vocation « bienveillante ». Mais alors que le personnel et les décideurs opèrent un roulement régulier au fil de l'évolution de la société et des mentalités, le racisme continu encore de gangréner le système. Or, pour reprendre les termes de Murray Sinclair, Ojibwé et ancien sénateur canadien, pour lutter contre le racisme il ne suffit pas de remplacer les gens : il faut changer le système en place, car celui-ci est beaucoup trop imprégné des décisions et idéologies passées¹²⁴.

2. Insuffisance de financement et défavorisation des usagers autochtones

Qu'ils soient attribués aux Autochtones ou non, il est de notoriété publique que les budgets alloués sont, de façon générale, souvent insuffisants. Mais lorsqu'il est question des Premières Nations, la moindre contrainte et le moindre obstacle sont souvent amplifiés par l'existence des déterminants sociaux de la santé.

En effet, pour les membres inscrits des Premières Nations, le système fédéral de prestation des soins de santé « ressemble à un collage de programmes de santé publique au sein duquel on retrouve une obligation limitée de rendre des comptes, une prestation fragmentée et une ambiguïté des compétences »¹²⁵. En 2016, le Tribunal canadien des droits de la personne avait d'ailleurs déclaré qu'en matière de financement « AANDC défavoris[ait] les Premières Nations à l'occasion

fait que certains groupes ont été ainsi exposés en permanence à des traumatismes collectifs, Docteur Maria Yellow Horse Brave Heart, de l'Université du Nouveau-Mexique, a utilisé l'expression "traumatisme historique" [ou traumatisme intergénérationnel], qui est défini comme "la blessure affective et psychologique répétée, transmise d'une génération à l'autre par suite d'un traumatisme collectif massif" [...] » : *Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada et autres c. Procureur général du Canada (pour le ministre des Affaires indiennes et du Nord canadien)*, 2016 TCDP 2, para. 404.

¹²¹ L'auteur de la définition précise qu'il ne dénonce pas des actes génocidaires à proprement parler, mais plutôt les effets génocidaires de l'idéologie sous-jacente à la culture canadienne : S. SHAHEEN-HUSSAIN, *Plus aucun enfant autochtone arraché: pour en finir avec le colonialisme médical canadien*, préc., note 18, p. 207.

¹²² Id.

¹²³ Voir notamment à ce propos le rapport de la Commission Viens : *Commission Viens*, préc., note 4.

¹²⁴ « [...] J'aime toujours à dire que le racisme systémique est le racisme qui reste après qu'on s'est débarrassé des racistes. Une fois qu'on est débarrassé des racistes dans le système judiciaire, par exemple, celui-ci continuera de faire preuve de racisme parce qu'il suit certains processus, règles, procédures, lignes directrices, précédents et lois qui sont par nature discriminatoires et racistes parce que [ceux-ci] viennent d'une histoire de la *common law*, qui vient d'une autre culture, d'une autre façon de penser [...] » : Murray Sinclair, audiences du Comité permanent du patrimoine canadien (CHPC), n°075, 1^{re} session, 42^e législature, 2 octobre 2017, p. 1-2.

¹²⁵ C. READING et F. WIEN, *Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones*, préc., note 21, p. 20.

de la fourniture des services et, dans certains cas, les priv[ait] de ces services »¹²⁶. Cet arrêt s'inscrit dans une saga judiciaire qui a opposé la *Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada* contre AANDC, à l'occasion de laquelle le tribunal a pu se prononcer sur la qualité des soins et services censés être réservés aux Autochtones :

« [...] La preuve en l'espèce démontre toutefois qu'AADNC ne se contente pas d'assurer la fourniture de services aux enfants et aux familles des Premières Nations, mais qu'il contrôle la manière dont ces services sont dispensés par le truchement de ses mécanismes de financement, au point de nuire aux enfants et aux familles vivant dans les réserves [...] (nos soulignements) »¹²⁷.

Bien que les propos tenus soient ancrés dans un débat qui portait sur l'applicabilité ou non du principe de Jordan¹²⁸, il ne nous semble pas incongru d'élargir les constats à l'ensemble des soins et services perçus par les Premières Nations. Alors que « le fait d'éviter les coûts potentiellement élevés des services n'est pas l'approche appropriée pour mettre un terme à la discrimination »¹²⁹, cette décision laisse transparaître l'insuffisance et l'inadéquation du financement proposé pour soutenir la fourniture de soins et services aux usagers autochtones. Pour remédier à cela, les mesures présentées dans le Principe de Joyce proposaient que les gouvernements canadien et québécois révisent « les programmes de financement liés aux prestations de services en collaboration avec les autorités autochtones concernées »¹³⁰, et proposaient également que le gouvernement lie « les ressources allouées aux besoins réels des Autochtones »¹³¹.

En l'occurrence, comme a pu le révéler l'arrêt *Conseil de la bande de Pictou Landing c. Canada (Procureur général)*¹³², les budgets santé alloués aux réserves peuvent rapidement s'avérer insuffisants. Il s'agissait dans cette affaire d'une mère Mi'kmak, Maurina Beadle, qui prenait soin à domicile de son fils Jeremy, lourdement handicapé. Victime d'un accident cardio vasculaire, Mme Beadle ne pouvait plus s'occuper complètement de son fils. Le centre de santé de la réserve avait donc tenté d'invoquer le principe de Jordan pour que les frais de santé de Jeremy soient pris

¹²⁶ *Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada et autres c. Procureur général du Canada (pour le ministre des Affaires indiennes et du Nord canadien)*, 2016 TCDP 2, p. 50.

¹²⁷ Id., para. 444.

¹²⁸ Chambre des communes, Motion 29 d'initiative parlementaire, 12 décembre 2007 : « En 2007, la Chambre des communes a adopté une motion créant le principe de Jordan, nommé à la mémoire de Jordan. Le principe de Jordan établit qu'un enfant des Premières Nations ne doit pas se voir refuser l'accès aux services publics en raison de litiges concernant à quel gouvernement il incombe de payer les services. Il s'agit d'un principe de l'enfant d'abord selon lequel le gouvernement du premier contact paie le service et les litiges liés à la compétence sont réglés par la suite. Le principe de Jordan s'applique à tous les enfants des Premières Nations qui sont sous l'âge de la majorité et qui ont un besoin reconnu d'un service ou d'un soutien, peu importe leur état de santé, leur statut social ou leur lieu de résidence (dans une réserve ou non) » : New Brunswick government, en ligne : <https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/aas-saa/pdf/Principe-de-Jordan.pdf>. Le Principe de Joyce s'inscrit d'ailleurs dans la même logique, en proposant que les gouvernements canadien et québécois mettent en œuvre le principe « indifféremment des conflits juridictionnels entre le Québec et le Canada » : *Principe de Joyce*, préc., note 55 mesure 1-VII, mesure 2-VI.

¹²⁹ *Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada c. Procureur général du Canada (Ministre des Affaires autochtones et du Nord canadien)* 2017 TCDP 14, para. 74.

¹³⁰ *Principe de Joyce*, préc., note 55, mesure 1-II et 2-V.

¹³¹ Id., mesure 1-V.

¹³² *Conseil de la bande de Pictou Landing c. Canada (Procureur général)*, 2013 CF 342.

en charge par le gouvernement, car ils représentaient 80% du budget santé alloué à la réserve. Or, à la différence des CHSLD et autres établissements proposés par le réseau québécois, « les établissements de soins aux adultes des communautés ne reçoivent pas de financement pour offrir des soins médicaux et spécialisés et doivent entièrement payer ces services à même leurs enveloppes budgétaires »¹³³. Ainsi, du fait qu'ils ne puissent obtenir des prêts de ressources médicales¹³⁴, les communautés bénéficiant d'un établissement de santé doivent revoir leurs standards à la baisse pour bénéficier de soins et services, ce qui implique le recrutement d'un personnel parfois moins qualifié, et « un roulement de personnel plus élevé, donc une diminution de la qualité et de la continuité des services »¹³⁵. De plus, le manque de qualification ne pourra généralement pas être suffisamment compensé du fait du manque de moyens pour pouvoir fournir des formations aux membres du personnel, de même que la formation continue ne pourra pas être régulièrement assurée¹³⁶.

B- Sécurisation et rétablissement de la dignité autochtone : des solutions à portée de main

Alors que ce rapport a principalement pour objectif de mettre en lumière les nombreuses atteintes à la dignité des Premiers Peuples, il est tout de même important de montrer que la situation est en train d'évoluer. Étant donnée la récente histoire coloniale du Canada, les initiatives et démarches de réconciliation n'en sont, pour ainsi dire, qu'à leurs balbutiements, mais ont tout de même le mérite d'exister.

Ces dernières années, la notion de sécurisation culturelle a fait son apparition sur la scène médiatique québécoise (1), et a permis d'appréhender une approche différente en matière de formations et de protocoles médicaux, mais aussi concernant les devoirs et responsabilités

¹³³ « Mémoire sur les ressources d'hébergement et de soins de longue durée pour les Premières Nations du Québec », préc., note 99, p. 17.

¹³⁴ Id.

¹³⁵ De plus « il existe une disparité salariale pour tous les types d'emploi, [et] le salaire des employés des établissements des Premières Nations est moins élevé que celui des salariés des CHSLD québécois » : « Mémoire sur les ressources d'hébergement et de soins de longue durée pour les Premières Nations du Québec », préc., note 99, p. 14 et 17. À ce propos, le Principe de Joyce propose dans une de ses mesures que le gouvernement du Québec mette « en place des mesures qui facilitent la mobilité des ressources humaines qui dispensent des services en santé et services sociaux aux Autochtones » : *Principe de Joyce*, préc., note 55, mesure 2-V.

¹³⁶ « [...] [L]a formation continue pour tous les types de personnel est peu ou pas présente dans les établissements des soins aux adultes des Premières nations du Québec, car le financement qui leur est octroyé est insuffisant [...]. Les besoins de formation, qu'elle soit de base ou continue, sont élevés. Que ce soit sur la mise à jour de la réanimation cardiorespiratoire et des premiers soins, sur la manipulation sécuritaire des aliments ou sur la façon d'intervenir auprès des personnes atteintes de démences, la formation requise par les différents employés des installations est vaste [...] » : « Mémoire sur les ressources d'hébergement et de soins de longue durée pour les Premières Nations du Québec », préc., note 99, p. 20. Concernant les formations continues, le principe de Joyce proposait les mesures 5-I et 6-I prévoyant que « [l]e gouvernement du Québec doit modifier le Code des professions de façon à implanter des formations récurrentes et obligatoires relatives au Principe de Joyce au sein de tous les ordres professionnels de santé et des services sociaux du Québec. Ces formations doivent être élaborées par, ou à tout le moins, en collaboration avec les acteurs autochtones de la santé et des services sociaux », et que « [l]es organisations de santé et des services sociaux doivent s'engager à la formation continue relative au Principe de Joyce. Ces formations doivent être élaborées par, ou à tout le moins en collaboration avec, les acteurs autochtones de la santé et des services sociaux » : *Principe de Joyce*, préc., note 55.

incombant au personnel soignant (2). Également, il est important de souligner les aboutissements de la mobilisation autochtone et des partisans de la cause, laquelle a notamment permis la promulgation d'une loi permettant aux familles autochtones d'enfants disparus ou décédés à la suite d'une admission en établissement de santé et service sociaux d'avoir accès à des renseignements personnels¹³⁷ pour que la lumière soit faite sur les circonstances ayant menées à ces drames (3).

1. La sécurisation culturelle : un concept toujours en émergence

Afin que le système et ses acteurs puissent être efficaces, il faut que ces derniers soient sensibilisés à la notion de sécurisation culturelle¹³⁸.

Apparue dans les années 80 en Nouvelle-Zélande, la sécurisation culturelle a été conceptualisée par Irihapeti Ramsden, infirmière chercheuse membre du peuple Maori. Ses recherches « ont permis de mieux outiller les professionnels de la santé afin qu'ils donnent aux Maoris des soins "culturellement sécuritaires" visant à diminuer les disparités en matière de santé »¹³⁹. Avant de développer le terme dans son acception médicale, Irihapeti Ramsden présente la sécurisation culturelle comme un enjeu de justice sociale impliquant des relations de pouvoir, ainsi que les notions de préjudice et d'attitude¹⁴⁰. Il s'agit alors d'une attitude, d'une responsabilité, qui serait détenue par les personnes dites en position de « dominance » au bénéfice des personnes recevant un service. Appliqué dans le cadre des sciences infirmières, le concept de sécurisation culturelle concernerait principalement les infirmiers et infirmières au profit de leurs patients¹⁴¹. À la fois processus et résultat¹⁴², la sécurisation culturelle a pour objectif d'instaurer un climat de confiance dans le cadre de la réception de soins et services de santé¹⁴³. Il s'agit d'une démarche impliquant, pour les personnes soignantes, la reconnaissance de la présence d'iniquités systémiques entre les usagers autochtones et allochtones¹⁴⁴, ainsi que la reconnaissance de l'efficacité de la

¹³⁷ *Loi autorisant la communication de renseignements personnels aux familles d'enfants autochtones disparus ou décédés à la suite d'une admission en établissement*, LQ 2021, c.16.

¹³⁸ À ce propos, le principe de Joyce propose dans sa mesure 1-IV que les gouvernements canadien et québécois facilitent « l'accès aux soins sécuritaires pour les membres des communautés autochtones de façon équitable, en tenant compte du lien de confiance qui doit exister avec l'établissement de santé choisi » : *Principe de Joyce*, préc., note 55.

¹³⁹ A.-M. LECLERC, K. VÉZEAU-BEAULIEU, M.-C. RIVARD et P. MIQUELON, « Sécurisation culturelle en santé : un concept émergent », préc., note 12, p. 50.

¹⁴⁰ "Cultural Safety became concerned with social justice and quickly came to be about nurses, power, prejudice and attitude" : Irihapeti MERENIA RAMSDEN, *Cultural Safety and Nursing Education in Aotearoa and Te Waipounamu*, thesis, New Zealand, Victoria University of Wellington, 2002, p. 5.

¹⁴¹ "Cultural Safety is therefore about the nurse rather than the patient. That is, the enactment of Cultural Safety is about the nurse while, for the consumer, Cultural Safety is a mechanism which allows the recipient of care to say whether or not the service is safe for them to approach and use": id., p. 6.

¹⁴² A.-M. LECLERC, K. VÉZEAU-BEAULIEU, M.-C. RIVARD et P. MIQUELON, « Sécurisation culturelle en santé : un concept émergent », préc., note 12, p. 51.

¹⁴³ « La sécurisation culturelle se produit ainsi lorsque les Premières Nations et les Inuit se sentent en confiance avec leurs prestataires de services » : Christiane GUAY, Lisa ELLINGTON, Nadine VOLLANT et Ghislain PICARD, *Ka Nikanitet: pour une pratique culturellement sécuritaire de la protection de la jeunesse en contextes autochtones*, Québec (Québec), Presses de l'Université du Québec, 2022, p. 175-176.

¹⁴⁴ « La sécurisation culturelle est une approche qui reconnaît la présence des iniquités vécues par les Autochtones et qui cherche à combler ces écarts par des pratiques sécurisantes » : É. PICAROU, *La sécurisation culturelle en santé et services sociaux: vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuit*, préc., note 98, p. xv.

fourniture de soins culturellement adaptés¹⁴⁵. La sécurisation culturelle est permise par l'acquisition de compétences culturelles, lesquelles consistent « à prendre conscience des différences culturelles, à offrir des services de qualité à une population culturellement hétérogène et à poser des actions appropriées en fonction de chaque situation »¹⁴⁶.

Pour cela, les acteurs des soins et services de santé doivent être sensibilisés aux impacts des déterminants sociaux de la santé, lesquels représentent un fardeau supplémentaire sur les épaules des membres des Premières Nations. Vécus sous les dimensions physiques, spirituelles, affectives et psychologiques¹⁴⁷, les déterminants sociaux de la santé sont régulièrement synonymes d'un « accès limité aux ressources susceptibles de régler ces problèmes »¹⁴⁸. La familiarisation avec les déterminants de la santé permet alors de lever le voile sur les stéréotypes récurrents qui ne jouent pas en faveur des usagers autochtones.

En effet, alors que les Autochtones peuvent être réputés comme « violents, dépendants, négligents quant à leur santé »¹⁴⁹, l'analyse des déterminants sociaux mettent en lumière des schémas comme tel : les conditions de vie médiocres sur certaines réserves impliquent notamment une grande promiscuité causée par le manque de logements disponibles; la surpopulation des maisons génère alors des environnement facteurs de stress (maison bruyante, tâches ménagères plus importantes, coûts d'entretien et de vie plus importants) lesquels favorisent eux-mêmes la consommation de drogues et d'alcool. Immanquablement, l'abus de substances intoxicantes mènent à des problèmes de santé majeurs, et est synonyme de violence familiale. La sécurisation culturelle permet alors une introspection sur les croyances et les connaissances à l'égard des usagers autochtones, ce qui favorise l'adoption d'un comportement plus empathique à leur égard¹⁵⁰.

Il est important de préciser que la sécurisation culturelle peut avoir un impact significatif sur la qualité des soins de santé reçus par les patients et sur la capacité des patients à adhérer aux plans de traitement. En effet, des études et ouvrages ont mis en évidence des liens directs entre le

¹⁴⁵ Nous avons évoqué *supra* l'histoire de Maurina Beadle et de son fils Jeremy, lourdement handicapé. L'avocate de Mme Beadle avait fait part des impacts positifs de la culture autochtone sur la santé de ce dernier : « [...] Elle a découvert qu'il aimait la musique et chante pour lui lorsqu'il est perturbé ou ne veut pas collaborer. La voix de Mme Beadle le calme et réussit parfois à le faire cesser de s'infliger des sévices. Elle l'amène sur le circuit des pow-wow et se rend dans les collectivités où se tiennent des pow-wow. Elle dit que Jeremy est vraiment heureux lorsqu'il danse avec d'autres membres des Premières nations et chante sur la musique traditionnelle. Jeremy ne s'inflige jamais de sévices lorsqu'il assiste à de tels rassemblements [...] » : *Conseil de la bande de Pictou Landing c. Canada (Procureur général)*, 2013 CF 342, para. 10.

¹⁴⁶ C. GUAY, L. ELLINGTON, N. VOLLANT et G. PICARD, *Ka Nikanitet: pour une pratique culturellement sécuritaire de la protection de la jeunesse en contextes autochtones*, préc., note 143, p. 178.

¹⁴⁷ C. READING et F. WIEN, *Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones*, préc., note 21, p. 8.

¹⁴⁸ Id, p. 7.

¹⁴⁹ *Commission Viens*, préc., note 4, p. 219.

¹⁵⁰ « [...] La sécurisation culturelle propose que chaque acteur du système de santé et de services sociaux effectue une réflexion sur ses croyances et ses connaissances à l'égard des Autochtones. Il s'agit d'un point de départ fondamental pour intervenir de manière plus pertinente et contrer les inégalités [...] » : É. PICAROU, *La sécurisation culturelle en santé et services sociaux: vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuit*, préc., note 98, p. 7 ; « [...] La sécurité culturelle est globale et inclusive. Elle implique non seulement de reconnaître pleinement les particularités historiques, sociales et culturelles des peuples autochtones, mais également d'adopter une approche reposant sur une compréhension des inégalités inhérentes à la prestation de services de santé et de services sociaux auprès de ces peuples [...] » : *Commission Viens*, préc., note 4, p. 446.

racisme et l'état de santé des populations racisées¹⁵¹. Comme a su l'expliquer Ilene Hyman dans son rapport portant sur le racisme et ses impacts sur la santé des immigrants, il n'est pas insensé d'avancer l'idée selon laquelle :

« [...] [L]es éléments de stress influent sur la santé physique principalement en provoquant des états émotionnels négatifs comme l'anxiété, la dépression et une faible estime de soi ou identité qui, en retour, sont susceptibles d'avoir des conséquences directes sur les processus biologiques notamment le système immunitaire ou les types de comportement et, donc, d'augmenter les risques de maladie [...] »¹⁵².

À titre d'exemple, pour la situation dont a été victime Joyce Echaquan, le Dr Shaheen-Hussain et la Dre Cotton ont respectivement évoqué le « syndrome du cœur brisé » (connu sous le nom de cardiomyopathie de stress) ainsi que « d'hyperadrénergique » qui sont tous deux causés par une situation de stress intense, provoquée par les propos racistes tenus par les infirmières responsables¹⁵³. Le rapport d'enquête sur la mort de Mme Echaquan aboutissait d'ailleurs aux conclusions suivantes : « [I]e racisme et les préjugés auxquels Mme Echaquan a fait face ont certainement été contributifs à son décès »¹⁵⁴.

La sécurisation peut nécessiter une ou plusieurs formations pour être acquise, puisque pour pouvoir s'adapter à une culture, il faut avant tout apprendre à la connaître. Or jusqu'à présent, les formations et tentatives de sécurisation qui n'ont pas eu de succès ont ceci en commun : on leur reproche « l'utilisation d'outils standardisés non validés auprès des peuples autochtones, jumelée à l'incompréhension et à une mauvaise interprétation des différences culturelles »¹⁵⁵; on leur reproche de mettre trop en avant le décalage culturel entre Autochtones et Allochtones, au détriment d'une sensibilisation centrée sur le racisme¹⁵⁶; on peut également leur reprocher d'être

¹⁵¹ Andrew LEYLAND, Janet SMYLLIE, Madeleine COLE et Darlene KITTY, *Conséquences du racisme systémique sur la santé des populations autochtones du Canada et les soins de santé qui leur sont offerts*, Groupe de travail sur la santé autochtone du Collège des médecins de famille du Canada, Association des médecins indigènes du Canada, février 2026, en ligne : <https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Ressources/Sant%C3%A9-des-Autochtones/Communique_SystemicRacism_FRE.pdf> ; Kwasi KAFELE, *La discrimination raciale et la santé mentale : les communautés racialisée et autochtones*, Commission ontarienne des droits de la personne, décembre 2004, en ligne : <<https://www.ohrc.on.ca/fr/les-articles-du-dialogue-sur-la-politique-raciale/la-discrimination-raciale-et-la-sant%C3%A9-mentale-les-communaut%C3%A9s-racialis%C3%A9es-et-autochtones>>.

¹⁵² Ilene HYMAN, *Le racisme comme déterminant de la santé des immigrants*, Direction des initiatives stratégiques et des innovations, Agence de la santé publique du Canada, 30 mars 2009, en ligne : <https://www.researchgate.net/profile/Ilene-Hyman/publication/239932107_LE_RACISME_COMME_DETERMINANT_DE_LA_SANTE_DES_IMMIGRANTS/links/54abee2b0cf2bce6aa1dd293/LE-RACISME-COMME-DETERMINANT-DE-LA-SANTE-DES-IMMIGRANTS.pdf>.

¹⁵³ Josée BLANCHETTE, « Malades de nous », *Le Devoir* (8 octobre 2021), en ligne : <<https://www.ledevoir.com/opinion/chroniques/639036/zeitgeist-malades-de-nous>>.

¹⁵⁴ G. KAMEL, *POUR la protection de LA VIE humaine concernant le décès de Joyce Echaquan*, préc., note 1, p. 20.

¹⁵⁵ *Commission Viens*, préc., note 4, p. 448 ; Laurence NIOSI, « Joyce Echaquan : une formation sur les réalités autochtones dénoncée », *Ici Grand Montréal*, Radio Canada, 26 septembre 2022, en ligne : <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1917604/joyce-echaquan-formation-critique-realites-autochtones> ; Il est aussi pertinent de rappeler que la culture autochtone est souvent représentée de façon biaisée ou bien édulcorée, ce qui traduit l'existence de biais implicites et stéréotypes à l'encontre des Autochtones de la part des formateurs eux-mêmes.

¹⁵⁶ « [...] Les programmes de formation constituent un pas important dans la bonne direction, mais ils mettent souvent l'accent sur la "culture" autochtone plutôt que sur le racisme et, ce faisant, ils replacent au centre et privilégient implicitement le point de vue normatif de la blancheur et n'abordent pas les multiples moyens par lesquels le racisme

beaucoup trop succinctes et occasionnelles, comme le tribunal a pu le rappeler dans *Syndicat interprofessionnel de Lanaudière c. Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière* :

« [...] Intégrer les apprentissages de sécurisation culturelle implique de prendre la pleine mesure d'une culture en vue d'en venir à comprendre les différences et les apprécier. Des erreurs peuvent être commises en cours de route vu l'ampleur de notre méconnaissance des communautés autochtones, il faut en être conscient. Cela exige du temps, de l'ouverture et l'Employeur ne peut réalistement penser que cela peut se faire en trois heures et ainsi se draper dans une vertu le soustrayant de toute introspection [...] »¹⁵⁷.

Cependant, l'insuffisance de certaines formations sur la sécurisation culturelle combinée à la potentielle maladresse du personnel soignant peut également influencer la confiance des usagers autochtones. Ainsi, en mars 2021, quelques mois après le décès de Mme Echaquan, une infirmière a été congédiée à cause des faits suivants : lors de la fourniture de soins sur une usagère de la nation Atikamekw répondant au nom de Jocelyne Ottawa, l'infirmière lui aurait proposé de chanter en langue autochtone afin de rendre les soins plus agréables, et lui aurait également demandé si cette dernière se faisait appeler « Joyce » dans sa communauté. Bien que Mme Ottawa n'ait pas ri ni même réagit à ces propos, l'infirmière dit ne pas avoir ressenti le malaise de sa patiente à la suite de ses questions et remarques¹⁵⁸. À la suite de son passage à l'hôpital, l'usagère publiera un post sur les réseaux sociaux, où elle dira s'être sentie « humiliée », et fera des remarques concernant le lien entre cet événement et le décès de Mme Echaquan. Dans cette situation, deux points de vue se sont opposés : d'un côté, le Syndicat a qualifié « au plus de maladroits les propos tenus »¹⁵⁹, d'autant plus que l'infirmière semblait avoir « multiplié les efforts pour impliquer l'usagère dans les soins et s'est intéressée à sa culture, en adéquation avec les principes de sécurisation culturelle enseignés »¹⁶⁰; de l'autre, l'employeur considérait que l'infirmière avait « infantilisé l'usagère en lui demandant de chanter et lui [avait] fait revivre par association un épisode traumatique en lui donnant un surnom inadéquat »¹⁶¹. Ainsi, qu'il s'agisse de « condescendance raciale »¹⁶² ou de maladresse, cet événement ne représente qu'un des nombreux éléments qui pèsent dans la balance des relations entre les usagers autochtones et le système de santé québécois.

prive certaines personnes de possibilités et structure leur vie [...] » : M. J. L. MCCALLUM et A. PERRY, *Structures d'indifférence: vie et mort d'un Autochtone dans une ville canadienne*, préc., note 78, p. 9 ; « le vœu exprimé par le personnel d'avoir des formations ultraciblées, concises et pertinentes à leur pratique, quoique légitime, relève également d'un certain paternalisme qui voudrait que le racisme soit une notion simple qu'on puisse aborder sous la forme de capsules avant de passer au prochain sujet » : G. KAMEL, *POUR la protection de LA VIE humaine concernant le décès de Joyce Echaquan*, préc., note 1, p. 15.

¹⁵⁷ *Syndicat interprofessionnel de Lanaudière c. Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière*, 7 juillet 2022 QCTA 300, para 159.

¹⁵⁸ « "Oh, votre prénom c'est Jocelyne. C'est comme Joyce en anglais ça ? Est-ce qu'on vous appelle comme ça dans votre communauté ?". Ayant obtenu une réponse affirmative voulant que certaines connaissances de la communauté mohawk la désignent ainsi, la Plaignante rétorque "Alors ce sera Joyce pour les intimes". Bien que Jocelyne Ottawa ne rie pas, l'infirmière ne sent pas de malaise à la suite de son intervention » : Id., para. 84.

¹⁵⁹ Id., para. 6.

¹⁶⁰ Id.

¹⁶¹ Id., para. 7.

¹⁶² Id., para. 89.

Ces événements incitent à remettre en question l'efficacité de la formation obligatoire de trois heures qui avait été proposée après le décès de Mme Echaquan, puisque dans le rapport d'enquête portant sur son décès, il était rapporté que « les employés ont affirmé ne pas avoir tiré d'enseignement particulier et que cela n'était pas aidant dans leur pratique quotidienne »¹⁶³.

Mais les formations sur la sécurisation ne sont pas les seuls outils à disposition du personnel et des établissements de santé, car au-delà de la sensibilisation, des pratiques sont à privilégier pour assurer l'effectivité de la sécurisation culturelle :

« [...] Établir des liens avec les organisations des Premières Nations et des Inuit; Impliquer les organisations des Premières Nations et des Inuit dans les décisions relatives à leur santé et à leur bien-être; Favoriser un continuum de soins et de services pour les Premières Nations et les Inuit; Formaliser des ententes pour répondre aux réalités territoriales et régionales [...] »¹⁶⁴.

La sécurisation culturelle peut se traduire par des gestes simples. Par exemple, la pharmacie Jean Coutu de Wemotaci, en Mauricie, propose depuis peu des piluliers traduits en atikamekw, permettant ainsi une meilleure compréhension de certains usagers pour la prise de leurs médicaments, mais permettant également d'instaurer un climat propice à la mise en confiance des usagers autochtones vis-à-vis de la pharmacie et de son personnel¹⁶⁵. Un autre exemple pertinent à citer serait celui du Dr André Corriveau¹⁶⁶, qui nous a partagé un bel exemple de sécurisation culturelle au moyen de cercles de discussion dans une communauté Inuit qui subissait une éclosion de trichinose. Pour situer le contexte, cette maladie était transmise par un vers se trouvant dans la viande de gibier. Or, la communauté pratiquait la chasse traditionnelle du morse, dont la viande était consommée sans cuisson. Cette pratique avait une très grande importance pour la communauté. Mais pour tuer les vers transmettant la trichinose, il fallait cuire la viande, ce qui enlevait le caractère sacré/traditionnel de la chasse et de la consommation de la viande par la communauté. Une table ronde a donc été organisée avec les chasseurs, les aînés de la communauté, et les professionnels de santé, pour trouver une solution pour enrayer l'épidémie. Après discussions, il fut décidé qu'après avoir été chassés, les animaux ne seraient pas directement consommés. Du matériel fut fourni aux chasseurs pour détecter la présence du vers, et donc pour savoir quels animaux pouvaient être consommés dans le respect de la pratique traditionnelle¹⁶⁷.

La sécurisation culturelle nécessite donc du temps et de la volonté. Mais selon les définitions attribuées, la sécurisation culturelle peut parfois se confondre avec le principe de déontologie, puisqu'elle implique, fondamentalement, de faire preuve de savoir-vivre et d'empathie dans le

¹⁶³ G. KAMEL, *POUR la protection de LA VIE humaine concernant le décès de Joyce Echaquan*, préc., note 1, p. 15.

¹⁶⁴ É. PICAROU, *La sécurisation culturelle en santé et services sociaux: vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuit*, préc., note 98, p. 19-20.

¹⁶⁵ Jérôme GILL-COUTURE et Marie-Laure JOSSELIN, « Des piluliers en atikamekw à La Tuque », *Espaces Autochtones*, Radio Canada, 11 décembre 2022, en ligne : https://ici.radio-canada.ca/espaces-autochtones/1939831/atikamekw-sante-medicaments-autochtone-pharmacie?fbclid=IwAR3k7yHQarLRXML_OJ1sSIIJP88bm4AgxmytptuSAj8WOvbCnnpIhthCcik.

¹⁶⁶ Médecin-conseil en santé publique, ayant consacré sa carrière aux communautés autochtones du Nord et de l'Ouest canadien.

¹⁶⁷ Interview du Dr André CORRIVEAU, effectuée le 27 octobre 2022, dans le cadre de la préparation du cours DRT872 Perspectives autochtones en droit de la santé, donné à l'Université de Sherbrooke à l'hiver 2023 par la professeure Mélanie Bourassa Forcier.

cadre des interactions entre professionnels de santé et usagers. Cependant, au-delà de permettre le respect des règles déontologiques propre à chaque profession, la sécurisation culturelle implique d'établir un dialogue continu entre les membres des communautés autochtones et les représentants du système de santé québécois.

2. Valorisation de la déontologie et bonification des formations infirmières

La déontologie est un ensemble de principes éthiques et de règles de conduite qui régissent la pratique professionnelle et sociale d'une personne ou d'un groupe. Elle aide à protéger le public en garantissant que les professionnels agiront de manière éthique et responsable, agissant alors « comme complément à la morale générale en fournissant des outils plus précis et plus formels pour remplir les devoirs particuliers en matière professionnelle »¹⁶⁸. Les codes de déontologie sont élaborés par les corporations de professionnels pour définir les normes de comportements attendues de leurs membres. Ils peuvent inclure des directives sur l'intégrité professionnelle, la confidentialité, la responsabilité, le respect des droits des autres, la communication honnête et transparente, et d'autres valeurs fondamentales telles que la dignité. Il s'agit alors de codes éthiques qui permettent de promouvoir et sécuriser la dignité humaine, tout en assurant la pérennité d'une pratique de qualité¹⁶⁹. Qu'il s'agisse du code des infirmières et infirmiers¹⁷⁰, des médecins¹⁷¹ ou bien des infirmières et infirmiers auxiliaires¹⁷², tous réservent une place importante à la préservation de la dignité, car « [p]rendre en compte la dignité dans les gestes de soins et les actes médicaux, c'est à la fois respecter l'être humain quel que soit son état, mais aussi de la part des professionnels, conserver en toutes circonstances, une attitude irréprochable »¹⁷³. Le droit étant tributaire des devoirs de chacun, les codes déontologiques compilent les règles de droit qui s'imposent à la profession visée¹⁷⁴.

Le rôle des infirmières et infirmiers est de fournir des soins de qualité et des traitements aux patients pour les aider à atteindre leur meilleur état de santé possible, en assurant les soins de santé de base et les traitements adéquats. En tant que professionnels de « première ligne », ils sont

¹⁶⁸ « Tandis que la morale renvoie à la nécessité, pour tout individu, de "faire le bien et d'éviter le mal", la déontologie agit comme complément à la morale générale en fournissant des outils plus précis et plus formels pour remplir les devoirs particuliers en matière professionnelle » : D. BLONDEAU, *Éthique et soins infirmiers*, préc., note 95, p. 11-12.

¹⁶⁹ « La déontologie c'est la *condition de survie d'une pratique*. [...] Si une règle déontologique est bafouée, c'est toute la profession qu'elle régit qui se disloque » (sic) : M. CAILLOL, P. LE COZ, R. AUBRY et P.-H. BRÉCHAT, « Réformes du système de santé, contraintes économiques et valeurs éthiques, déontologiques et juridiques », préc., note 27, p. 633.

¹⁷⁰ « L'infirmière ou l'infirmier doit prendre les moyens nécessaires pour assurer le respect de la dignité, de la liberté et de l'intégrité du client » : *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, chapitre I-8, r. 9, art. 3.1.

¹⁷¹ « Le médecin doit exercer sa profession dans le respect de la vie, de la dignité et de la liberté de la personne » : *Code de déontologie des médecins*, chapitre M-9, r. 17, art. 4.

¹⁷² Un chapitre est dédié aux « Activités incompatibles avec la dignité ou l'exercice de la profession » : *Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires*, chapitre C-26, r. 153.1, section XIV.

¹⁷³ Anne-Marie DUGUET, « Chapitre 7. Le respect de la dignité à l'hôpital », (2010) 21-4 *Journal International de Bioéthique* 93 à 101, p. 96.

¹⁷⁴ « [L]a déontologie médicale a, quant à elle, une portée obligatoire vis-à-vis des médecins, et ses prescriptions ne sont pas de simples recommandations mais des règles de droit qui s'imposent à ceux qui y sont assujettis » : Dominique LAURENT, « La déontologie médicale en 2015 », (2015) 3-48 *Les tribunes de la santé* 23 à 32, p. 24.

généralement les premiers à interagir avec les patients. L'idéal-type de la profession est présenté comme suite :

« [...] Les infirmières font la promotion de la justice dans la prestation des soins. De façon plus précise, l'impartialité est assurée par l'élimination de toutes sources de discrimination. Elles refusent toute forme de comportement dégradant. L'équité est au centre de leurs préoccupations et, dans l'allocation des ressources, l'infirmière évalue les besoins, non pas le statut ou la culture [...] »¹⁷⁵.

Or, comme nous avons pu le voir *supra*, nul n'est exempt des opinions préconçues et généralisées qui ont influencés notre environnement et notre éducation au fil de notre parcours de vie¹⁷⁶. À ce titre, le personnel médical doit être particulièrement vigilant en ce qui concerne la circulation des stéréotypes et biais implicites, mais aussi concernant les émotions diverses et variées que peuvent susciter les situations auxquelles ils sont confrontés à chaque jour, tout en devant endurer des conditions de travail souvent très éprouvantes (environnement stressant, sous-effectif, surmenage)¹⁷⁷. D'ailleurs à ce sujet, il est pertinent ici de rappeler les propos tenus par l'une des infirmières mise en cause concernant la mort de Mme Echaquan au centre hospitalier de Lanaudière : « je n'ai pas choisi de me fâcher après elle parce qu'elle est [de la Communauté autochtone]. Ce matin-là, je me serais fâchée après n'importe qui »¹⁷⁸.

L'histoire de Brian Sinclair est un des exemples qui illustre ce qui peut résulter du dangereux mélange des biais implicites et des mauvaises conditions de travail dont sont victimes le personnel médical. Ainsi, en septembre 2008, Brian Sinclair, Anichinabé résidant à Winnipeg, s'est rendu aux urgences pour des douleurs en lien avec son cathéter urinaire qui devait être changé. Or, après l'évaluation de l'infirmier responsable du triage des urgences, M. Sinclair est resté pas moins de 34 heures dans la salle où il a littéralement été « ignoré à mort »¹⁷⁹. À la suite d'une « accumulation accidentelles d'erreurs » (sic)¹⁸⁰, pour ne pas dire de ce « malheureux concours de

¹⁷⁵ D. BLONDEAU, *Éthique et soins infirmiers*, préc., note 95, p. 133.

¹⁷⁶ Le Conseil de discipline a d'ailleurs exprimé ses préoccupations dans *Infirmières et infirmiers (Ordre professionnel des) c. Rocray*, jugeant « que l'intimée ne réalis[ait] pas que ses propos étaient discriminatoires envers les Autochtones quoiqu'elle affirme que ce n'était pas son intention » : *Infirmières et infirmiers (Ordre professionnel des) c. Rocray*, 27 septembre 2021, Conseil de discipline Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, para. 147.

¹⁷⁷ Yvon LAPRADE, « Si on parlait des conditions de travail [exécrables] des infirmières ? », *laVoixdel'Est*, Chroniques (12 mars 2023), en ligne : <https://www.lavoixdelest.ca/2023/03/12/si-on-parlait-des-conditions-de-travail-execrables-des-infirmieres-6822b4e660e4d1e9d6a5309f1d53bf0c>.

¹⁷⁸ *Infirmières et infirmiers (Ordre professionnel des) c. Rocray*, 27 septembre 2021, Conseil de discipline Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, para. 74. Le rapport d'enquête sur le décès de Mme Echaquan rapportait qu'il n'était « pas rare que les employés doivent se soustraire à leurs pauses et leurs diners pour offrir des soins », et que ce jour-là, le taux d'occupation des urgences était à 127% de sa capacité : G. KAMEL, *POUR la protection de LA VIE humaine concernant le décès de Joyce Echaquan*, préc., note 1, p. 14.

¹⁷⁹ M. J. L. MCCALLUM et A. PERRY, *Structures d'indifférence: vie et mort d'un Autochtone dans une ville canadienne*, préc., note 78.

¹⁸⁰ Il s'agit là des termes utilisés par le Juge Timothy Preston, dont l'un des corollaires « consistait à affirmer que n'importe qui aurait pu être victime de cette accumulation accidentelle d'erreurs » (sic) : Cour provinciale du Manitoba, "The Fatality Inquiries Act, in the Matter of Brian Lloyd Sinclair", 12 décembre 2014, p. 64, en ligne : https://www.manitobacourts.mb.ca/site/assets/files/1051/brian_sinclair_inquest_-_dec_14.pdf.

circonstances »¹⁸¹, il semble que M. Sinclair ait été indirectement victime des biais implicites du personnel qui :

« [...] a omis à maintes reprises de le considérer comme un patient ayant besoin de soins. Ce qu'il voyait, plutôt, c'était un homme autochtone, et non un patient [...]. Au cours des 34 heures qu'il a passées sur place, aucun membre du personnel ne lui a demandé pourquoi il se trouvait toujours dans la salle d'attente. Tous ont supposé qu'il était sans-abri ou intoxiqué ou qu'il trainait là sans but [...] »¹⁸².

D'après les caméras de surveillance et les témoignages des personnes présentes dans la salle, qu'il s'agisse d'usagers, du personnel de sécurité ou bien de membres du personnel soignant, pas moins de huit infirmiers et infirmières différents ont interagi avec l'utilisateur. Or, tous ont supposé que ce dernier était en état d'ébriété à cause de ses problèmes d'élocution, de sa léthargie, ou bien à cause du fait qu'il était parfois assoupi, et en ont donc déduit qu'il ne s'agissait que d'un itinérant venu se réfugier en salle d'urgence¹⁸³. Or « [q]uand le décès de Sinclair a été constaté, le corps avait déjà la rigidité cadavérique et il n'était plus possible d'établir avec précision l'heure de la mort. On sait toutefois que celle-ci avait eu lieu au moins quelques heures auparavant »¹⁸⁴. Ainsi, l'existence de biais implicites auprès du personnel soignant, le climat « d'urgence » propre à la situation, et une erreur administrative initiale (la personne responsable du triage aurait omis de noter le nom du patient sur la liste des personnes devant recevoir des soins) ont eu raison de Brian Sinclair.

Malgré l'existence avérée de conditions de travail particulièrement rudes pour les infirmiers et infirmières, l'article 25 du Code de déontologie de la profession prévoit que « [d]ans l'exercice de sa profession, l'infirmière ou l'infirmier doit faire preuve de disponibilité et de diligence raisonnables (nos soulignements) »¹⁸⁵, lesquelles sont des qualités essentielles pour toute personne responsable de soigner. En dépit du climat d'exercice, souvent cité « comme un obstacle à la sérénité de la délivrance des soins »¹⁸⁶, il revient au professionnel de santé de s'adapter et de prendre les précautions nécessaires « pour éviter que les patients ne se sentent atteints »¹⁸⁷. Oscillant entre impartialité et empathie, le personnel médical doit souvent faire preuve d'adresse pour concilier professionnalisme et convictions personnelles¹⁸⁸. Certains auteurs parlent d'une

¹⁸¹ Termes de l'avocat de l'Office régional de la santé de Winnipeg dans Déclaration préliminaire de William OLSEN, 6 août 2013, recueil des transcriptions, p. 16, pour la Cour provinciale du Manitoba, id.

¹⁸² M. J. L. MCCALLUM et A. PERRY, *Structures d'indifférence: vie et mort d'un Autochtone dans une ville canadienne*, préc., note 78, p. 18.

¹⁸³ « [L]e stéréotype préjudiciable de « l'Indien saoul » s'est perpétué et est devenu un diagnostic pour de nombreux cas où une personne autochtone s'adressait à des professionnels de la santé non autochtones pour avoir recours à des services ou bénéficier de soins » : *Raconte ton histoire. Le racisme et la discrimination envers les Autochtones dans les soins de santé offerts sur le territoire de la région de Champlain : rapport sommaire*, préc., note 82, p. 15.

¹⁸⁴ M. J. L. MCCALLUM et A. PERRY, *Structures d'indifférence: vie et mort d'un Autochtone dans une ville canadienne*, préc., note 78, p. 17.

¹⁸⁵ *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, c. I-8, r. 4.1, art. 25.

¹⁸⁶ A.-M. DUGUET, « Chapitre 7. Le respect de la dignité à l'hôpital », préc., note 173, p. 101 ; Il est aussi important de souligner la rudesse de l'exercice dans les régions éloignées car « le travail en région auprès de communautés autochtones est très difficile et demande beaucoup de renoncement » : *Joanne Létourneau c. Joanne M. Bolduc*, Comité de discipline (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2 janvier 2005, para. 35.

¹⁸⁷ A.-M. DUGUET, « Chapitre 7. Le respect de la dignité à l'hôpital », préc., note 173, p. 101.

¹⁸⁸ « [...] [L]e professionnel a le devoir de rendre ses services disponibles à tous et une responsabilité sociale d'adopter des normes de comportement garantissant la sécurité du public, la qualité des actes réservés et la crédibilité de l'ordre

« intelligence intuitive », qui permettrait de concilier les valeurs et les principes éthiques en lien avec leur profession¹⁸⁹. Dans l'arrêt *Infirmières et infirmiers (Ordre professionnel des) c. Rouleau* le tribunal rappelle d'ailleurs que « la profession d'infirmière et infirmier va bien au-delà de la simple démonstration d'une habileté technique à dispenser des soins, mais qu'elle requiert surtout de prodiguer ces soins avec toutes les qualités humaines que la profession exige »¹⁹⁰. Comme cela a été appelé à la suite du décès de Mme Echaquan :

« [...] La brusquerie à l'égard des patients, un langage incorrect à leur endroit ne seront jamais acceptables dans l'exercice de la profession d'infirmière et d'infirmier. Les bénéficiaires sont dans une position d'extrême dépendance lorsqu'ils ont besoin de soins médicaux, et ceux appelés à les prodiguer doivent le faire avec tact, empathie et la plus grande délicatesse possible [...] »¹⁹¹.

La formation infirmière permet alors d'acquérir les compétences nécessaires à la mobilisation des aptitudes et qualités inhérentes au statut d'infirmière et infirmier¹⁹². Entre autres, le principe du *caring* est présenté dans les formations comme un élément essentiel à la relation usager/soignant :

« [...] Il implique un respect global de la personne. En d'autres mots, la relation professionnelle se préoccupe non pas seulement de la maladie, mais aussi du malade ; non pas seulement de la souffrance ou de la douleur, mais aussi de la personne souffrante ; non pas seulement de l'information à fournir, mais aussi de la personne à renseigner ; non pas seulement de la mort, mais aussi de la personne mourante [...] »¹⁹³.

Le soignant doit donc être capable de s'ajuster aux différentes formes relationnelles possibles entre une personne soignante et son patient, et le questionnement éthique inculqué au travers des valeurs acquises au moyen de la formation infirmière devrait donc idéalement suivre le schéma suivant : « le choix d'agir, le choix des moyens à utiliser, l'appréciation des conséquences de l'action »¹⁹⁴.

auquel il appartient, notamment l'acquisition de la compétence, le renouvellement de ses connaissances, l'esprit d'équipe, le souci du renom de la profession et des engagements envers les confrères [...] » : Nicole MAHEUX, *Problématique de l'évolution des valeurs chez les infirmiers et infirmières dans le contexte de l'éthos postmoderne*, Mémoire de maîtrise, Rimouski, Université du Québec à Rimouski, 2007, p. 18.

¹⁸⁹ « Les émotions ont le pouvoir de nous mettre en relation avec nos valeurs, de réactiver la force de l'engagement des soignants à concrétiser les principes éthiques fondamentaux auxquels leur vocation les a attachés. Sans les émotions, il ne resterait de l'hôpital qu'un bloc de béton armé » : M. CAILLOL, P. LE COZ, R. AUBRY et P.-H. BRÉCHAT, « Réformes du système de santé, contraintes économiques et valeurs éthiques, déontologiques et juridiques », préc., note 27, p. 631.

¹⁹⁰ *Infirmières et infirmiers (Ordre professionnel des) c. Rouleau*, 2009 CanLII 21214 (QC CDOII), para 70.

¹⁹¹ *Gilbert c. Morgan et Roy*, Tribunal des Professions 500-07-000008-940, 11 septembre 1995, p. 30.

¹⁹² Certains auteurs mettent en avant la distinction à opérer « entre un formatage, qui ne serait qu'ingurgitation de recettes et une véritable formation permettant d'adapter ses connaissances à des situations non programmées » : M. CAILLOL, P. LE COZ, R. AUBRY et P.-H. BRÉCHAT, « Réformes du système de santé, contraintes économiques et valeurs éthiques, déontologiques et juridiques », préc., note 27, p. 632.

¹⁹³ D. BLONDEAU, *Éthique et soins infirmiers*, préc., note 95, p. 118-119.

¹⁹⁴ M. CAILLOL, P. LE COZ, R. AUBRY et P.-H. BRÉCHAT, « Réformes du système de santé, contraintes économiques et valeurs éthiques, déontologiques et juridiques », préc., note 27, p. 632 ; « comme pour toute activité humaine, seule une interrogation permanente sur la manière dont [la médecine et la recherche] sont pratiquées peut permettre

3. Des perspectives encourageantes : le combat de l'association Awacak et la sanction de la loi C-79

Il nous paraît important de mettre en lumière deux initiatives qui contribuent au lent processus de réconciliation amorcé conjointement par les Premières Nations, Inuit et Métis du Canada, ainsi que les gouvernements fédéral et provinciaux. Lors des recherches entreprises pour la rédaction de ce rapport, nous avons eu l'honneur d'être contactée par Pierre-Paul Niquay, l'un des membres fondateurs de l'association Awacak, qui nous a présenté le fantastique travail de ce regroupement de familles autochtones qui ont subi la perte d'un enfant. Cette rencontre, riche et émouvante, nous a fait prendre conscience de l'ampleur sans nom des atteintes à la dignité autochtone, du berceau au tombeau. Ayant milité pour le vote de la loi C-79 (a), l'association Awacak (b) travaille désormais en collaboration étroite avec la Direction de soutien aux familles, qui permet aux familles de faire la lumière sur les circonstances et les événements qui ont menés à la disparition ou le décès de leurs enfants.

a. La loi C-79 : Loi autorisant la communication de renseignements personnels aux familles d'enfants autochtones disparus ou décédés à la suite d'une admission en établissement

À l'occasion de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées (ENFADA)¹⁹⁵, plusieurs familles autochtones étaient venues témoigner du décès ou de la disparition d'enfants autochtones dans des circonstances relativement floues, voir inconnues, à la suite de leur admission dans un établissement de santé et de services sociaux. Certaines faisaient également part de l'existence d'informations contradictoires ou erronées, fournies par les services concernés, qui ont parfois permis de retrouver, bien des années après, des enfants en vie qui avaient pourtant été déclarés morts¹⁹⁶. Le rapport mentionne également que dans la plupart des situations, les corps des enfants déclarés décédés n'ont jamais été remis à leurs familles : « [L]es corps des enfants ont ainsi été inhumés sans que les familles aient connaissance du lieu ou du rite funéraire suivi, s'il y en a eu un. Un des enfants a été retrouvé dans une fosse commune des années plus tard »¹⁹⁷.

d'apprécier si elles servent toujours au mieux les valeurs qui les fondent » : Jean-Claude AMEISEN et Emmanuel HIRSCH, « Le traitement compassionnel : Médecine moderne, efficacité et humanité », 21-1 *M/S : médecine sciences* 102 à 103, p. 102.

¹⁹⁵ *Réclamer notre pouvoir et notre place: Volume 1a*, Ottawa, ON, CA, Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées, 2019 ; *Réclamer notre pouvoir et notre place: le rapport final de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées*, Ottawa, Bureau du Conseil privé, 2019.

¹⁹⁶ « Plusieurs témoignages ont par ailleurs mentionné l'existence d'informations contradictoires ou erronées transmises aux familles, qui ont parfois conduit à retrouver des enfants que les familles pensaient décédées » : *Loi autorisant la communication de renseignements personnels aux familles d'enfants autochtones disparus ou décédés à la suite d'une admission en établissement. Rapport annuel 2022-2023.*, Québec (Québec), Secrétariat aux relations avec les Premières Nations et les Inuit, 2023, p. 1.

¹⁹⁷ *Réclamer notre pouvoir et notre place le rapport final de l'enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées*, préc., note 195, p. 111. Le rapport sur la *Loi autorisant la communication de renseignements personnels aux familles d'enfants autochtones disparus ou décédés à la suite d'une admission en établissement* mentionne aussi que « [...] [p]lusieurs personnes rencontrées au cours de la dernière année ont également fait état de

À la fin du rapport complémentaire, l'appel à la justice n°20 demandait au gouvernement du Québec « de remettre aux familles autochtones toutes les informations dont il dispose concernant les enfants qui leur ont été enlevés suite à une admission dans un hôpital ou tout autres centres de santé au Québec »¹⁹⁸. Afin de répondre à cet appel, six amendements avaient été proposés à la *Loi modifiant principalement la Loi sur la pharmacie afin de favoriser l'accès à certains services et autorisant la communication de renseignements personnels concernant certains enfants autochtones disparus ou décédés à leur famille*. Finalement, après la mobilisation des familles autochtones et de l'association Awacak¹⁹⁹, des organisations comme l'Assemblée des Premières Nations du Québec et Labrador (APNQL), ainsi que le Protecteur du citoyen, la création d'un projet de loi distinct a été sollicité. La loi²⁰⁰ fût alors adoptée à l'unanimité le 3 juin 2021, et les travaux parlementaires furent « guidés par une vision commune et transpartisane : la dignité des enfants et la quête de vérité de leurs familles »²⁰¹.

Envisagée sous le prisme de la sécurisation culturelle, cette loi :

« [...] [A] pour objet de soutenir les familles d'enfants autochtones disparus ou décédés dans leurs recherches de renseignements sur les circonstances qui ont entouré la disparition ou le décès de ces enfants à la suite de leur admission en établissement – en tenant compte, notamment, des particularités linguistiques et culturelles des familles et de leurs besoins psychologiques et spirituels [...] »²⁰².

Dans l'objectif de faciliter la quête de vérité des familles et permettre d'amorcer les processus de guérison et de réconciliation, la loi permet au ministre des Relations avec les Premières Nations et les Inuit d'ordonner une enquête²⁰³ auprès des établissements, organismes et congrégations, dans le cas où un élément laisserait penser que des informations pertinentes pourraient être recueillies pour permettre de comprendre les circonstances ayant entouré la

témoignages de proches ayant revu, plus tard, certains des enfants disparus dans d'autres communautés ou d'autres régions, ou encore de cercueils supposés contenir des dépouilles d'enfants s'étant avérés vides lors des vérifications effectuées par leur famille [...] » : *Loi autorisant la communication de renseignements personnels aux familles d'enfants autochtones disparus ou décédés à la suite d'une admission en établissement. Rapport annuel 2022-2023.*, préc., note 196, p. 55.

¹⁹⁸ *Réclamer notre pouvoir et notre place le rapport final de l'enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées*, préc., note 195, p. 162.

¹⁹⁹ L'association sera présentée *infra*.

²⁰⁰ *Loi autorisant la communication de renseignements personnels aux familles d'enfants autochtones disparus ou décédés à la suite d'une admission en établissement*, LQ 2021, c.16.

²⁰¹ *Loi autorisant la communication de renseignements personnels aux familles d'enfants autochtones disparus ou décédés à la suite d'une admission en établissement. Rapport annuel 2022-2023.*, préc., note 196, p. 5. À l'occasion de la remise du rapport, M. André Morin député du Parti Libéral Québécois et membre du comité de suivi d'application de la loi, s'est prononcé sur le fait que la sanction de cette loi n'était « pas un sujet pour faire de la partisanerie politique » : Manawan, 21 avril 2023, remise du rapport annuel 2022-2023 de la loi C-79.

²⁰² *Loi autorisant la communication de renseignements personnels aux familles d'enfants autochtones disparus ou décédés à la suite d'une admission en établissement*, LQ 2021, c.16, art. 1.

²⁰³ « [...] Lorsqu'un ou des éléments laissent croire que des renseignements susceptibles de faire connaître les circonstances ayant entouré la disparition ou le décès d'un enfant autochtone existent, mais n'ont pas pu être communiqués à une personne en application de la présente loi, le ministre peut, d'office ou sur demande de cette personne, après avoir considéré les démarches effectuées par la personne, faire enquête auprès d'un établissement, d'un organisme ou d'une congrégation religieuse [...] » : Id., art. 13.

disparition ou le décès d'un enfant autochtone. En cas d'insatisfaction quant aux services reçus, la personne ayant sollicité la loi pourra porter plainte au ministre responsable des affaires autochtones²⁰⁴. Cette loi vise les établissements de santé et services sociaux, les organismes publics, ainsi que les congrégations religieuses²⁰⁵. Pour pouvoir en bénéficier, la personne demanderesse devra répondre aux critères suivants :

« [...] 1° transmettre sa demande au plus tard le 1^{er} septembre 2031; 2° être un membre de la famille de l'enfant visé par la demande; 3° disposer de renseignements susceptibles de laisser croire que cet enfant a été admis, avant le 31 décembre 1992, en établissement; 4° faire état de circonstances qui suggèrent que cet enfant est disparu ou est décédé, avant le 31 décembre 1992, alors qu'il était admis en établissement [...] »²⁰⁶.

La sanction de la loi a entraîné la création d'une nouvelle direction au Secrétariat aux relations avec les Premières Nations et les Inuit, nommée la Direction de soutien aux familles, qui a pour responsabilités²⁰⁷ :

- l'accompagnement des familles dans toutes leurs démarches de recherche;
- l'élaboration de stratégies de recherche sur mesure en collaboration avec les familles;
- l'organisation et la coordination de rencontres avec les experts pertinents pour les recherches entamées;
- la communication aux établissements concernés par la loi pour les informer de ses modalités et de son application;
- la communication aux organisations autochtones des informations concernant la loi et son application.

À l'occasion de la remise du rapport annuel de la loi à Manawan le 21 avril 2023, les mots de Ghislain Picard²⁰⁸ concernant l'objectif de la loi ont particulièrement fait écho à la thématique de nos recherches : « on a enlevé la dignité aux familles qui sont restées dans l'ignorance ». En effet, il est question désormais de restituer la dignité aux familles autochtones, aux pères, aux mères, aux tantes et oncles, aux frères et sœurs, aux grands-parents, aux cousins et cousines, et à toutes les communautés qui ont vu leur tissu social déchiré par la brutalité de ces disparitions. Il s'agit là d'essayer d'alléger le fardeau supporté par les proches, lesquels doivent également vivre avec des questionnements qui, au XXI^e siècle, n'ont plus lieu d'être :

« [...] S'il n'avait pas été autochtone... Mon enfant aurait-elle/aurait-il reçu les mêmes traitements ? Sa prise en charge aurait-elle été différente ? Ma famille aurait-elle été

²⁰⁴ Id., art. 19.

²⁰⁵ Id.

²⁰⁶ Id., art. 5. Pour précisions, l'année 1992 a été choisie car les enfants visés par les recherches sont, de façon générale, nés entre 1927 et 1980. Le contexte de la rafle des années 1960 est d'ailleurs une des principales justifications de la disparition de certains enfants : *Loi autorisant la communication de renseignements personnels aux familles d'enfants autochtones disparus ou décédés à la suite d'une admission en établissement. Rapport annuel 2022-2023.*, préc., note 196, p. 55.

²⁰⁷ Id., p. 8.

²⁰⁸ Malheureusement M. Picard ne pouvait pas être présent ce jour-là, mais Marjolaine Sioui, cheffe du comité de suivi de la loi, nous a lu le message que ce dernier souhaitait nous partager.

informée de son transfert ou de son décès ? Son corps m'aurait-il été restitué, aurais-je pu l'inhumer près de sa famille ? Aurais-je pu assister à son enterrement ? [...] »²⁰⁹.

Désormais, grâce à cette loi et au travail de toutes les personnes, tant autochtones qu'allochtones, la dignité autochtone semble être en voie de retrouver toute l'importance qu'elle mérite.

b. L'association « Awacak - petits êtres de lumière »

Dans la foulée de la découverte des tombes anonymes sur l'ancien site du pensionnat autochtone de Kamloop en 2021, l'association Awacak (se prononçant « awashak » en langue atikamekw) a vu le jour sous l'initiative de Françoise Ruperthouse, Pierre-Paul Niquay, Viviane Echaquan Niquay, Chantale Awashish, et Viviane Chilton. Dans la langue atikamekw, le terme « awacak » se traduit par « petits êtres de lumière », et désigne les enfants. Regroupant les familles autochtones ayant souffert de la disparition ou du décès d'un enfant, ses missions²¹⁰ principales consistent à :

- Regrouper les familles autochtones du Québec dont les enfants sont disparus ou décédés;
- Aider les familles à retrouver les enfants et à connaître les causes et circonstances de leur disparition ou décès;
- Entreprendre les recherches nécessaires (sociologiques, anthropologiques, juridiques) pour faire valoir les droits des familles;
- Représenter les familles auprès des autorités;
- Défendre et promouvoir les intérêts des familles;
- Sensibiliser la population à la situation vécue par les familles;
- Faire du recrutement et de la sensibilisation dans et hors des communautés autochtones;

En collaboration étroite avec la Direction de soutien aux familles créée par la loi C-79, l'association se charge de mettre sur pied des règlements généraux, de développer des outils d'entrevue avec les familles, de créer des formulaires de consentement pour les familles, de créer un protocole de conservation et d'archivage des données recueillies²¹¹. La mise en relation du réseau de familles autochtones touchées par la perte d'un enfant a permis à ce jour d'engager des recherches concernant la disparition de pas moins de 130 enfants²¹².

En plus de permettre la recherche d'enfants autochtones disparus ou décédés, l'association Awacak propose ses services en-dehors du cadre de la loi C-79. En effet, lors de la remise du rapport annuel de la loi le 21 avril dernier à Manawan, les personnes présentes étaient invitées à prendre la parole devant les membres du comité²¹³. Si certaines personnes ont remercié la Direction

²⁰⁹ *Loi autorisant la communication de renseignements personnels aux familles d'enfants autochtones disparus ou décédés à la suite d'une admission en établissement. Rapport annuel 2022-2023.*, préc., note 196, p. 61.

²¹⁰ *Id.*, p. 10.

²¹¹ *Id.*, p. 25.

²¹² Bien que le rapport 2022-2023 de la loi ne fasse mention que de 120 enfants, lors de la remise du rapport le 21 avril 2023 à Manawan, les membres du comité faisaient état de 130 disparitions.

²¹³ Le comité était composé notamment de : Ian Lafrenière (Ministre responsable des relations avec les Premières Nations et les Inuits), Anne Panasuk (conseillère spéciale pour le soutien aux familles), Julie Martel (Directrice du soutien aux familles), Françoise Ruperthouse (directrice de l'association Awacak), Ejinagosi (Richard) Kistabish

de soutien aux familles et l'association Awacak, d'autres se sont présentées pour parler de situations qui n'entraient pas dans le cadre de la loi, telles que la disparition d'enfants ayant eu lieu après le 31 décembre 1992, ou bien la disparition de jeunes adultes de plus de 18 ans : malgré le fait que ces cas ne soient pas admissibles pour bénéficier de la loi, les membres de l'association ont tout de même proposés de discuter plus amplement en privé, proposant les services des avocats et juristes qui travaillent pour l'association.

(membre du comité de suivi de la loi), Marjolaine Sioui (cheffe du comité de suivi), Sipi Flamand (chef de Manawan), André Morin (député Parti Libéral Québécois), Manon Massé (députée Québec Solidaire), Paul St-Pierre Plamondon (député Parti Québécois), Viviane Echaquan Niquay (Awacak), Pierre-Paul Niquay (Awacak), Florence Dupré (Direction de soutien aux familles).

CONCLUSION

Au fil de notre rapport, nous avons vu que la dignité, malgré sa définition complexe, était la justification du droit à avoir des droits, et se retrouvait donc au fondement du principe d'égalité des droits. En raison de la difficulté à instaurer le respect de la dignité en tant que principe juridique, les juges ont tenté au fil des jurisprudences de poser des critères pour démontrer une atteinte à l'égalité des droits en raison de l'existence d'une discrimination. Mais en dépit de la souplesse jurisprudentielle quant au respect de ces critères, la charge de la preuve pour dénoncer une atteinte à la dignité est souvent élevée, notamment en ce que concerne les usagers autochtones. En effet, l'internalisation des stéréotypes et biais implicites par les Allochtones rend difficile la preuve de l'existence d'une discrimination (et donc d'une atteinte à la dignité) en défaveur des parties autochtones, décourageant alors d'avantage ces derniers de recourir aux mécanismes de plainte mis en place.

En plus de la complexité juridique pour dénoncer une atteinte à la dignité, des entraves systémiques persistantes (colonialisme médical et racisme anti-autochtone) rendent difficile la reconnaissance et la protection de ce principe fondamental, censé être inhérent aux Premières Nations, Inuit et Métis du Canada. En dépit de l'existence de différents rapports et de conflits juridiques, les insuffisances de financement et la défavorisation des usagers autochtones, qui semblent être considérés comme de simples casse-têtes administratifs, entravent encore et toujours leur accès aux soins et services de santé.

Or, des solutions à portée de main existent pour sécuriser et rétablir la dignité autochtone. La sécurisation culturelle, bien que toujours en émergence, reste un concept prometteur qui reconnaît et démontre l'importance des pratiques médicales culturellement sécuritaires en matière de préservation de la dignité. Ainsi, la valorisation des préceptes déontologiques et la bonification des formations médicales pourront permettre de sensibiliser les professionnels de la santé aux enjeux autochtones et donc d'améliorer les pratiques.

Des perspectives encourageantes se dessinent, et aident à promouvoir des solutions concrètes pour assurer une protection effective de la dignité. Il est désormais temps de faire preuve de résilience et d'engagement, afin de favoriser et renforcer les prises de conscience collectives, les réformes législatives, ainsi que les collaborations entre tous les acteurs concernés, afin de construire un avenir où la dignité de chaque individu serait respectée et protégée. L'adoption du Principe de Joyce par le gouvernement du Québec représenterait une belle avancée, et permettrait le renforcement de l'égalité des chances, du respect des droits humains, et surtout du droit à un accès équitable aux services pour les personnes autochtones.

BIBLIOGRAPHIE

- Rapports et communications officielles

- Association du Barreau canadien, Groupe de travail sur l'égalité raciale dans la profession juridique, *L'égalité raciale dans la profession juridique canadienne : rapport*, Ottawa, Association du Barreau canadien.
- CIDH, "IACHR Expresses its deep concern over the claims of forced sterilizations against indigenous women in Canada", communiqué de presse, 18 janvier 2019, en ligne : <https://www.oas.org/fr/cidh/prensa/comunicados.asp?Year=2019>.
- COMMISSION DE RÉFORME DU DROIT DU CANADA, *Rapport sur les peuples autochtones et la justice pénale*, 1991.
- Commission royale sur les peuples autochtones*, Ottawa, Affaires Indiennes et du Nord Canada, Gouvernement du Canada, 1996, en ligne : <<https://www.bac-lac.gc.ca/fra/decouvrez/patrimoine-autochtone/commission-royale-peuples-autochtones/Pages/rapport.aspx>>.
- Consentement libre et éclairé et les stérilisations imposées de femmes des Premières Nations et Inuit au Québec*, Rapport de recherche, Québec, École d'études autochtones ; Chaire de recherche du Canada ; Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, 2022.
- État de la mise en œuvre du rapport de la commission d'enquête sur les relations entre les autochtones et certains services publics : écoute, réconciliation et progrès depuis sa parution en septembre 2019*, Observatoire des profilages, 2021.
- GOVERNEMENT DU CANADA, « Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé », en ligne : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante.html>.
- HYMAN, I., *Le racisme comme déterminant de la santé des immigrants*, Direction des initiatives stratégiques et des innovations, Agence de la santé publique du Canada, 30 mars 2009, en ligne : <https://www.researchgate.net/profile/Ilene-Hyman/publication/239932107_LE_RACISME_COMME_DETERMINANT_DE_LA_SANTE_DES_IMMIGRANTS/links/54abee2b0cf2bce6aa1dd293/LE-RACISME-COMME-DETERMINANT-DE-LA-SANTE-DES-IMMIGRANTS.pdf>.
- KAFELE, K., *La discrimination raciale et la santé mentale : les communautés racialisée et autochtones*, Commission ontarienne des droits de la personne, décembre 2004, en ligne : <<https://www.ohrc.on.ca/fr/les-articles-du-dialogue-sur-la-politique-raciale/la-discrimination-raciale-et-la-sant%C3%A9-mentale-les-communaut%C3%A9s-racialis%C3%A9es-et-autochtones>>.
- LEYLAND, A., J. SMYLIE, M. COLE et D. KITTY, *Conséquences du racisme systémique sur la santé des populations autochtones du Canada et les soins de santé qui leur sont offerts*, Groupe de travail sur la santé autochtone du Collège des médecins de famille du Canada, Association des médecins indigènes du Canada, février 2026, en ligne : <https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Ressources/Sant%C3%A9-des-Autochtones/Communique_SystemicRacism_FRE.pdf>
- Loi autorisant la communication de renseignements personnels aux familles d'enfants autochtones disparus ou décédés à la suite d'une admission en établissement. Rapport annuel 2022-2023.*, Québec (Québec), Secrétariat aux relations avec les Premières Nations et les Inuit, 2023.
- Mawow Ahyamowen Partership, "Learning from our Ancestors : mortality experience of communities served by Maamwesying North Shore community health services", mai 2019.

- « Mémoire sur les ressources d'hébergement et de soins de longue durée pour les Premières Nations du Québec », CSSSONQL, 2014.
- Pensionnats du Canada : rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada*, McGill-Queen's University Press, Montréal; Kingston; Londres; Chicago, 2015.
- 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.
- 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>>.
- Raconte ton histoire. Le racisme et la discrimination envers les Autochtones dans les soins de santé offerts sur le territoire de la région de Champlain : rapport sommaire*, Centre Wabano pour la santé des Autochtones en partenariat avec la Coalition autochtone d'Ottawa, 2022.
- Réclamer notre pouvoir et notre place: Volume 1a*, Ottawa, ON, CA, Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées, 2019.
- Réclamer notre pouvoir et notre place: le rapport final de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées*, Ottawa, Bureau du Conseil privé, 2019.
- TRUTH AND RECONCILIATION COMMISSION OF CANADA, *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir: sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada*, Montréal, Publié pour la Commission de vérité et réconciliation du Canada par McGill-Queen's University Press, 2015.
- KAMEL, G., *POUR la protection de LA VIE humaine concernant le décès de Joyce Echaquan.*, Rapport d'enquête. Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès., 2020-00275, Montréal, Bureau du Coroner, 2021.
- READING, C. et F. WIEN, *Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones*, Prince George (C.-B.), Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2009, en ligne : <<https://www.cnsa-nccah.ca/docs/determinants/RPT-HealthInequalities-Reading-Wien-FR.pdf>>.

- Lois, codes et déclarations

- Charte des droit et libertés de la personne*, RLRQ, c. 1.
- Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, chapitre I-8, r. 9.
- Code de déontologie des médecins*, chapitre M-9, r. 17.
- Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires*, chapitre C-26, r. 153.1.
- Loi sur les Indiens* (L. R. C. (1985), ch. I-5.
- Loi autorisant la communication de renseignements personnels aux familles d'enfants autochtones disparus ou décédés à la suite d'une admission en établissement*, LQ 2021, c.16.
- Organisation des Nations Unies, *Déclaration universelle des droits de l'Homme*, 10 décembre 1948.

- Arrêts

Cour provinciale du Manitoba, "The Fatality Inquiries Act, in the Matter of Brian Lloyd Sinclair", 12 décembre 2014, p. 64, en ligne : https://www.manitobacourts.mb.ca/site/assets/files/1051/brian_sinclair_inquest_-_dec_14.pdf

R. c. Morgentaler, [1988] 1 R.C.S. 30.

Kindler c. Canada (Ministre de la Justice), [1991] 2 R.C.S. 779.

Rodriguez c. Colombie-Britannique (Procureur général), [1993] 3 R.C.S. 519.

Hill c. Église de scientologie de Toronto, [1995] 2 R.C.S. 1130.

Gilbert c. Morgan et Roy, Tribunal des Professions 500-07-000008-940, 11 septembre 1995.

Egan c. Canada, [1995] 2 R.C.S. 513.

Vriend c. Alberta, [1998] 1 R.C.S. 493.

R. c. Williams, [1998] 1 R.C.S. 1128.

Law c. Canada (Ministre de l'Emploi et de l'Immigration), [1999] 1 R.C.S. 497.

Québec (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse) c. Montréal (Ville); Québec (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse) c. Boisbriand (Ville), [2000] 1 R.C.S. 665.

Blencoe c. Colombie-Britannique (Human Rights Commission), [2000] 2 R.C.S. 307.

R. c. Hummel, [2001] YKSC3.

Joanne Létourneau c. Joanne M. Bolduc, Comité de discipline (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2 janvier 2005.

R. c. Kapp, [2008] 2 R.C.S. 483, 2008 CSC 41.

Infirmières et infirmiers (Ordre professionnel des) c. Rouleau, 2009 CanLII 21214 (QC CDOII).

Withler c. Canada (Procureur général), 2011 CSC 12, [2011] 1 R.C.S. 396.

Conseil de la bande de Pictou Landing c. Canada (Procureur général), 2013 CF 342.

Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada et autres c. Procureur général du Canada (pour le ministre des Affaires indiennes et du Nord canadien), 2016 TCDP 2.

Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada c. Procureur général du Canada (Ministre des Affaires autochtones et du Nord canadien) 2017 TCDP 14.

Ward c. Québec (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse), 2021 CSC 43.

Infirmières et infirmiers (Ordre professionnel des) c. Rocray, 27 septembre 2021, Conseil de discipline Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Syndicat interprofessionnel de Lanaudière c. Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, 7 juillet 2022 QCTA 300.

- Articles

AMEISEN, J.-C. et E. HIRSCH, « Le traitement compassionnel : Médecine moderne, efficacité et humanité », 21-1 *M/S : médecine sciences* 102 à 103.

BRUNELLE, C., « La dignité dans la *Charte des droits et libertés de la personne* : de l'ubiquité à l'ambiguïté d'une notion fondamentale », dans *La Charte québécoise : origines, enjeux et perspectives*, [2006] *R. du B.* (numéro thématique) 143.

CAILLOL, M., P. LE COZ, R. AUBRY et P.-H. BRÉCHAT, « Réformes du système de santé, contraintes économiques et valeurs éthiques, déontologiques et juridiques », (2010) 22-6 *Santé Publique* 625 à 636.

CUNNINGHAM, J. et É. CLOUTIER, « Justice communautaire autochtone », *Cahier ODENA. Au croisement des savoirs* 2010.2.

- DUGUET, A.-M., « Chapitre 7. Le respect de la dignité à l'hôpital », (2010) 21-4 *Journal International de Bioéthique* 93 à 101.
- FABRE-MAGNAN, M., « La dignité en droit : un axiome », (2007) 58-1 *Revue interdisciplinaire d'études juridiques* 1-30.
- LAURENT, D., « La déontologie médicale en 2015 », (2015) 3-48 *Les tribunes de la santé* 23 à 32.
- LECLERC, A.-M., K. VÉZEAU-BEAULIEU, M.-C. RIVARD et P. MIQUELON, « Sécurisation culturelle en santé : un concept émergent », (2020) Mai-Juin 2018 *Perspective infirmière*.
- MESURE, S., « Dignité et société. Approche sociologique et critique », (2017) 2-66 *Presses de Sciences Po* 211-224.
- PROULX, D., « Le concept de dignité et son usage en contexte de discrimination : deux Chartes, deux modèles » (2003) Numéro spécial R du B 485.

- Articles web

- BLANCHETTE, J., « Malades de nous », *Le Devoir* (8 octobre 2021), en ligne : <https://www.ledevoir.com/opinion/chroniques/639036/zeitgeist-malades-de-nous>.
- Commission ontarienne des droits de la personne, « Qu'entend-on par profilage racial ? », en ligne : <https://www.ohrc.on.ca/fr/quentend-par-profilage-racial-fiche>.
- GILL-COUTURE, J. et M.-L. JOSSELIN, « Des piluliers en atikamekw à La Tuque », *Espaces Autochtones*, Radio Canada, 11 décembre 2022, en ligne : https://ici.radio-canada.ca/espaces-autochtones/1939831/atikamekw-sante-medicaments-autochtone-pharmacie?fbclid=IwAR3k7yHQarIRXML_OJ1sSIJJP88bm4AgxmytptuSAj8WOvbCnnpIhthCci k.
- LACOURSIÈRE, A. et F. LÉVESQUE, « Stérilisation forcée de femmes autochtones. Au moins 22 cas depuis 1980, un dernier en 2019 », *La Presse*, 24 novembre 2022 : <https://www.lapresse.ca/actualites/2022-11-24/sterilisation-forcee-de-femmes-autochtones/au-moins-22-cas-depuis-1980-un-dernier-en-2019.php>
- LAPRADE, Y., « Si on parlait des conditions de travail [exécrables] des infirmières ? », *laVoixdel'Est*, Chroniques (12 mars 2023), en ligne : <https://www.lavoixdelest.ca/2023/03/12/si-on-parlait-des-conditions-de-travail-execrables-des-infirmieres-6822b4e660e4d1e9d6a5309f1d53bf0c>.
- NADEAU, J. et M.-M. SIOUI, « Autochtones et soins de santé : des fautes difficiles à retracer », *LE DEVOIR*, 12 mai 2021, en ligne : <https://www.ledevoir.com/societe/sante/600557/un-phenomene-que-quebec-ne-documente-toujours-pas>.
- NIOSI, L., « Joyce Echaquan : une formation sur les réalités autochtones dénoncée », *Ici Grand Montréal*, Radio Canada, 26 septembre 2022, en ligne : <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1917604/joyce-echaquan-formation-critique-realites-autochtones>.
- « Pourquoi les biais implicites peuvent être mortels », *Gender and Inequality*, en ligne : <https://apolitical.co/solution-articles/fr/pourquoi-le-biais-implicite-peut-etre-mortel>
- Radio Canada, « Des Inuit poursuivent Ottawa pour des expériences médicales effectuées sur eux », 22 juin 2019 : <https://ici.radio-canada.ca/espaces-autochtones/1194876/inuit-experience-medicale-poursuite-ottawa>.
- RODRIGUEZ, J., “To tackle vaccine hesitancy, Canada can't ignore race, racism: health experts”, *CTV News: Coronavirus*, December 16, 2020 : www.ctvnews.ca/health/coronavirus/to-tackle-vaccine-hesitancy-canada-can-t-ignore-race-racism-health-experts-1.5234212.
- STATISTIQUES CANADA, La population autochtone continue de croître et est beaucoup plus jeune que la population non autochtone, malgré un ralentissement de son rythme de croissance, 21 septembre

2022 : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220921/dq220921a-fra.htm?indid=32990-1&indgeo=0>

- **Monographies**

- BLONDEAU, D., *Éthique et soins infirmiers*, Deuxième édition revue et mise À jour, Montréal, Québec, Presses de l'Université de Montréal, 2014.
- BORROWS, J., *La constitution autochtone du Canada*, coll. Politeia, n°16, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2020.
- COULTHARD, G. S., *Peau rouge, masques blancs. Contre la politique coloniale de la reconnaissance*, Lux, Montréal, 2021.
- DE KONINCK, T. et G. LAROCHELLE (coord.), *La dignité humaine : philosophie, droit, politique, économie, médecine*, coll. Débats philosophiques, Paris, Presses universitaires de France, 2005.
- DWORKIN, R. M., et J. E. JACKSON, *Justice pour les hérissons: la vérité des valeurs*, coll. Le champ éthique, n° 63, Genève Paris, Labor et fides diffusion Presses universitaires de France, 2015.
- FLANAGAN, Th., *Premières nations ? seconds regards*, Sillery (Québec), Septentrion, 2002.
- GRAMMOND, S., *Aménager la coexistence: les peuples autochtones et le droit canadien*, coll. Droits, territoires, cultures, n°3, Bruxelles, Bruylant, 2003.
- GUAY, C., L. ELLINGTON, N. VOLLANT et G. PICARD, *Ka Nikanitet: pour une pratique culturellement sécuritaire de la protection de la jeunesse en contextes autochtones*, Québec (Québec), Presses de l'Université du Québec, 2022.
- MAHEUX, N., *Problématique de l'évolution des valeurs chez les infirmiers et infirmières dans le contexte de l'éthos postmoderne*, Mémoire de maîtrise, Rimouski, Université du Québec à Rimouski, 2007.
- MCCALLUM, M. J., et A. PERRY, *Structures d'indifférence: vie et mort d'un Autochtone dans une ville canadienne*, traduit par Geneviève DESCHAMPS, Québec, Presses de l'Université Laval, 2022.
- MERENIA RAMSDEN, I., *Cultural Safety and Nursing Education in Aotearoa and Te Waipounamu*, thesis, New Zealand, Victoria University of Wellington, 2002.
- PEDROT, Ph., (dir.), *Éthique, droit et dignité de la personne*, Mélanges Christian Bolze, Paris, Economica, 1999.
- PICAROU, É., *La sécurisation culturelle en santé et services sociaux: vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuit*, Édition mars 2021, Québec, la Direction des communications du Ministère de la santé et des services sociaux, 2021.
- ROUSSEAU, D., *Les libertés individuelles et la dignité de la personne humaine*, Paris, Montchrestien, 1998.
- SIMARD, J.-J., *La réduction: l'autochtone inventé et les Amérindiens d'aujourd'hui*, Sillery, QC, Septentrion, 2003.
- SHAHEEN-HUSSAIN, S., *Plus aucun enfant autochtone arraché: pour en finir avec le colonialisme médical canadien*, Montréal, Qc, Lux Éditeur, 2021.