

Rapport d'enquête

Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de

Joyce Echaquan

2020-00275

M^e Géhane Kamel

Table des matières

INTRODUCTION	3
IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE	3
CIRCONSTANCES DU DÉCÈS	3
EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES	3
ANALYSE	4
LA TRAME FACTUELLE	4
L'enquête de la Sûreté du Québec	4
M^{me} Joyce Echaquan	4
La prise en charge par le Centre hospitalier De Lanaudière	5
MES CONSTATS	7
Du personnel en surcharge de travail	14
La formation et la rencontre de l'autre	15
Le pacte social	19
CONCLUSION	20
RECOMMANDATIONS	20
ANNEXE I	22
LA PROCÉDURE	22
ANNEXE II	23
LISTE DES PIÈCES	23

INTRODUCTION

Le 28 septembre 2020, le coroner André Cantin prend avis lors du décès de M^{me} Joyce Echaquan.

M^{me} Joyce Echaquan est décédée au Centre hospitalier De Lanaudière à la suite de manœuvres de réanimation infructueuses. Des questions sont soulevées quant à la qualité des soins reçus par la patiente et des propos inappropriés tenus à son égard.

Le 6 octobre 2020, la coroner en chef du Québec, M^e Pascale Descary, ordonne la tenue d'une enquête publique relativement au décès de M^{me} Joyce Echaquan, survenu à Saint-Charles-Borromée, le 28 septembre 2020. J'ai été désignée afin de présider cette enquête, de faire la lumière sur les causes et les circonstances entourant ce décès, d'identifier les facteurs contributifs et de formuler, le cas échéant, des recommandations.

Le 28 avril 2021, le docteur et coroner Jacques Ramsay est nommé pour agir à titre d'assesseur à la présente enquête.

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

M^{me} Joyce Echaquan a été identifiée visuellement par un proche qui était à son chevet à l'hôpital.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Un rapport d'enquête de la section des crimes majeurs de la Sûreté du Québec indique que, le 26 septembre 2020, M^{me} Joyce Echaquan a été transportée par les ambulanciers au Centre hospitalier De Lanaudière. M^{me} Echaquan avait des douleurs gastriques sous la forme de coups de poignard depuis deux semaines; d'abord, de manière épisodique, puis en crescendo, depuis 24 heures.

En cours d'hospitalisation le 28 septembre 2020, M^{me} Echaquan fait un arrêt cardiorespiratoire et des manœuvres de réanimation sont initiées par le personnel médical, sans résultat. On doit effectivement se résoudre à constater son décès à 12 h 44.

La Sûreté du Québec a traité ce dossier en assistance au coroner.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Une autopsie a été faite le 29 septembre 2020 au Centre universitaire de santé McGill. Dans son rapport, le pathologiste note la présence, à la microscopie du cœur, de cellules caractéristiques, dites d'Aschoff, regroupées en amas formant les corps d'Aschoff. Il s'agit d'un signe très suggestif (pathognomonique) d'une maladie rhumatismale, en l'occurrence une cardite rhumatismale à la fois chronique et récurrente (active). Ce diagnostic a d'ailleurs été confirmé par un cardiopathologiste du Centre hospitalier de l'Université de Montréal.

Le cœur est gros et ses ventricules sont dilatés, suggérant une malfonction cardiaque. Ceci est en accord avec l'histoire médicale de M^{me} Echaquan, qui comprend des épisodes d'insuffisance

cardiaque qui fluctuent dans le temps. Enfin, le pathologiste note des poumons engorgés et très pesants (au-dessus de 2000 g), suggérant que la défaillance cardiaque pourrait être à l'origine du décès. La présence d'un défibrillateur a été notée.

Le Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale a effectué les analyses toxicologiques d'usage en date du 7 octobre 2020. Les analyses ont révélé la présence de diphénhydramine, d'acétaminophène et de morphine, tous à l'intérieur d'un seuil thérapeutique. Des traces de lorazépam, de cannabis, de duloxétine et de métoprolol ont également été détectées.

Le 7 janvier 2021, je requérais une analyse supplémentaire pour contextualiser la prise d'halopéridol (Haldol®) (médicament contre l'agitation). Encore là, la concentration retrouvée dans le sang était à un niveau dit thérapeutique.

ANALYSE

Le décès de M^{me} Joyce Echaquan et l'enquête publique qui s'est ensuivie ont entraîné un profond désarroi dans sa famille et au sein de la communauté atikamekw du Québec. Ils ont également interpellé brutalement la société québécoise dans son ensemble.

À cet égard, en raison de la très grande charge émotive associée à cette tragédie, il est impératif de mentionner que mon analyse n'a aucunement pour objectif de déterminer la responsabilité criminelle ou civile de l'établissement de santé ou d'un individu. L'ensemble de ce processus a plutôt pour objectif de rechercher la vérité sur les circonstances entourant le décès de M^{me} Echaquan et sur les facteurs qui y ont contribué.

L'analyse des événements ayant conduit au décès (la trame factuelle) peut être divisée en trois segments factuels, soit : les conclusions de l'enquête de la Sûreté du Québec, l'historique médical de M^{me} Echaquan et la prise en charge par le Centre hospitalier De Lanaudière (aussi connu sous le nom d'« Hôpital de Joliette »).

LA TRAME FACTUELLE

L'enquête de la Sûreté du Québec

Le 30 septembre 2020, le Service des enquêtes sur les crimes majeurs de la Sûreté du Québec à Mascouche a été saisi du dossier de M^{me} Echaquan à la suite du transfert de responsabilité du bureau des enquêtes de la MRC de Joliette.

Lors de l'enquête et au fil des informations obtenues par les différents témoins, la Sûreté du Québec a conclu qu'aucune infraction criminelle n'avait été identifiée. Par conséquent, le dossier n'a pas été soumis au Directeur des poursuites criminelles et pénales.

M^{me} Joyce Echaquan

M^{me} Echaquan est une femme de 37 ans, mère de sept enfants, et desquels elle était très fière. Elle est décrite par son conjoint et sa famille comme une mère aimante, une personne croyante

et une personne dévouée à sa communauté. Elle aimait la vie et, si ce n'eût été de ses problèmes de santé, elle aurait probablement eu d'autres enfants.

M^{me} Echaquan était connue pour des antécédents médicaux importants, dont notamment du diabète et une cardiomyopathie non ischémique sévère entraînant une insuffisance cardiaque avec une fraction d'éjection (FE)¹ oscillant à des valeurs très basses monitorées au cours des années, soit entre 38 % et 10 %. Une intolérance à l'acétaminophène est également notée.

La prise en charge par le Centre hospitalier De Lanaudière

M^{me} Echaquan est hospitalisée au Centre hospitalier De Lanaudière entre le 26 septembre 2020 en soirée et le 28 septembre 2020 en début d'après-midi, lorsque son décès est constaté.

J'ai retenu les services, à titre d'expert, du D^r Alain Vadeboncoeur, urgentiste à l'Institut de cardiologie de Montréal. Son expertise n'a pas été contestée par les parties. Le D^r Vadeboncoeur nous a notamment permis de déterminer la trajectoire du séjour médical et de préciser la cause du décès de M^{me} Echaquan.

Le 26 septembre 2020, vers 23 h, M^{me} Echaquan arrive en ambulance au Centre hospitalier De Lanaudière. L'évaluation initiale de l'infirmière au triage évoque dans sa note d'évolution que M^{me} Echaquan se plaint d'une douleur épigastrique sous forme de coups de poignard intermittents, sans irradiation, accompagnée de palpitations et de dyspnée (orthopnée) depuis deux semaines. La douleur serait constante à 10/10 depuis la veille en après-midi. Elle souffre également de nausées et de vomissements alimentaires après les repas et elle s'alimente et s'hydrate peu depuis deux semaines.

À son arrivée, et dans le but d'éliminer l'hypothèse d'un syndrome coronarien qui peut parfois se manifester par des douleurs épigastriques, un électrocardiogramme et un dosage d'enzymes cardiaques sont demandés. Ces analyses sont normales. Les diagnostics présomptifs retenus sont donc une douleur épigastrique d'allure gastrique malgré un contexte de gastroscopie non remarquable il y a à peine quelques semaines ainsi qu'une anémie. Son diagnostic d'admission est une anémie microcytaire (globules rouges petits) ferriprive (carence en fer) récemment exacerbée (hémoglobine de 107 à 81 g/L en l'espace d'un mois) et une douleur épigastrique de cause inconnue. Une référence est faite au gastroentérologue de garde et M^{me} Echaquan est gardée en observation. Le gastroentérologue prévoit faire une colonoscopie le lendemain pour s'assurer que la cause d'anémie n'est pas au niveau du gros intestin. Pour ce faire, l'anticoagulant est cessé et une préparation intestinale est donnée. Pour la douleur, on ajuste l'analgésie.

Le 27 septembre 2020, le gastroentérologue revoit M^{me} Echaquan, car celle-ci présente des signes d'agitation. On évoque un possible sevrage aux narcotiques et au cannabis sans qu'une réelle consommation précédant l'épisode puisse être démontrée.

M^{me} Echaquan aurait dit avoir pris de la médication et s'être fait prescrire de la morphine pour une douleur similaire en août 2019. Un antiémétique (Maxeran®), une benzodiazépine (Ativan®), de l'acétaminophène et un opioïde (morphine) lui sont prescrits et administrés pour

¹ La fraction d'éjection correspond à la capacité du cœur à éjecter un certain pourcentage du sang présent dans sa cavité.

diminuer les nausées et les symptômes associés au sevrage et à la douleur. Le gastroentérologue maintient la colonoscopie pour le lendemain. Dans le but de préciser s'il y a effectivement un possible trouble lié à la consommation ou à un sevrage, une requête en consultation est envoyée au Centre de réadaptation en dépendance de Joliette. Or, cette évaluation, telle que rapportée au médecin le 28 septembre 2020, conclut que les symptômes décrits par M^{me} Echaquan sont sans lien avec un sevrage physique d'opioïdes ou de stimulants.

Toujours le 27 septembre 2020 en après-midi, au lieu d'une infirmière, c'est une candidate à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) qui a la charge de M^{me} Echaquan. Bien que le diagnostic soit au mieux incertain, le personnel soignant lui présente M^{me} Echaquan comme une patiente en sevrage.

Vers 20 h, le gastroentérologue revoit M^{me} Echaquan, car elle est agitée et se plaint de douleurs généralisées. Malgré la médication, l'agitation n'est pas contrôlée. Des contentions aux quatre membres ainsi qu'une ceinture abdominale sont alors appliquées. Une surveillance étroite est prescrite. À 22 h 10, M^{me} Echaquan étant plus calme, on lui retire les contentions. Elle demeurera calme jusqu'au matin.

Le 28 septembre 2020, vers 7 h 40, une patiente, qui est voisine de civière, demande à M^{me} Echaquan si elle peut lui emprunter son téléphone cellulaire pour joindre l'école de son fils. M^{me} Echaquan est cordiale et les deux femmes échangent pendant un moment.

À 9 h 53, M^{me} Echaquan présente de l'agitation et un inconfort généralisé. Elle reçoit 1 mg d'Ativan®. À 10 h 10, M^{me} Echaquan crie et fait une chute, d'abord qualifiée d'intentionnelle par le personnel soignant avec impact crânien probable. Cette chute, selon les témoignages entendus, serait plutôt accidentelle à la faveur d'un mouvement brusque de M^{me} Echaquan sur sa civière. La médecin est avisée de la situation. Celle-ci prescrit une dose d'Haldol® 5 mg intramusculaire et, si l'Haldol® est non efficace, des contentions. M^{me} Echaquan est changée de civière et se retrouve dans un cubicule avec antichambre et toilette. L'Haldol® est administré à 10 h 25. Quelque part, entre 10 h 35 et 10 h 45, M^{me} Echaquan se filme avec son téléphone cellulaire et diffuse en temps réel la vidéo sur le réseau social Facebook. Deux membres du personnel soignant sont avec M^{me} Echaquan à ce moment. Il est compris des propos entendus sur la vidéo que M^{me} Echaquan a chuté de nouveau de sa civière. Des paroles dénigrantes sont prononcées par le personnel soignant. On la remet au lit, réinstalle la perfusion intraveineuse, puis on procède à la pose de contentions, d'abord aux quatre membres, avant d'installer la ceinture abdominale. La vidéo est faite à l'insu du personnel sur place sauf à la toute fin et dure 7 minutes, 12 secondes.

À 11 h 22, une surveillance étroite est prescrite. Toutefois, et malgré plusieurs demandes en ce sens par la CEPI à qui la responsabilité de la patiente Echaquan a été confiée, les préposées aux bénéficiaires ne sont pas en mesure de l'effectuer. La CEPI effectue donc une surveillance visuelle par la fenêtre du cubicule jusqu'à 11 h 35, heure à laquelle l'état de M^{me} Echaquan se dégrade. La CEPI admet une discordance entre les notes au dossier et la surveillance réelle, étant complètement dépassée par les événements auxquels se greffait une journée particulièrement chargée et plusieurs autres usagers sous sa responsabilité nécessitant une surveillance importante.

À ce moment, M^{me} Echaquan répond peu et son pouls est au mieux à peine perceptible malgré qu'on ait inscrit 70 battements par minute au dossier médical. Elle est difficilement réveillable, son pouls serait présent et sa respiration est régulière. Ce qui est sûr, cependant, c'est qu'à

compter de 11 h 39, la respiration n'a plus rien de régulier ainsi qu'en atteste une deuxième vidéo diffusée en temps réel sur Facebook et réalisée par sa fille lorsqu'elle se présente au chevet de sa mère. Cette diffusion dure 10 minutes, 49 secondes et est enregistrée entre 11 h 39 et 11 h 49.

À 11 h 49, la CEPI note tardivement que M^{me} Echaquan ne réagit pas à la douleur et elle en avise la médecin. À 11 h 45, les signes vitaux indiqués sont : « tension artérielle : 57/35, fréquence cardiaque 77 battements par minute, saturation pulsatile en oxygène 90 % à l'air ambiant ». Un transfert en salle de réanimation est demandé par la CEPI et la médecin est avisée. La salle où se trouve M^{me} Echaquan est pourtant équipée pour procéder à la réanimation. Un délai s'ensuit avant le transfert, car la salle doit être nettoyée selon les règles applicables dans le contexte de la crise sanitaire reliée à la COVID-19. À 11 h 56, elle est transférée en salle de réanimation : sa respiration est superficielle, soit six respirations par minute, et il n'y a aucune réponse verbale. La médecin est au chevet de la patiente et les contentions aux quatre membres et la ceinture abdominale seraient alors retirées. À 11 h 58, le moniteur cardiaque indique une asystolie. Les manœuvres de réanimation sont débutées. La réanimation est faite dans les règles de l'art, mais en vain, car le décès est constaté à 12 h 44 par la médecin.

MES CONSTATS

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

Plus de 44 témoins factuels ont été entendus. Lors du témoignage du personnel soignant, des versions divergentes et parfois contradictoires ont été relatées. C'est dans ce contexte bien particulier que j'ai dû baser mes observations.

Dès son arrivée au Centre hospitalier De Lanaudière, M^{me} Echaquan est rapidement étiquetée comme narcodépendante et, sur la base de ce préjugé, il en découle que ses appels à l'aide ne seront malheureusement pas pris au sérieux. À titre d'exemple, lors de son séjour à ce même centre hospitalier en août 2020, M^{me} Echaquan pleure beaucoup et se plaint de ne pas être crue lorsqu'elle exprime ses douleurs. La note du médecin est éloquente puisqu'il indique « qu'elle est insatisfaite et qu'elle a une tendance à la manipulation ».

Lors de son hospitalisation en septembre 2020, encore une fois, cette étiquette de narcodépendance la suivra tout au long de son séjour et guidera les actions du personnel soignant jusqu'à son décès. Le personnel médical a même évoqué un sevrage alcoolique, ce qui est une information erronée. La preuve entendue en cours d'audience a par ailleurs démontré que M^{me} Echaquan ne consomme que les narcotiques dûment prescrits et dont la quantité est insuffisante pour créer une dépendance. Au moment de son admission à l'urgence, aucun bilan comparatif des médicaments (BCM) indiquant les médicaments qui avaient été prescrits à M^{me} Echaquan n'a été complété. Un BCM complété aurait été un outil de travail essentiel pour permettre à l'équipe traitante de bien se documenter quant à la pharmacologie de M^{me} Echaquan et pour agir en conséquence.

Questionnés tour à tour durant les audiences, aucun médecin ni membre du personnel du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Lanaudière n'ont été en mesure de

nous indiquer sur quoi reposait ce diagnostic de narcodépendance de M^{me} Echaquan. Ils ne seront pas non plus en mesure de nous informer sur la base clinique en fonction de laquelle ce diagnostic est établi (outre les notes au dossier médical antérieur qui datent de quelques années et qui n'ont pas été réévaluées). Lors du témoignage du gastroentérologue, il admettra que le terme narcodépendance peut induire un biais dans l'esprit des gens. Une conversation aurait également eu lieu entre M^{me} Echaquan et un autre médecin du centre hospitalier. Cette conversation est peu documentée au dossier médical et nous invite plutôt à croire que M^{me} Echaquan était inconfortable à être soulagée avec de la morphine. En effet, M^{me} Echaquan reprochait aux intervenants du système de santé de ne jamais régler ses douleurs et de simplement la retourner à la maison avec des analgésiques. C'est la thèse la plus probable compte tenu des effets secondaires engendrés lors de ses dernières hospitalisations.

Lorsqu'il évoque les différents diagnostics, le médecin utilise généralement le point d'interrogation lorsqu'il soulève une hypothèse non vérifiée. Il faut dès lors, particulièrement pour les autres médecins et le personnel soignant, éviter de sauter trop rapidement aux conclusions, comme cela semble avoir été le cas pour M^{me} Echaquan. Une hypothèse doit demeurer une hypothèse tant qu'elle n'est pas validée.

Ainsi en est-il lorsque le gastroentérologue fait état d'un sevrage dû à un manque de médicaments ou à une consommation de cannabis. M^{me} Echaquan aurait dit avoir pris de la médication. Dans la journée, il lui prescrit de la morphine et de l'Ativan® et demande qu'elle subisse une colonoscopie le lendemain. Il indique qu'elle pourra obtenir son congé par la suite.

En ce sens, la consultation avec le Centre de réadaptation en dépendance du 28 septembre 2020 est indiquée puisqu'elle vise à confirmer ou infirmer l'hypothèse diagnostique. Rappelons que cette évaluation a conclu que les symptômes décrits par M^{me} Echaquan sont sans lien avec un sevrage physique d'opioïdes ou de stimulants.

La veille, le 27 septembre 2020, à 2 h 17, l'infirmière note : « avisée [*sic*] patiente de se calmer et attendre que la médication commence à faire effet [*sic*] [...] agitée sur civière pleure +++, lyre ». Questionnée sur son choix de mots, l'infirmière nous dira que nous devons plutôt traduire cela par : « je comprends votre douleur Madame ». Le reste de la nuit sera particulièrement calme.

À 14 h 18, M^{me} Echaquan est questionnée par le personnel soignant sur sa consommation. Il est indiqué : « pte dit consommer pot 3 x par jour et plus, dit n'avoir jamais eu de symp de sevrage. Accuse nausée à nouveau ».

Vers 17 h, le gastroentérologue est appelé sur son téléavertisseur par l'infirmière. La note de celle-ci indique : « [...] patiente a eu un épisode de palpitations et veut savoir s'il peut prescrire un médicament pour le sevrage ». Bien que le tracé de l'électrocardiogramme réalisé plus tôt ait montré un rythme sinusal qui s'est avéré normal, ses palpitations auraient sans doute dû éveiller une plus grande prudence quant à la prise en charge de M^{me} Echaquan. L'ordonnance de médication est par ailleurs transmise.

À 19 h 20, M^{me} Echaquan dit se sentir mal, qu'elle a de nouveau des palpitations et qu'elle ne veut pas mourir.

Vers 19 h 45, M^{me} Echaquan se lève de sa civière et se retrouve au sol. Elle mentionne avoir des étourdissements. Elle se relève avec l'aide de trois membres du personnel. Or, aucun

rapport de déclaration d'incident ou d'accident n'est rempli à ce moment et aucune évaluation de la douleur n'est faite à la suite de cette chute.

À 19 h 55, on note que M^{me} Echaquan « coopère mais [est] très théâtrale ». Les termes donnent le ton de la prise en charge.

À 20 h 39, M^{me} Echaquan est agitée. Elle est mise sous contention. Un service privé de préposés aux bénéficiaires est présent à son chevet. À 21 h 39, toujours sous contention, on débute le protocole de prise de liquide préalable à la colonoscopie. À 22 h 10, les contentions lui sont retirées.

Le personnel a également pesé M^{me} Echaquan à son arrivée à l'hôpital. Elle est de nouveau pesée le 28 septembre 2020. Elle pèse 92,2 kg, ce qui est étonnant puisque, la veille, elle faisait 87,09 kg. Elle aurait pris 5,2 kg en quelques heures. La médecin responsable des hospitalisations en médecine familiale a justifié cette erreur par un poids de référence inscrit la veille, donc non réel, ce qui est à tout le moins questionnable.

Le 28 septembre 2020, à 8 h 45, la résidente en gastroentérologie voit aussi M^{me} Echaquan, qui a des tremblements, mais ceux-ci ne lui semblent pas forcément crédibles. Questionnée sur ses notes médicales, notamment sur le fait qu'elle a indiqué que la patiente était narcodépendante selon le conjoint alors qu'elle ne lui a pas parlé, et sur le fait qu'elle a pris la peine d'indiquer que M^{me} Echaquan a sept enfants, la résidente est peu loquace. Il y a tout lieu de croire que la résidente s'est aussi inspirée des notes précédentes et a aussi sauté aux conclusions trop rapidement.

Lors du témoignage de la médecin responsable des hospitalisations en médecine familiale, celle-ci explique que les mesures de contention ont été appliquées à la demande de M^{me} Echaquan parce qu'elle se met à crier et à s'agiter lorsqu'elle est en sevrage et qu'elle ne se sent plus elle-même. Je me permets de mettre cette allégation en doute tellement il me semble aberrant d'imaginer un patient réclamant des contentions.

Rappelons que la politique sur l'application exceptionnelle des mesures de contrôle (contention, isolement et substances chimiques), adoptée le 28 janvier 2019 par l'établissement, prévoit notamment que les substances chimiques, la contention et l'isolement ne doivent être envisagés qu'à titre de mesure de contrôle et en dernier recours seulement. Dans le cas de M^{me} Echaquan, nous constatons qu'elle a été contentionnée mécaniquement, chimiquement et isolée sans surveillance constante. De plus, la même politique prévoit l'obligation de tenir un registre quant à l'utilisation des mesures de contrôle. Cette contention n'a pas été documentée dans le formulaire prévu. À aucun moment on n'a offert de mesures alternatives pour soulager les craintes de M^{me} Echaquan, tel que le recours, ici tellement évident et simple, à un membre de la communauté atikamekw pour rester au chevet de M^{me} Echaquan. Or, jamais cette idée d'un accompagnement culturel n'a traversé l'esprit d'un quelconque membre de la communauté soignante de l'hôpital, cela malgré la disponibilité et la présence en bonne et due forme d'une agente de liaison autochtone. Ce faisant, le choix de la contention, requise supposément par M^{me} Echaquan elle-même, n'était certainement pas une solution optimale dans les circonstances.

Vers 9 h 50, M^{me} Echaquan devient agitée, crie et gémit. La justification du sevrage est encore mentionnée. Peu après, elle fait une chute, qu'un témoin qualifie tout d'abord d'intentionnelle, puis se ravise; la chute aurait finalement pu être accidentelle. Les notes au dossier médical

indiquent encore « qu'elle est théâtrale ». Quelques témoins ont admis que des collègues pensaient qu'elle jouait la comédie à certains moments de la matinée. M^{me} Echaquan a de toute évidence reçu l'étiquette de patiente difficile. C'est un préjugé qui va demeurer ancré dans l'esprit de plusieurs membres du personnel. De son côté, la voisine de civière de M^{me} Echaquan dit avoir été aux premières loges pour constater le manque d'humanité de certaines préposées et infirmières, en nous relatant avoir entendu l'une d'elles dire à ses collègues : « elle s'est jetée à terre, tu sais bien ». Toujours selon ce témoin, M^{me} Echaquan aurait hurlé avoir peur de mourir. Une infirmière aurait dit : « Là, tu vas arrêter de crier d'même, là, tu déranges tout l'monde ici. On n'est pas dans une garderie ici, on ne gère pas les bébés. » Pour ce témoin, la prise en charge est tout simplement dénuée d'empathie et elle ne comprend pas pourquoi les infirmières se moquent de M^{me} Echaquan. Lors des audiences, ce témoignage a permis de bien camper comment la dispensation des soins peut se faire selon deux poids, deux mesures en fonction de l'origine et de l'étiquette qu'on appose aux patients.

Vers 10 h 16, M^{me} Echaquan crie toujours, mais ne se débat pas et se montre un peu plus calme. La médecin responsable des consultations et hospitalisations en médecine familiale affirme alors avoir été prévenue sur son cellulaire. Elle comprend que les cris de la patiente sont dus à l'agitation de celle-ci et non à une quelconque douleur.

Pourtant, et sans avoir vu M^{me} Echaquan, elle prescrit alors une contention chimique avec 5 mg d'Haldol® et, si nécessaire, une contention physique avec une surveillance étroite. Un témoin nous dira que la médecin avait d'abord prescrit une dose de 3 mg, puis s'est ravisée en mentionnant à la CEPI : « on va lui donner 5 mg pour la calmer comme il le faut ». Bien que la dose ne soit pas à proprement inappropriée puisque c'est cette même dose qui est suggérée dans la monographie du fabricant, les propos que nous croyons avérés sont à tout le moins questionnables. La médecin, en ne saisissant pas l'occasion de voir de visu la patiente en crise, a également manqué une belle occasion de mieux comprendre ce qui provoquait le comportement erratique de sa patiente. Au lieu de cela, elle entérine le jugement porté par ses collègues et cautionne un diagnostic de sevrage qui n'est pourtant pas supporté par aucune évidence.

Vient alors le moment de l'injection d'Haldol®, vers 10 h 20. M^{me} Echaquan est calme et présente même sa fesse pour recevoir l'injection. Juste avant le transfert, l'attitude de M^{me} Echaquan varie, selon les témoins. Elle semble absente. Tour à tour, on la voit se cogner à répétition l'occiput contre le mur, puis se bercer sur la civière les jambes croisées. Elle demande son cellulaire. Elle ne crie plus, mais demeure, à l'évidence, agitée, possiblement souffrante.

Selon le personnel entendu durant les audiences, ce comportement préoccupe, voire effraie, les autres patients à proximité. Peu après 10 h 25, on choisit, par conséquent, de la transférer à l'alcôve 10 et de l'isoler. À peu près au même moment, la cousine de M^{me} Echaquan, également en observation à l'urgence, dit avoir entendu M^{me} Echaquan prononcer le nom de son conjoint et avoir appelé à l'aide.

Vers 10 h 27, M^{me} Echaquan, après son transfert, diffuse sa vidéo en direct sur Facebook. Les propos parlent d'eux-mêmes. La traduction a été assurée par la Sûreté du Québec :

« *Ni cta ni akohikon* : Ça me fait mal
Carol pe ntamici : Carol, viens me voir
Ni taci sa micta mackikikatakoiin : Ils sont en train de me surdoser de médicaments
Wipatc tca : Faites ça vite [...]

3 min 59 s : On va la laisser à terre un peu, hein.

4 min 21 s : On va s'occuper de toi. Je pense que tu as de la misère à t'occuper de toi là. Faque on va le faire à ta place, OK?

Asti d'épaisse de tabarnouche.

Ça là, c'est mieux mort ça [...]

5 min 25 s : *Patiente se met à gémir fort.*

T'as-tu fini de niaiser là! T'as-tu fini là... Câlisse.

Joyce : Si tu étais à ma place là.

Heille t'es épaisse en câlisse

Joyce : J'aime pas ça qu'on me dise que je niaise là-dessus.

Ben t'as fait des mauvais choix, ma belle

Qu'est-ce qu'ils penseraient, tes enfants, te voir comme ça?

Joyce : C'est pour ça que je suis venue hier.

Ben meilleur pour fourrer que d'autres choses ça... hein

Surtout que c'est nous autres qui paient pour ça...

6 min 9 s : *Joyce gémit fort.*

Son esti de cell là. »

Lorsque l'infirmière s'aperçoit que les conversations d'elle et sa collègue sont enregistrées, elle se saisit du cellulaire et s'empresse d'effacer l'enregistrement, ce qui n'est pas possible, car il est déjà diffusé. Quant à la préposée aux bénéficiaires, il ne faudrait voir selon elle, que de la bienveillance dans ses propos. Lors de son témoignage, elle se défend en disant qu'on lui a appris à provoquer les patients pour les faire réagir. En effet, toujours selon elle, il ne s'agissait pas de propos condescendants ni réducteurs, mais plutôt d'une façon de faire naître chez M^{me} Echaquan un sursaut d'orgueil pour qu'elle se reprenne en main.

Toutes les deux nieront avoir des préjugés raciaux, l'une nous répondant qu'elle aurait réagi de la même manière avec « une femme sur le bien-être social qui a plein d'enfants ». Nous avons bien entendu les excuses que l'infirmière et la préposée aux bénéficiaires ont présentées à la famille durant l'enquête. Le traitement réservé à M^{me} Echaquan n'en demeure pas moins inadmissible. Par ailleurs, le fait que ni l'une ou l'autre de ces personnes n'aient admises avoir eu un biais raciste permet de douter que leur introspection ait été suffisante. Le seul fait de ne pas reconnaître avoir de biais est encore plus navrant, car il illustre ce manque de compassion à l'égard d'un être humain.

Sur ces entrefaites, une autre préposée aux bénéficiaires, mise au courant de la captation vidéo, a immédiatement avisé la gestionnaire que M^{me} Echaquan avait filmé des employées. La chef de service s'enquiert alors de la situation, mais n'en prendra la pleine mesure que tard en soirée, lorsqu'à la maison, on lui envoie la deuxième vidéo, qui a été captée par la fille de M^{me} Echaquan. Pourtant, elle aurait aussi dit à l'infirmière un peu plus tôt dans la journée de ne pas s'inquiéter alors qu'elle avait eu connaissance de la vidéo captée par M^{me} Echaquan. La travailleuse sociale l'avait également informée d'un appel du dispensaire faisant référence à des insultes à l'égard de M^{me} Echaquan, dont le fait de la traiter d'« épaisse ». Elle n'a pas cherché à enquêter sur la situation avec le sérieux qu'elle requerrait lorsque les événements lui ont été relatés. Questionnée sur des propos désobligeants qui seraient tenus par le personnel, la chef de service dit que cela existe sûrement, mais qu'elle n'en a pas été témoin. Pourtant, une

infirmière a relaté avoir informé la chef de service par le passé que des propos désobligeants avaient été tenus à l'égard d'une famille syrienne qui avait besoin d'un interprète, exprimant la volonté « de pas perdre trop leur temps avec eux, [comme] ils ne viennent pas d'ici ». Aucune sanction ni enquête n'a été faite à la suite de cette dénonciation.

Dans le cas de M^{me} Echaquan, si cela n'avait pas été de la captation vidéo, il y a fort à parier que cet évènement n'aurait jamais été porté à l'attention du public. Lorsque le système se replie défensivement sur lui-même, c'est la définition même du racisme systémique. Le racisme systémique est insidieux. La Commission des droits de la personne et de la jeunesse (CDPDJ)² le définit « comme la somme d'effets d'exclusion disproportionnés qui résultent de l'effet conjugué d'attitudes empreintes de préjugés et de stéréotypes, souvent inconscients, et de politiques et pratiques généralement adoptées sans tenir compte des caractéristiques des membres de groupes visés par l'interdiction de la discrimination. » Malgré son caractère parfois involontaire, cette forme de racisme a pour effet de perpétuer les inégalités vécues par les personnes d'origine autochtone. M^{me} Echaquan n'est malheureusement pas la seule à vivre cette situation. Des membres de la communauté, dont le frère de M^{me} Echaquan, ont exprimé des craintes de même nature en raison d'expériences passées qui étaient similaires. Lorsque la fille de M^{me} Echaquan arrive, elle filme sa mère. M^{me} Echaquan est sous contention à cinq points d'ancrage. À ses yeux, elle semble morte. Son témoignage est déchirant, elle nous dira notamment : « je regretterai toute ma vie de ne pas l'avoir détachée ». La captation vidéo nous permet de voir que l'amplitude respiratoire de M^{me} Echaquan n'est pas perceptible. Près d'une minute après le début de la vidéo, on voit la CEPI se rendre au chevet de M^{me} Echaquan. La CEPI tente d'obtenir une réponse de la part de M^{me} Echaquan en l'appelant et en secouant légèrement son épaule. Elle prend les signes vitaux et manifestement n'obtient pas les valeurs attendues, car elle annonce à la fille de M^{me} Echaquan qu'elle doit faire un appel pour transférer celle-ci en salle de réanimation. La CEPI revient deux minutes plus tard et reprend les signes vitaux. La CEPI explique sans paraître très convaincante que l'absence de réponse de M^{me} Echaquan est due à la médication. En fait, et l'expert y concourt aussi, M^{me} Echaquan est alors en coma avancé, lequel nécessitait sans tarder des soins énergiques.

À peu près au même moment, vers 11 h 35, la résidente en gastroentérologie voit M^{me} Echaquan et son évaluation est surprenante. La résidente se présente, car la patiente a mentionné vouloir quitter l'hôpital avant la procédure prévue en début d'après-midi. Il s'agit donc pour elle de valider les volontés de M^{me} Echaquan et, le cas échéant, de lui faire signer un refus de traitement. Ce refus n'a bien entendu pas été signé compte tenu de l'état de M^{me} Echaquan. Les notes du médecin indiquent : « pte calme, attachée aux 4 membres, difficilement éveillable ».

Questionnée sur son évaluation, la résidente explique que n'étant pas le médecin traitant, son évaluation a été sommaire. La fille de M^{me} Echaquan espérait plus, certainement que le médecin détecte l'état critique de sa mère. Finalement, la visite de la résidente aura été en coup de vent. Elle trouve l'ambiance désagréable et cherche à quitter la chambre rapidement. La fille veut qu'on s'occupe de la mère, et un membre de la famille assure avoir demandé à ce que l'on prenne la situation au sérieux. La résidente a traduit cette conversation comme des menaces de leur part. Questionnée sur les menaces reçues, la résidente sera également peu loquace n'ayant pas de souvenir des propos tenus. Elle n'appelle pas la médecin qui est responsable de M^{me} Echaquan.

² *Mémoire à l'Office de consultation publique de Montréal dans le cadre de la consultation publique sur le racisme et la discrimination systémiques*. Novembre 2019.

Simultanément, soit vers 11 h 35, un infirmier s'est rendu auprès de sa chef de service pour demander le transfert en réanimation pour M^{me} Echaquan. Entre-temps, la CEPI a fait appeler la médecin à plusieurs reprises et, n'ayant pas de réponse, l'a demandé en urgence par l'interphone central. Plusieurs témoins ont entendu les appels répétés de la CEPI au microphone pour de l'assistance médicale. La version du médecin selon laquelle elle s'est déplacée au premier appel n'est tout simplement pas crédible. La preuve a montré que le médecin était arrivé un peu avant ou au même moment que le transfert en réanimation. Cette situation démontre malheureusement à quel point la CEPI a été laissée à elle-même et que les chances de survie de M^{me} Echaquan s'amenuisaient, minute par minute. C'est finalement une préposée aux bénéficiaires d'expérience qui prendra l'initiative de forcer le transfert à la salle de réanimation. À ses yeux, M^{me} Echaquan se trouvait dans une situation critique.

Une fois son décès confirmé, des témoins civils entendent le personnel soignant exprimer un soulagement que cette patiente ne soit plus un incon vénient. Ils diront avoir entendu : « Les indiennes, elles aiment ça se plaindre pour rien, se faire fourrer pis avoir des enfants. Pis c'est nous autres qui paient pour ça. Enfin elle est morte. »

Le 9 octobre 2020, la chef de service transmet un courriel à l'équipe soignante indiquant que : « [...] dès maintenant, lorsque vous utilisez une contention aux 4 membres vous devez en aviser l'ASI (assistante soins infirmiers). Un service privé sera demandé et dans la mesure qu'il ne peut être assuré, le patient devra être transféré en réanimation. [...] La surveillance se doit être minimalement aux 15 minutes si contention aux 4 membres. » Cette note reprend essentiellement ce qui était déjà prévu au protocole de l'établissement sur les mesures de contrôle. Rappelons que M^{me} Echaquan n'a pas eu droit à cette surveillance et que son état n'a pas été réévalué par un médecin. Bien qu'en soi l'injection intramusculaire ne requiert pas une surveillance particulière, en l'occurrence, en présence d'une patiente dont le statut d'insuffisance cardiaque est bien documenté, l'injection de l'antipsychotique associée au surplus à la contention physique demandait d'agir avec la plus grande prudence. Il est encore plus étonnant d'apprendre qu'avant ce décès, le personnel n'était pas familier avec le protocole de contention existant au sein de l'établissement.

La CEPI n'avait vraisemblablement pas suffisamment d'expérience clinique pour comprendre les risques en jeu. Ce n'est pas le cas, toutefois, de l'infirmière d'expérience qui a fait l'injection. Celle-ci n'a pas fait montre de plus de prudence. Peut-on penser que le comportement de M^{me} Echaquan avait alors obnubilé son jugement? Sans aucun doute, les commentaires entendus lors de l'enregistrement donnent à penser que cela a pu être le cas. Dès l'injection faite et les contentions appliquées, elle part pour sa pause-dîner sans se soucier des complications possibles.

La CEPI a admis que les notes médicales indiquant l'état de M^{me} Echaquan avaient été inscrites tardivement, qu'elles portaient à confusion et que la surveillance s'est faite au travers de la vitre du cubicule, faute de temps. La CEPI est par ailleurs la seule à avoir admis cette lacune majeure quant à la tenue de dossier alors que, tout au long des audiences, nous avons pu constater l'incohérence entre les témoignages et ce qui était réellement noté au dossier.

La situation clinique aurait pu être réversible si :

- une surveillance accrue par une infirmière d'expérience avait été mise en place ou à défaut un transfert plus rapide en salle de réanimation avait été fait;
- une évaluation par la médecin responsable des hospitalisations en médecine de famille avait été faite en adoptant une approche différente avant d'autoriser un nouveau calmant;
- une surveillance de la mesure de contrôle (contention) avait été mise en place comme prescrit;
- une reconnaissance précoce de son état précaire avait été détectée;
- un protocole était existant pour le lancement précoce d'un code bleu;
- une correction précoce des sources d'instabilité avait été prise en compte (hypoglycémie, hypotension, œdème pulmonaire);
- un *monitoring* cardiaque et une saturométrie avaient été installés.

L'autopsie et le rapport de l'expert suggèrent que M^{me} Echaquan est décédée d'un œdème pulmonaire. Aucun évènement arythmogène (qui aurait été observé sur le stimulateur cardiaque que portait M^{me} Echaquan) n'est en cause. Par ailleurs, aucun évènement ischémique n'a été constaté à l'autopsie. Dès lors, il faut se référer à la cardiomyopathie pour expliquer le décès. D'autres facteurs pourraient avoir été en cause, entre autres l'hypotension occasionnée par l'injection de l'Haldol® ainsi que les contentions qui ont retenu M^{me} Echaquan clouée contre sa civière sans possibilité de se redresser, un geste naturel lorsqu'il y a accumulation d'eau sur les poumons. La présence de liquide dans les alvéoles pulmonaires peut être responsable d'une diminution de la qualité des échanges gazeux, entraînant des difficultés respiratoires importantes.

Du personnel en surcharge de travail

Lors des audiences, plusieurs employés ont relaté la surcharge de travail en nommant notamment la disparité entre l'urgence du Centre hospitalier De Lanaudière et celle de l'Hôpital Pierre-Le Gardeur. Cette disparité est réelle et bien documentée. Il n'est donc pas rare que les employés doivent se soustraire à leurs pauses et leurs dîners pour offrir des soins. Le 12 août 2020, un courriel provenant d'une infirmière est transmis à la chef de service relatant de grandes difficultés du personnel soignant, notamment le fait qu'il n'a pas le temps d'encadrer adéquatement les CEPI et que, à ce rythme, sans les effectifs nécessaires, la santé des patients pourrait être compromise. Cette infirmière l'informe également que, dans ces conditions, elle ne souhaite plus faire de remplacement à titre d'ASI.

Le 29 octobre 2020, les représentants syndicaux (FIQ-SIL) ont à nouveau sonné un cri d'alarme en réitérant notamment que les ratios professionnels de soins/patients de l'urgence sont inadéquats : les CEPI travaillant à l'urgence sont placées dans des situations qui ne respectent pas le *Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par des personnes autres que des infirmiers et infirmières*, les dyades entre les infirmières et les infirmières auxiliaires ne sont pas définies adéquatement et l'équipe soignante a manifesté à son chef de service le besoin d'un soutien clinique en ayant accès à des monitrices cliniques. Ces demandes sont restées lettre morte sous le règne de l'ancien président-directeur général.

Par ailleurs, le jour du décès de M^{me} Echaquan, le taux d'occupation à 8 h est de 37 civières à l'observation. À 11 h, 42 civières sont occupées. Le taux d'occupation de l'urgence est donc de 112 % à 8 h et de 127 % à 11 h, ce qui n'est pas inhabituel pour les urgences du Québec.

La question des CEPI a été largement discutée durant les audiences. Selon *la règle de soins infirmiers* du Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière (CISSS de Lanaudière), adoptée en juillet 2018, les CEPI formées au niveau collégial ne peuvent exercer à l'urgence. Il y est également noté que, pour tous les niveaux de scolarité (formation collégiale ou universitaire), « la CEPI n'est pas autorisée à exercer au triage, dans la salle de choc et dans le secteur ambulatoire de l'urgence ». La direction a accepté de ramener des CEPI à l'urgence en 2019, comptant sur les infirmières d'expérience pour soutenir et former leurs jeunes collègues. Cependant, les CEPI sont considérées comme des infirmières à part entière dans la planification du personnel de ce service qui accueille fréquemment des patients instables. C'est donc dire que cette solution a été créée pour faire face à la pénurie de personnel, mais a également engendré des risques importants pour les patients séjournant à l'urgence du Centre hospitalier De Lanaudière. Selon un cadre de la haute direction, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec aurait entériné cette pratique. Par ailleurs, aucun écrit ne le confirme. Cette situation était à elle seule annonciatrice de dérapages.

Lorsque la CEPI a requis de l'aide auprès de l'assistante infirmière-chef pour assurer une surveillance étroite auprès de M^{me} Echaquan, cette dernière l'a invitée à trouver elle-même une préposée aux bénéficiaires, ce que la CEPI a tenté de faire, mais sans succès. L'assistante infirmière-chef ne s'est jamais déplacée auprès de M^{me} Echaquan pour évaluer la situation et n'a pas non plus offert de soutien à la CEPI qui comptait un peu moins de 4 mois d'expérience.

La formation et la rencontre de l'autre

Une partie des témoins entendus du centre hospitalier ont affirmé que leur milieu de travail était exempt de racisme ou même de commentaires désobligeants. Quelques-uns se sont risqués à la thèse contraire, affirmant avoir entendu des préjugés clairs visant la communauté atikamekw.

Questionnés sur la formation obligatoire de trois heures qu'ils doivent tous suivre, et qui a débuté après le décès de M^{me} Echaquan, les employés ont affirmé ne pas avoir tiré d'enseignement particulier et que cela n'était pas aidant dans leur pratique quotidienne. Ceci est inquiétant dans la mesure où, depuis le décès de M^{me} Echaquan, tous ont témoigné que les ponts entre les deux communautés s'étaient effrités. D'un côté, la communauté atikamekw craint encore plus de recourir à l'hôpital pour obtenir des soins pourtant nécessaires et, de l'autre, le personnel soignant craint de ne pas être à la hauteur ou encore que les propos soient mal interprétés par les patients atikamekw.

Je n'ai pas personnellement visionné la formation, mais j'ai eu accès aux détails de l'offre de formation. Je constate que 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. Pour être dépesté, le racisme doit se comprendre comme camouflé dans la culture dominante. Dire *Kwei* (salutation), c'est bien, mais c'est insuffisant.

En fait, lutter contre le racisme et les préjugés commence par s'ouvrir à l'autre communauté. J'estime que c'était là la base de la formation de trois heures offertes aux employés. Probablement que cette formation pourrait être améliorée, mais rechercher à tout prix des

raccourcis pour soutenir l'attention du personnel témoigne peut-être du peu d'intérêt de celui-ci même après qu'il ait, individuellement et collectivement, eu à composer avec les effets dévastateurs du décès de M^{me} Echaquan.

Plusieurs témoins ont tout de même demandé des formations de sensibilisation sur les problématiques auxquelles sont confrontées notamment les femmes autochtones, une formation qui serait effectuée en collaboration avec des communautés autochtones. Le Centre hospitalier De Lanaudière avait par ailleurs offert à ses employés une formation sur la sécurisation culturelle en 2019, mais à peine 3 % des personnes conviées, essentiellement des infirmières, y avaient participé. Fait étonnant, le CISSS transmet l'information aux employés à leur adresse courriel personnelle. Il est donc légitime de se demander si les employés reçoivent les communications qui leur sont destinées et si les paramètres de confidentialité qui y sont associés sont respectés. Cette situation ne fait pas partie intégrante de mon mandat d'enquête, mais se doit néanmoins d'être signalée.

Une agente de liaison autochtone de la nation atikamekw était également à l'emploi de l'hôpital au moment des événements. Étonnamment, très peu d'employés la connaissaient et personne au sein de l'établissement ne l'avait pris sous son aile pour contribuer à son intégration. N'ayant pas de bureau désigné, elle errait dans les corridors ou attendait les demandes de soutien de chez elle. Le jour du décès de M^{me} Echaquan, malgré sa carte de l'hôpital l'identifiant comme agente de liaison, elle se voit refuser l'accès à l'urgence alors qu'elle est mise au courant de la situation par un membre de la communauté. Elle tente à plusieurs reprises d'entrer aux urgences pour être à son chevet. Or, puisque sa carte d'identité n'est pas une réelle carte d'employé, on lui refuse l'accès. Lorsqu'elle tentera de faire des appels pour comprendre la situation, on lui dira qu'on n'a pas le temps de lui parler, puis on mettra fin à la discussion, et ce, en dépit du fait qu'elle était la ressource disponible et appropriée dans les circonstances. J'oserais même dire qu'elle était la seule ressource qui aurait pu faire la différence en termes de sécurisation culturelle pour M^{me} Echaquan.

Force est de reconnaître que ce poste a donné bonne conscience au CISSS, mais n'a définitivement pas été exploité à son plein potentiel. Dans les faits, l'agente de liaison est tout au plus un bibelot placé sur une étagère pour faire joli. Si on avait prêté plus d'attention au fait que M^{me} Echaquan était Atikamekw, on aurait non seulement fait appel à l'agente de liaison autochtone, mais on aurait aussi pu évaluer son dossier médical avec la dimension culturelle associée à la situation. Ceci aurait permis aux professionnels de la santé de mieux considérer les implications possibles de sa condition médicale.

Le CISSS a reconnu que l'agente de liaison avait été laissée en plan et s'est engagé à embaucher deux agents de liaison en sécurisation culturelle. Un de ces postes a déjà été pourvu et l'autre est toujours à combler. Ce deuxième poste sera occupé par une personne de la communauté de Manawan afin d'offrir un service 24 heures/24, 7 jours/7. Le réel défi sera d'impliquer ces agents de liaison et de leur faire une place au sein de l'établissement. Il faudra une véritable reddition de comptes pour rassurer la communauté atikamekw à propos de la démarche de réconciliation.

En septembre 2019, le rapport de la Commission Viens, soit la *Commission d'enquête sur les relations entre les autochtones et certains services publics*, a été déposé. Ce rapport énonçait certains appels à l'action s'adressant directement au CISSS de Lanaudière, notamment le manque de service ambulatoire d'urgence pour Manawan. Comme indiqué par le Chef Paul-Émile Ottawa lors de son témoignage, la pandémie est arrivée quelques mois après le rapport de la Commission Viens, donc la communauté et le CISSS de Lanaudière n'ont pas eu l'opportunité de mettre en place des solutions pour répondre aux appels à l'action du rapport. Cependant, le CISSS de Lanaudière avait déjà répondu à certains appels à l'action de la

Commission Viens, et ce, même avant le dépôt du rapport. En effet, le transport préhospitalier (ambulances) pour Manawan a été mis en place, ce qui était une priorité pour la communauté.

Les dirigeants de l'hôpital sont conscients du fossé qui s'est créé. La nouvelle présidente-directrice générale a elle-même reconnu que les écarts entre ce qui est véhiculé et ce qui est vécu sont un monde en soi. On retient que le CISSS de Lanaudière doit prendre des mesures pour déconstruire les préjugés et éradiquer la discrimination. Comme il a été énoncé par certains témoins factuels et par des témoins du volet recommandations, des préjugés et des biais à l'égard des communautés autochtones existent au Centre hospitalier De Lanaudière. Ces biais peuvent se manifester de manière implicite par des préjugés accolés aux communautés autochtones (toxicomanie, alcoolisme, familles nombreuses, habitudes de vie malsaines, etc.) ou de manière explicite par des propos inadéquats envers les communautés autochtones. Ces préjugés ne semblent malheureusement pas exclusifs à ce centre hospitalier : ils semblent exister partout dans le réseau de la santé et des services sociaux au Québec tel qu'en ont témoigné notamment le D^r Stanley Vollant et M^{me} Michèle Audette.

Chaque individu a donc une responsabilité personnelle et des remises en question à faire. Le personnel du centre hospitalier est dévoué et cette implication est sentie et reconnue. Reconnaître avoir des préjugés ne fait pas en sorte de diminuer le professionnalisme des employés. Au contraire, c'est lorsque le problème n'est pas reconnu que le professionnalisme est remis en cause.

L'embauche d'une personne atikamekw à titre de président-directeur général adjoint est un premier pas important vers cette réconciliation. L'approche d'ouverture de la nouvelle présidente-directrice générale est une indéniable source d'espoir pour la communauté atikamekw et la population de Lanaudière en général.

Le D^r Stanley Vollant a mis en lumière des disparités de traitement entre les communautés autochtones et les Québécois de souche. Lui-même a dû longtemps combattre ces préjugés. Il a utilisé l'image de la pomme rouge de l'extérieur, comme l'Innu qu'il est, mais blanche à l'intérieur, comme le médecin obéissant à sa caste d'appartenance, pour illustrer comment il a cherché à nier sa propre histoire culturelle pour mieux se faire accepter dans le système de santé. Cette invitation à briser les murs de la méconnaissance, à former les agents de liaison, à rendre les directions des établissements responsables des suivis, à augmenter les effectifs du personnel soignant dans les communautés et à rétablir la confiance dans le système de santé a fait écho lors des audiences.

La sécurisation culturelle est l'une des pistes de réflexion fournies par de nombreux témoins, dont le D^r Stanley Vollant. Pourtant, il a estimé qu'il fallait aller au-delà de ce concept, c'est-à-dire respecter la culture et les différences, mais aussi apprendre à communiquer et à comprendre l'autre, indépendamment de sa culture et de son origine.

La directrice des affaires autochtones du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a indiqué lors des audiences que la sécurisation culturelle est clairement une priorité gouvernementale et sectorielle. Elle a d'ailleurs présenté le plan global d'implantation de ce concept dans le réseau de la santé pour 2020-2025, un plan qui aurait timidement débuté en 2018, mais dont les travaux ont été plus significatifs à compter de novembre 2020. Lors des audiences, nous avons appris que, au sein du MSSS, des personnes sont désignées responsables des dossiers autochtones à travers le Québec. En consultant la liste desdites personnes produite dans le cadre de l'enquête publique, nous constatons en fait que, dans la forte majorité des cas, il s'agit de hauts dirigeants ou de leur adjoint qui portent le dossier autochtone parmi plusieurs autres dossiers à leur charge, les exceptions étant le Nunavik, les Terres-Cries-de-la-Baie-James et le CLSC Naskapi. Par ailleurs, aucun plan, aussi louable soit-il, ne pourra réussir sans la participation active des communautés autochtones à sa conception

comme à sa mise en application. Je remarque qu'autant au MSSS que dans les CISSS, ce plan demeure largement l'affaire des Blancs. Faut-il s'en inquiéter? En 2021, il est évident et redondant de dire que la présence des communautés autochtones est un prérequis dans l'élaboration de toutes les politiques et de tous les programmes qui les concernent.

Cela étant dit, les travaux du MSSS sont par ailleurs nécessairement un gage d'espoir. Ce plan montre plusieurs similitudes avec le *Principe de Joyce* proposé par la nation atikamekw, sans pour autant nommer le principe ou l'adopter. Le *Principe de Joyce* vise à garantir à 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. Ce faisant, le plan du MSSS vise la mise en place d'un plan qui s'accompagne d'un financement de 15 millions afin d'implanter la sécurisation culturelle d'ici 2025 dans tous les milieux de la santé. Les cinq actions prévues d'ici 2025 sont la mise en place d'une formation continue, l'accompagnement des établissements du réseau, la création de postes d'agents de liaison et de navigateurs de services et la révision du régime d'examen des plaintes.

En ce qui concerne particulièrement le processus de plaintes, il doit être repensé. Nous avons compris lors des audiences que la méfiance à l'égard des institutions rend difficile pour une personne d'origine autochtone d'entamer le processus de plainte, puis de faire cheminer celle-ci dans un système où cette personne ne se reconnaît pas. À cet égard, rappelons qu'au cours des dernières années, seulement une dizaine de plaintes formulées par des personnes d'origine autochtone ont été recensées au CISSS de Lanaudière.

À ce propos, la commissaire-conseil au régime d'examen des plaintes du MSSS est venue présenter la loi visant à renforcer le régime d'examen des plaintes du réseau de la santé et des services sociaux, qui est entré en vigueur le 1^{er} juin 2021. L'instauration d'une commissaire-conseil pour les questions autochtones au sein du MSSS est l'une des avenues intéressantes mises en place pour guider les commissaires locaux.

L'objectif est une amélioration continue de la qualité des services dans une démarche qui ne soit pas punitive. Sachant que la communication écrite n'est pas un véhicule usuel pour les communautés autochtones, la possibilité de formuler une plainte verbale est considérée. De plus, un poste a également été créé pour un commissaire adjoint aux plaintes et à la qualité des services offerts aux communautés autochtones de Lanaudière. Cette personne aura pour responsabilité de recueillir et de traiter les plaintes des usagers autochtones de la région et de faire des recommandations pour corriger des situations problématiques. Cette avancée est significative.

Au cours des audiences, nous avons noté qu'un certain consensus se dégagait tant chez les experts qui sont venus nous présenter les bases d'un réel pacte social que chez les chefs et grands chefs des communautés autochtones.

Des ordres professionnels se sont prononcés en faveur du *Principe de Joyce*, dont notamment le Collège des médecins du Québec. La délégation de la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec a également adopté le *Principe de Joyce* lors de son congrès, qui s'est tenu les 7, 9 et 10 juin 2021.

Selon la professeure Browne, qui est professeure et chercheuse universitaire distinguée de *University of British Columbia (UBC) School of Nursing*, à Vancouver, la littérature indique clairement que la population de toute province ou territoire est affectée par le racisme. Parce que le système de santé est souvent un point de convergence, les cas de racisme, individuel et systémique y sont nombreux. Cette discrimination est documentée et il est temps d'exiger un

leadership fort pour mettre en place des stratégies et des politiques, de manière constructive et non accusatrice.

Lors de son témoignage, le D^r Samir Shaheen-Hussain est allé plus loin en affirmant que l'inaction est le plus grand problème de notre société et que le colonialisme médical, qu'il a déjà dénoncé plusieurs fois, a contribué au décès de M^{me} Echaquan.

Pour M^{me} Viviane Michel, présidente de Femmes Autochtones du Québec, le racisme et la discrimination tuent, car M^{me} Echaquan a reçu de piètres soins à cause de préjugés racistes et misogynes. Dans ce contexte, et puisque cela a été relevé à quelques occasions, si les mots ne l'ont pas tuée au sens propre, je ne peux que souscrire au fait qu'ils ont été blessants et humiliants.

Le pacte social

Dans les jours qui ont suivi le décès de M^{me} Echaquan, la notion de racisme systémique a été soulevée à plusieurs occasions et a été amenée jusqu'à l'Assemblée nationale. C'est dire l'inconfort de la population quant aux soins qui sont administrés à la communauté atikamekw. Il est donc de mon devoir, à titre de coroner, de faire tout ce qui est en mon pouvoir pour éviter qu'un membre de la communauté autochtone ou de toute autre origine reçoive des soins tels que ceux offerts à M^{me} Echaquan.

L'heure n'est plus au bilan. Nous avons été témoins d'une mort inacceptable, et nous devons faire en sorte qu'elle ne soit pas vaine et que nous aurons appris comme société de ce tragique événement. Il est désormais inacceptable que de larges pans de notre société nient une réalité aussi bien documentée.

La Commission Viens, bien avant ce décès, avait appelé à la réconciliation et avait fait des mises en garde quant aux craintes exprimées par la communauté atikamekw à l'égard du Centre hospitalier De Lanaudière. Le Grand Chef du Conseil de la Nation Atikamekw, M. Constant Awashish, le Chef du Conseil des Atikamekw de Manawan, M. Paul-Émile Ottawa, et le Chef de l'Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador, M. Ghislain Picard, nous ont rappelé l'importance de semer un terreau fertile pour bâtir des ponts durables. Bien que des actions aient été entreprises par le gouvernement pour rétablir cette nécessaire communication, la reconnaissance d'une disparité de traitements est fondamentale, voire vitale pour travailler dans un esprit de confiance.

Force est de constater que la voie de la réconciliation est un chemin long et ardu. Des efforts sont d'autant plus nécessaires que les conclusions de cette enquête indiquent que M^{me} Echaquan a bel et bien été ostracisée, que son décès est directement relié aux soins obtenus lors de son hospitalisation en septembre 2020 et que sa mort aurait pu être évitée.

Le courage des mots visant à pacifier nos rapports à l'autre est crucial. Il faut avoir une ferme volonté de nommer sans faire de cosmétique autour d'un principe pourtant si limpide : le droit de tous à la bienveillance et à vivre dans une société libre et démocratique en ayant l'espoir que tout être humain mérite les mêmes services avec dignité et respect et, surtout, mérite de vivre.

CONCLUSION

M^{me} Joyce Echaquan est décédée des suites d'un œdème pulmonaire provoqué par un choc cardiogénique dans un contexte de cœur malade (cardiomyopathie préexistante vraisemblablement rhumatismale) associé à des manœuvres possiblement délétères telles que le maintien en décubitus dorsal sous contentions sans surveillance adéquate.

Le racisme et les préjugés auxquels M^{me} Echaquan a fait face ont certainement été contributifs à son décès.

Il s'agit d'un décès accidentel.

RECOMMANDATIONS

Pour éviter qu'une telle situation ne se reproduise et pour protéger la vie humaine, je recommande :

Que le **gouvernement québécois** :

- Reconnaisse l'existence du racisme systémique au sein de nos institutions et prenne l'engagement de contribuer à son élimination.

Que le **Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière** :

- S'assure d'intégrer efficacement l'agent de liaison de Manawan au sein de l'établissement, notamment en l'impliquant auprès des équipes de soins;
- S'assure d'un mécanisme de collaboration entre le dispensaire de Manawan et l'urgence du Centre hospitalier De Lanaudière afin que les informations médicales concernant le patient soient transmises en temps réel;
- S'assure que les notes au dossier médical reflètent la réalité de la prise en charge d'un patient;
- Revoie ses ratios infirmières et préposées aux bénéficiaires en fonction des normes reconnues au niveau provincial afin d'offrir des services sécuritaires à la population;
- Applique un modèle de gestion de l'urgence basé sur les principes directeurs du Guide de gestion de l'urgence;
- Maintienne une formation périodique quant au code d'éthique de l'établissement, aux mesures de contention, à la surveillance des patients à la suite d'une chute et à la tenue de dossier;
- Mette en place rapidement une formation et des activités d'inclusion de la culture autochtone qui soient concertées avec la communauté de Manawan;

- Perfectionne le modèle des dyades infirmières/infirmières auxiliaires et s'assure que chacune comprenne bien son rôle.

Que le **Collège des médecins du Québec** revoie la qualité des actes médicaux de la médecin responsable des hospitalisations en médecine familiale et de la résidente en gastrologie qui ont prodigué les soins à M^{me} Echaquan lors de son hospitalisation en septembre 2020.

Que l'**Ordre des infirmières et infirmiers du Québec** :

- Examine la qualité des services des infirmières qui ont prodigué des soins à M^{me} Echaquan lors de son hospitalisation du 26 au 28 septembre 2020;
- Revoie les pratiques d'intégration des candidates à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) de niveau collégial dans les urgences des milieux hospitaliers à l'échelle de la province.

Que le **ministère de l'Enseignement supérieur** pour ses établissements d'enseignement (collégial et universitaire) qui forment des médecins, des infirmières et des infirmières auxiliaires :

- Inscrite au cursus scolaire une formation portant sur les soins aux patients autochtones qui prennent en considération les réalités des communautés autochtones;
- Établisse avec les communautés autochtones une plus grande offre de stages tant pour les infirmières que pour les résidents en médecine.

Montréal, le 8 septembre 2021.



Me Géhane Kamel, coroner

ANNEXE I

LA PROCÉDURE

Le 6 octobre 2020, la coroner en chef du Québec a ordonné la tenue d'une enquête publique afin de clarifier les causes et les circonstances du décès de M^{me} Joyce Echaquan, survenu le 28 septembre 2020 au Centre hospitalier De Lanaudière.

J'ai été mandatée afin de présider la présente enquête publique. Le docteur et coroner Jacques Ramsay m'a assistée à titre d'assesseur.

Dès le début des audiences, j'ai reconnu comme personnes intéressées celles qui m'en avaient fait la demande, soit :

- **M. Carol Dubé**, la fille aînée de M^{me} Joyce Echaquan, **M^{me} Maria Wasianna Echaquan Dubé**, son frère, **M. Stéphane Echaquan**, ses parents, **Diane et Michel Echaquan**, de même que d'autres membres de la famille élargie, lesquels sont représentés par **M^e Patrick Martin-Ménard (Ménard Martin, Avocats)**;
- Le Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, représenté par **M^e Anne Bélanger** (Lavery, avocats);
- La Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec – FIQ, représentée par **M^e Émilie Gauthier et M^e Audrey Limoges-Gobeil**;
- Le Syndicat des travailleuses et travailleurs du CISSS de Lanaudière – CSN, représenté par **M^e Francesca Cancino** (Laroche Martin, Service juridique de la CSN);
- Le Conseil de la Nation Atikamekw et le Conseil des Atikamekw de Manawan, tous deux représentés par **M^e Jean-François Arteau** (Kesserwan Arteau, avocats);
- L'organisme Femmes Autochtones du Québec, représenté par **M^e Rainbow Miller**.

J'ai été assistée tout au long de la préparation et de l'enquête publique par M^e Dave Kimpton et M^e Julie Roberge, procureurs aux enquêtes publiques du Bureau du coroner.

Les audiences publiques se sont déroulées du 13 mai 2021 au 2 juin 2021.

J'ai entendu 44 témoins factuels et 115 pièces ont été produites. Les pièces sont publiques sauf celles qui sont interdites de publication ou de diffusion en vertu de la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès* (précédées d'un astérisque dans la liste des pièces à l'annexe II).

ANNEXE II
LISTE DES PIÈCES

Cote	Description
C-1	Ordonnance d'enquête
*C-2	Rapport d'expertise en toxicologie
*C-3	Addenda au rapport d'expertise en toxicologie
*C-4	Final autopsy report CUSM
*C-5	Rapport D ^r Charles Leduc (pathologie - CHUM)
*C-6	Rapport d'analyse du pacemaker-défibrillateur
*C-7	Dossier médical du Centre hospitalier de Lanaudière
*C-8	Dossier médical Institut de cardiologie Montréal
*C-9	Dossier médical – Dernière hospitalisation avant décès
*C-10	Consultations en externe et urgence 2020
*C-11	Hospitalisations avril 2020
*C-12	Hospitalisations janvier 2020
*C-13	Consultations examens sommaires hospitalisations 2014 à 2019
C-14	Messages cellulaires (JE) à faire traduire (rapport SQ)
C-15	Traduction Atikamewk-Français messages textes
C-16	Rapport extraction cellulaire de JE (SQ)
C-17	1 ^{re} vidéo en direct par Joyce Echaquan
C-18	Traduction Atikamewk-Français 1 ^{re} vidéo (SQ)
* C-19	2 ^e vidéo en direct (Marie-Wasianna Echaquan-Dubé)
C-20	Rapport récupération vidéo Facebook (SQ)
C-21	Liste du personnel de l'urgence (26 au 28 septembre 2020)
C-22	Liste des médecins de l'urgence (26 au 28 septembre 2020)
C-23	Croquis hôpital (témoin Pamela Dubé)

Cote	Description
C-24	Croquis des lieux (témoin M. B.)
C-25	Croquis des lieux (témoin P. R.)
C-26	Croquis de la salle réanimation (témoin C. S.)
C-27	Croquis observation urgence (témoin M.-D. F.)
C-28	Croquis (témoin Josiane Ulrich)
C-29	Lettre (témoin Annie Desroches)
*C-30	Rapport de la pratique infirmière 12 janvier 2021
*C-31	Rapport d'analyse pratiques de gestion 18 novembre 2020
*C-32	Rapport synthèse enquête administrative 12 janvier 2021
C-33	Rapport observations syndicales FIQ-SIL (Marie-Chantale Bédard)
C-34	Politique Application mesures contrôle 2019-01-28
C-35	Protocole Applications mesures contrôle 2019-01-28
C-36	Protocole encadrement pratique exercée par les CEPI
C-37	Règlement sur les actes professionnels
C-38	Rapport d'expertise du D ^r Alain Vadeboncoeur (11 mars 2021)
*C-38.1	Extraits dossier ICM – D ^r Alain Vadeboncoeur
C-38.2	CV D ^r Alain Vadeboncoeur
C-38.3	Présentation du rapport d'expertise
*C-39	Rapport d'analyse digoxinémie (13 avril 2021)
C-40	Accès aux soins pour les Premières Nations – Document de réflexion (APNQL)
C-41	Plan de l'urgence - CHDL
C-42	Guide de gestion de l'urgence MSSS et AQESSS
C-43	Présentation du MSSS
C-44	Témoignage et présentation de M ^{me} Viviane Michel (FAQ)
C-45	Presentation and testimony of Dre Annette Browne

Cote	Description
C-46	Résumé de présentation (Témoignage Samir Shaheen-Hussain)
C-47	Rapport d'extraction messages textes complet
C-48	Complément messages textes vs messages audios par SE Martin Pichette #11310
C-49	Ordonnance nomination Jacques Ramsay Assesseur
* C-50	Rencontre familiale du 29 septembre 2020 (D ^{re} Thanh)
C-51	Déclaration Karine Echaquan
C-52	Engagement 3 Communiqués internes CISSS-LAN (13 et 14 octobre 2020)
C-53	Engagement 2 Plan de l'urgence par sections
C-54	Plan de l'urgence – Identification des diverses zones (cercles blancs pour les zones C-10 et C-14.2 et cercles noirs pour les zones C11 et R-4)
C-55	Sécurisation culturelle chez Atikamekw Nehirowisiw CIUSSS (2020-10-13)
C-56	Demandes reçues au commissariat aux plaintes et à la qualité des services CISSS-LAN (2017-2021)
C-57	Déclaration audio (Témoignage Josiane Ulrich)
C-58	Déclaration audio (Témoignage Stéphane Guilbault)
C-59	Mandat comme agent de liaison (Barbara Flamand)
C-60	Problématiques organisationnelles – courriel au gestionnaire
C-61	Nouvelle procédure relative aux contentions
C-62	Recommandations d'un témoin professionnel de la santé (Urgences de Joliette)
C-63	Engagement 1 : Chronologie de la prise en charge médicale de M ^{me} Echaquan (26 au 28 septembre 2020)
C-64	Alexandre St-Jean : Formation sur les compétences et sécurité culturelle atikamekw pour le CISSS-LAN
C-65	Alexandre St-Jean : Rapport clinique sur les compétences et sécurité culturelle atikamekw pour le CISSS-LAN
C-66	Entente particulière de services entre le CISSS-LAN et les Services de santé Masko-Siwin
C-67	Plan d'action des trajectoires de services du Centre de santé Masko Siwin et

Cote	Description
	CISSS-LAN
C-68	Lettre de demande de mise en place d'une ambulance à Manawan
C-69	Lettre concernant la cessation de l'entente d'interprétariat atikamekw
C-70	Suivi sur la cessation de l'entente d'interprétariat atikamekw
C-71	Plan de présentation du CISSS-LAN
C-72	Traduction du vidéo Facebook de Marie Wasianna Dubé Echaquan (28 septembre 2020)
*C-73	Capture écran du vidéo Facebook de Marie Wasianna Dubé Echaquan (28 septembre 2020)
C-74	Présentation de la commissaire-conseil M ^{me} Dominique Charland au régime d'examen des plaintes du ministère de la Santé et des Services sociaux
C-75	Bonnes pratiques recensées par l'APNQL
C-76	Présentation par le D ^r Stanley Vollant
C-77	Principe de Joyce – Pièce déposée à la demande du Conseil de la Nation atikamekw et en soutien du témoignage du Grand Chef / Président Constant Awashish
C-78	Présentation M ^{me} Michèle Audette (recommandations)
C-79	Présentation M. Samir Shaheen-Hussain (Collectif SJS)
C-80	Présentation de la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec - FIQ
C-81	Plan de témoignage du Grand Chef Constant Awashich
C-82	Recommandations du Chef Paul-Émile Ottawa pour le Conseil des Atikamekw de Manawan
*C-83	Engagement 11 : Démarches de remplacement du 28 septembre 2020
*C-84	Engagement 5 : Demandes de narcotiques par M ^{me} Echaquan (Extraits du dossier médical)
C-85	Engagement 19 : Liste des personnes responsables du dossier autochtone au MSSS
*C-86	Engagement 16 : Motif de départ d'une infirmière de l'Hôpital de Joliette
C-87	Engagement 6 : Cartable des grands utilisateurs (Urgence de Joliette)

Cote	Description
*C-88	Engagement 14 : Formulaire H-223 pour le décès de Joyce Echaquan
*C-89	Engagement 15 : Lettre d'embauche d'une CEPI (Urgence de Joliette)
C-90	Communiqué interne de l'Hôpital de Joliette sur l'événement du 28 septembre 2020
C-91	Communiqué de presse concernant l'annulation du forum populationnel pour la population de la Haute-Matawinie
C-92	Communiqué de presse sur l'invitation du CISSS-LAN à la population de la Haute-Matawinie à un forum populationnel
C-93	Correspondance entre le président-directeur général du CISSS-LAN et le Chef du Conseil des Atikamekw de Manawan concernant le décès de Joyce Echaquan
C-94	Présentation du CISSS-LAN pour M ^{me} Maryse Poupart
C-95	Présentation de M. Samir Shaheen-Hussain (Collectif SJS)
C-96	Recommandations de la famille de Joyce Echaquan au Coroner
*C-97	Engagements 7 & 8 (FIQ) : Correspondance entre un infirmier et le gestionnaire de l'urgence de Joliette et documents d'analyse sur la situation à l'urgence le 28 septembre 2020.
*C-98	Engagement 10 : Proposition de mentorat par un infirmier de l'urgence de Joliette
C-99	Engagement 17 : Lettre d'invitation au forum populationnel du CISSS-LAN au Chef du conseil des Atikamekw de Manawan (28 février 2020)
C-100	Engagement 20 : Extrait du procès-verbal de la 82 ^e séance du conseil d'administration du CISSS-LAN (8 mars 2021)
C-101	Engagement 20 : Communiqué de presse sur l'union du CISSS-LAN et le Conseil des Atikamekw concernant la sécurisation culturelle et le comité de réconciliation
C-102	Engagement 20 : Communiqué de presse sur l'engagement du CISSS-LAN dans la sécurisation culturelle des communautés autochtones (10 mars 2021)
C-103	Engagement 19 (MSSS) : Liste des personnes ayant occupé le poste de responsable des dossiers autochtones
C-104	Courriel de la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec – FIQ confirmant le non-dépôt d'un mémoire (25 juin 2021)
C-105	Courriel de la CSN concernant les représentations (1 ^{er} juillet 2021)
C-106	Représentations écrites du CISSS-LAN (2 juillet 2021)

Cote	Description
C-107	Représentations écrites de Femmes Autochtones du Québec (2 juillet 2021)
C-108	Représentations écrites du Conseil des Atikamekw de Manawan (2 juillet 2021)
C-109	Représentations écrites des procureurs de la famille Echaquan (2 juillet 2021)
C-110	Traduction corrigée du témoignage de M ^{me} Marie Wasianna Echaquan (13 mai 2021)
C-111	Traduction corrigée du témoignage de M ^{me} Pamela Dubé (14 mai 2021)
C-112	Courriel confirmant que la FIQ ne produira pas de mémoire au soutien des représentations faites à l'audience du 2 juin 2021
*C-113	Engagement 12 (CISSS-LAN) : Les horaires de pauses des infirmiers et des préposés aux bénéficiaires (28 septembre 2020)
*C-114	Engagement 9 (CISSS-LAN) : Extraction et journalisation dans le système « Médurge » pour le séjour de Joyce Echaquan (26 au 28 septembre 2020)
*C-115	Engagement 18 (CISSS-LAN) : Procès-verbal du comité de la direction de l'hôpital de Joliette (4 septembre 2018)