

MÉMOIRE

DÉPOSÉ À LA COMMISSION DE CONSULTATION SUR LES PRATIQUES
D'ACCOMMODEMENTS RELIÉS AUX DIFFÉRENCES CULTURELLES

Le 16 novembre 2007

Accommodements raisonnables : la nécessité d'aller au-delà des perceptions

FÉDÉRATION
INTERPROFESSIONNELLE
DE LA SANTÉ DU QUÉBEC



RESPONSABILITÉ POLITIQUE

Michèle Boisclair, 1^{re} vice-présidente

COORDINATION

Lucille Auger, coordonnatrice, secteur Santé

RECHERCHE ET RÉDACTION

Florence Thomas, conseillère, secteur Santé

RÉVISION

Sandra Gagné, conseillère, service Communication-Information

SECRÉTARIAT

Francine Parent, secrétaire, secteurs et services

Table des matières

Avant-propos	4
Introduction.....	1
Questionnaire sur la place de la religion dans l'espace public, dans les services de santé et les services sociaux.	2
Explication de la démarche	2
Profil des répondantes	3
La prise en compte des demandes de nature religieuse dans les milieux de travail en santé et services sociaux.....	4
Impact des demandes sur le travail des professionnelles	5
Connaissance de l'accommodement raisonnable	7
Identification des besoins et des ressources disponibles en matière de demande de nature religieuse dans les établissements de santé..	9
Quelques précisions et pistes de réflexion.....	10
Le rôle des établissements et des intervenants en santé.....	12
Une politique de la laïcité?	14
L'accueil des immigrants.....	16
Conclusion	20
Recommandations	21

Avant-propos

La Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec - FIQ

La Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec - FIQ représente 57 000 professionnelles en soins infirmiers et cardiorespiratoires, regroupées dans 61 syndicats et à l'œuvre dans 158 établissements de santé du Québec.

Que ce soit par ses orientations ou encore par ses méthodes d'action, la FIQ est engagée sur le terrain des luttes syndicales, sociales et économiques à promouvoir une société qui reconnaisse la primauté des droits humains sur les impératifs économiques et qui soit à la recherche d'une plus grande justice, d'une répartition plus équitable des richesses et des pouvoirs, et ce, sans affiliation à un parti politique. En conséquence, la FIQ s'engage à reconnaître et promouvoir les dispositions incluses dans la Charte québécoise des droits et libertés de la personne.

Organisation syndicale qui travaille prioritairement à la défense et à la promotion des intérêts professionnels, économiques et sociaux de ses membres, elle se veut également un outil collectif de conscientisation et de pression. Pour ces raisons, elle est impliquée dans tous les débats qui concernent la santé et les services sociaux, la promotion et la défense des droits des femmes. Elle loge également à l'enseigne de la solidarité que ce soit à l'échelle locale, régionale, nationale ou internationale, pour les membres qu'elle représente ou pour les citoyens et les citoyennes.

J'avais déjà un flow de taré lorsque les tours jumelles se sont effondrées, [...].
Je fus choqué dans mon intime et je vous jure que si j'n'avais pas eu la foi
j'aurais eu honte d'être muslim.
Après ça, fallait qu'on montre aux yeux du monde
que nous aussi nous n'étions que des hommes,
que s'il y avait des fous, la majorité d'entre nous ne mélangeaient pas
la politique avec la foi.

Abd Al Malik, *Gibraltar*, « 12 septembre 2001 »

Privés de nos racines humanistes, nous découvrons avec effroi
que les ressources émotionnelles parfaitement naturelles
dont nous avons besoin pour affronter notre civilisation
dégénèrent facilement en sentiments parmi les plus vils.

John Saul, *Les bâtards de Voltaire*

Introduction

1

Le débat sur les accommodements raisonnables fait couler beaucoup d'encre et soulève les passions. À l'instar du chroniqueur Gil Courtemanche qui imaginait la réaction d'un québécois tombant sur ce débat après un an d'absence, nous pensons qu'il y a lieu de remettre les pendules à l'heure¹. Pas d'attentat à la bombe, ni même de lapidation, quelques événements montés en épingle et exploités par les médias, un code de vie alarmiste écrit par des élus sans contact réel avec ce type d'événements, des politiciens opportunistes, et voilà qu'une société au complet se met en action et mobilise des ressources pour tenter de calmer les frayeurs, pour corriger la situation. De quoi parle-t-on au juste? De faits ou de perceptions? Ou d'autres choses?

C'est dans cette perspective que la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec - FIQ a décidé de participer au débat. En effet, après avoir compilé un questionnaire envoyé à ses membres, la FIQ veut faire part de l'expérience des professionnelles en soins en ce qui concerne les demandes de nature religieuse faites dans le milieu de la santé et des services sociaux. Constater les faits d'abord, pour ensuite sortir des ornières d'un débat manichéen qui nécessite des nuances et de l'ouverture.

Après une présentation et une analyse des résultats d'une enquête menée par la Fédération auprès de ses membres, nous examinerons les sujets qui ont surgi à la suite du débat sur les accommodements raisonnables, c'est-à-dire les questions de la laïcité dans l'espace public et l'immigration.

¹ Gil Courtemanche, « La laïcité, c'est pour les autres », *Le Devoir*, 27 et 28 octobre 2007.

Questionnaire sur la place de la religion dans l'espace public, dans les services de santé et les services sociaux.

2

EXPLICATION DE LA DÉMARCHE

À la fin de 2006, la FIQ a été approchée par la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ) pour participer à une réflexion collective intitulée, *La place de la religion dans l'espace public*², et a décidé de consulter ses membres. L'objectif de départ consistait à répertorier, dans la mesure du possible, les demandes d'accommodements raisonnables en santé et services sociaux émanant des patients ou du personnel, afin de valider si les problèmes qui surgissaient sur la scène médiatique se vérifiaient dans la réalité.

À la suite des échanges avec des conseillères en relations de travail de la Fédération³, il est apparu évident qu'il fallait essayer de mesurer les demandes de nature religieuse plutôt que les demandes formelles d'accommodement au sens juridique du terme⁴, puisque ces dernières ne semblaient pas faire l'objet de problèmes au sein des relations de travail. Par ailleurs, notre connaissance du travail des professionnelles en soins nous permettait de savoir que des demandes de nature religieuse avaient déjà cours, compte tenu des besoins spirituels des patients et du caractère confessionnel de certains établissements de santé. Il apparaissait donc clair qu'utiliser l'expression « demande de nature religieuse », dans le cadre de l'enquête, permettrait de saisir la problématique d'une façon plus large, y incluant la notion d'arrangement volontaire, sans contraindre les répondantes à se restreindre à la notion juridique qu'elles ne connaissaient pas forcément.

Un questionnaire a donc été élaboré en deux parties. La première visait à obtenir des informations en ce qui concerne la fréquence, le type, l'impact sur l'organisation du travail et les soins des demandes de nature religieuse, et à vérifier, chez les répondantes, le niveau de connaissance de la notion d'accommodement. La seconde partie visait à identifier les besoins et les ressources disponibles en matière

² Bien que la démarche de la Fédération ait été initiée dans le cadre de réflexion de la CDPDJ, les interprétations des résultats du questionnaire et les positions énoncées dans le présent document sont propres à la FIQ et n'engagent en rien la CDPDJ.

³ Au total, 133 conseillères œuvrent auprès des membres de la FIQ dans toute la province et dans tous les types d'établissements de santé, un peu moins de la moitié ont été consultées.

⁴ Nous référons à la notion d'obligation d'accommodement raisonnable et à la définition proposée par la CDPDJ, [En ligne], page consultée le 9-11-07, <http://www.cdpedj.gc.ca/fr/placedelareligion/docs/religion-terminologie.pdf>

de demandes de nature religieuse dans les lieux de travail des professionnelles en santé et services sociaux.

Ainsi, 2000 questionnaires, répartis dans tous les types d'établissements⁵ de toutes les régions du Québec, et adressés à l'ensemble des professionnelles représentées par la FIQ, ont été envoyés le 25 mai 2007.

Bien que les résultats de cette enquête ne soient pas encore entièrement analysés, il a été décidé d'en publier une partie dans le cadre de la *Commission de consultation sur les pratiques d'accommodements reliées aux différences culturelles*. En effet, une analyse préliminaire de ces résultats nous permet de croire que, malgré l'urgence que laisse supposer la couverture médiatique sur les accommodements, il n'y aurait pas de problèmes majeurs dans le milieu de la santé et des services sociaux. Il nous a donc semblé nécessaire de partager cette réalité.

PROFIL DES RÉPONDANTES

Au mois d'août 2007, un peu plus de 25 % des questionnaires envoyés ont été complétés par 510 répondantes.

Les répondantes, majoritairement des femmes, sont infirmières (68 %), infirmières auxiliaires (19 %), inhalothérapeutes (12 %)⁶ et travaillent dans des centres hospitaliers (58 %), des centres hospitaliers de soins de longue durée - CHSLD (22 %) ou des CLSC (14 %) répartis dans toutes les régions du Québec⁷. La langue parlée dans les établissements est le français (69 %), le français et l'anglais (26 %) ou seulement l'anglais (2 %). Il est intéressant de noter que les répondantes se disent catholiques dans 89 % des cas, la seconde religion étant le protestantisme dans 5 % des cas. Toutes les autres religions représentent moins de 1 % chacune.

⁵ Centres hospitaliers, CLSC, CHSLD et centres de réadaptation.

⁶ Toutes les tranches d'âges sont représentées à l'exception des 35-45 ans, sous-représentées par rapport aux autres générations. Par ordre d'importance : 45-54 ans, 32 %; 55-64 ans, 30 %; 20-34 ans, 22 %; 35-45 ans 15 %.

⁷ Pour alléger le texte, nous ne mentionnons pas les très faibles proportions ou l'absence de réponse presque toujours inférieure à 1 % dans l'ensemble du questionnaire.

LA PRISE EN COMPTE DES DEMANDES DE NATURE RELIGIEUSE DANS LES MILIEUX DE TRAVAIL EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

Le premier constat, bien qu'elles ne soient pas généralisées, démontre que les demandes de nature religieuse font partie de la réalité des professionnelles en soins et émanent des patients plutôt que des collègues. En effet, quand on demande aux répondantes de qualifier la fréquence des demandes des patients, celles-ci répondent ne « jamais » avoir à y répondre dans 36 % des cas, dans 32 % des cas elles y répondent à une fréquence annuelle, le pourcentage tombe à 17 % en ce qui concerne la fréquence mensuelle, à 11 % à une fréquence hebdomadaire, et tous les jours dans 4 % des cas. Par contre, les répondantes mentionnent dans 80 % des cas ne jamais avoir à faire face à des demandes des collègues.

En fait, les demandes des patients représentent 79 % du pourcentage total des demandes et sont accueillies favorablement dans 92 % des cas par les professionnelles. Parmi les principaux motifs invoqués, on retrouve le fait d'être soigné par une personne du même sexe, le respect d'une fête religieuse ou l'adaptation du menu.

Lorsqu'il s'agit de demandes de la part des collègues, elles sont également acceptées favorablement dans 91 % des cas. Parmi les principaux motifs invoqués, on retrouve les demandes de congés pour des fêtes religieuses, la modification de la tenue vestimentaire et la prise en compte d'autres besoins religieux, n'étant peu ou pas détaillées par les répondantes. Il est intéressant de noter que le refus de travailler avec une personne de l'autre sexe ne fait jamais l'objet de demande de la part des collègues et que le refus de soigner une personne de l'autre sexe est refusé systématiquement.

Pour répondre à ces questions, les répondantes devaient également indiquer de quelle façon se fait la prise de décision pour répondre à ces demandes. Plus des deux tiers des demandes des patients se traitent par le biais d'un arrangement avec le personnel et, seulement dans un peu plus de 10 % des cas, par le recours à un supérieur.

IMPACT DES DEMANDES SUR LE TRAVAIL DES PROFESSIONNELLES

Comme le montrent les tableaux ci-dessous, quand on mesure la perception des répondantes en termes d'impacts des demandes sur leur travail, bien que la majorité révèle une incidence relativement faible sur leur réalité professionnelle, on constate des différences selon le contexte (organisation de travail - figure 1, prodiguer des soins - figure 2, agir en situations d'urgence - figure 3).

Est-ce que des demandes de nature religieuse, émanant des patient-e-s ou de vos collègues, vous obligent à revoir l'organisation de votre travail?			
Pas du tout	72 %	Considérablement	3 %
Moyennement	18 %	Pas de réponse	7 %

Figure 1

Est-ce que des demandes de nature religieuse, émanant des patient-e-s ou de vos collègues, vous empêchent de prodiguer des soins au moment opportun?			
Jamais	77 %	Souvent	2 %
Parfois	16 %	Pas de réponse	5 %

Figure 2

Est-ce que des demandes de nature religieuse, émanant des patient-e-s ou de vos collègues, peuvent mettre en péril la santé de la patiente ou du patient que vous traitez?			
Jamais	68 %	Souvent	2 %
Parfois	25 %	Pas de réponse	5 %

Figure 3

Les réponses à la dernière question (figure 3) montrent que la perception des professionnelles en soins est différente quand on leur demande d'évaluer l'impact des demandes de nature religieuse en situations d'urgence. Il semblerait que dans un contexte d'urgence, l'attention soit portée sur l'intervention et les réponses à des demandes moins vitales peuvent être perçues comme irritantes. Cette réponse met en évidence un seuil de « tolérabilité » face à un certain type d'évènements compte tenu de la réalité du soin. En effet, comme le souligne François Grin, « la tolérabilité n'est pas à saisir comme une caractéristique dichotomique qui est simplement *présente* ou *absente* : il s'agit au contraire d'une variable continue, puisque la tolérabilité d'un comportement peut varier selon le contexte »⁸.

Par ailleurs, on ne doit pas nier cette réalité à laquelle les professionnelles font face parfois, c'est-à-dire faire des choix éthiques mettant en balance le droit à la vie et le respect des choix religieux ou personnels. Certaines situations sont moins difficiles à aborder que d'autres. Par exemple, les patients qui font le Ramadan peuvent refuser certains traitements comme les injections de vitamines ou de produits nutritifs, les femmes de confession musulmane peuvent également refuser les examens gynécologiques durant le jour. Mais le cas des témoins de Jéhovah qui refusent de recevoir des traitements à base de produits sanguins place les professionnelles dans une situation difficile : accepter des alternatives thérapeutiques ou accepter de ne pas traiter une personne alors qu'elles sont formées pour le faire.

La réponse à la question suivante illustre cette réalité et montre que si les professionnelles en soins répondent aux demandes de nature religieuse avec une grande ouverture et une certaine facilité dans le contexte de travail pourtant difficile qu'elles connaissent, elles (presque un tiers d'entre-elles) n'hésitent pas à exprimer les conflits que ces demandes peuvent générer, notamment en ce qui concerne les valeurs.

⁸ François Grin, « Tolérance et tolérabilité », *éthique publique, L'aménagement de la diversité culturelle et religieuse, débat sur les accommodements raisonnables*, vol. 9, n° 1, 2007, p. 14.

Avez-vous, dans vos expériences de travail, été confrontée à des situations où les demandes de nature religieuse entraînent en conflit avec vos valeurs?			
Jamais	65 %	Souvent	3 %
Parfois	28 %	Pas de réponse	4 %

Figure 4

Il faut donc mentionner que les professionnelles en soins, dans un certain nombre de cas doivent accepter des situations qui sont clairement contre leurs valeurs : accepter des refus de traitements de la part des patients, poser des gestes thérapeutiques contraires à leurs valeurs, etc..

CONNAISSANCE DE L'ACCOMMODEMENT RAISONNABLE

Comme il a été dit précédemment, le pari a été de vérifier les faits en ce qui concerne les demandes de nature religieuse dans le milieu de la santé et des services sociaux plutôt que concernant les demandes d'accommodements raisonnables. Notre postulat était à l'effet que, même si nous ne possédions pas de chiffres à ce sujet, peu de personnes savaient précisément ce qu'était cette notion :

Obligation juridique découlant du droit à l'égalité, applicable dans une situation de discrimination uniquement, et consistant à aménager une norme ou une pratique de portée universelle, en accordant un traitement différentiel à une personne qui, autrement, serait pénalisée par l'application d'une telle norme. Il n'y a pas d'obligation d'accommodement en cas de contrainte excessive. Le caractère légalement exigible d'un accommodement raisonnable est ce qui le distingue d'arrangements volontaires pouvant être pris même

*en l'absence de toute discrimination, par exemple, pour des raisons de courtoisie ou de bon voisinage.*⁹

Notre intuition s'est confirmée puisque les répondantes, pour une large majorité de 84 %, ont répondu positivement à la question : « savez-vous ce qu'est l'accommodement raisonnable? » Par contre, 98 % d'entre-elles ont donné une explication non conforme à la définition. Les explications décrivaient pour la plupart un arrangement volontaire (75 %) et se déclinaient sur trois thèmes par ordre d'importance: la religion, un règlement de différend entre deux parties sans thème précis, ou la culture et l'origine. Par ailleurs, une confusion revenait souvent à l'effet que les demandes d'accommodements provenaient de groupes plutôt que d'individus, ou de personnes étrangères uniquement. Ces derniers résultats dénotent des perceptions stéréotypées et assimilées par les répondantes, entretenues par certains discours et ils tranchent avec les faits répertoriés et les réactions habituelles des professionnelles.

On constate également que les répondantes n'ont pas, de façon majoritaire, fait référence aux autres motifs de discrimination mentionnés dans la Charte des droits et libertés de la personne du Québec qui peuvent nécessiter des obligations d'accommodements. Comme organisation syndicale, nous savons pourtant qu'en vertu de certains motifs comme le handicap ou la grossesse, certaines de nos membres ont eu à faire des plaintes pour discrimination. Cette perception de la notion d'accommodement raisonnable, réduite à la religion et à l'origine, met en lumière l'effet qu'a eu le débat public - et les médias - sur les perceptions des individus.

Ceci n'est pas étonnant puisque les débats publics réduisaient systématiquement l'ensemble des cas faisant référence à un motif religieux, à la notion « d'accommodement ». De plus, la couverture médiatique a amplifié certaines voix et certains messages qui ne correspondent pas à la réalité et au vécu de la majorité des citoyens québécois.

Un tel amalgame a eu pour effet de polariser les débats sans aborder de façon posée les questions de fond ou plus larges qu'ils soulèvent. Ainsi, des questions comme l'égalité entre les hommes et les femmes, l'identité québécoise, la laïcité dans l'espace public et

⁹ Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ), *La place de la religion dans l'espace public*, « Terminologie », [En ligne], page consultée le 9-11-07, <http://www.cdpedj.gc.ca/fr/placedelareligion/docs/religion-terminologie.pdf>

l'intégration des personnes immigrantes ont été réduites à la question : « pour ou contre les accommodements raisonnables? ». Ceci a complètement évacué la fonction originale - et toujours légitime et nécessaire - de l'obligation d'accommodement raisonnable qui est de corriger l'ensemble des discriminations liées à la race, la couleur, le sexe, la grossesse, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge, les convictions politiques, la langue, l'origine ethnique ou nationale, la condition sociale et le handicap.

IDENTIFICATION DES BESOINS ET DES RESSOURCES DISPONIBLES EN MATIÈRE DE DEMANDE DE NATURE RELIGIEUSE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

La deuxième partie du questionnaire visait à cerner de quelles façons les demandes de nature religieuse étaient abordées et quelles étaient leurs issues dans le milieu de la santé et des services sociaux.

Quand on leur demande de quelle manière sont traitées les demandes dans leur établissement, 47 % des répondantes l'ignorent, 24 % affirment que le personnel est généralement laissé à lui-même, et 20 % seulement reconnaissent qu'il existe des personnes pour les aider à traiter ces questions. Seulement 4 % disent qu'il y a de la formation pour le personnel et la direction.

Parmi les moyens les plus appropriés et populaires pour aborder ces questions, les répondantes ont choisi dans cet ordre : la référence à des personnes-ressources, le recours à un comité de décision ainsi que de la formation. L'instauration de politiques institutionnelles, ou le recours à un guide ou au syndicat sont les moyens les moins populaires, selon les réponses.

Enfin, presque la totalité des répondantes ignorent ou ne pensent pas que les demandes de nature religieuse aient pu donner lieu à des plaintes.

Donc...

Ainsi, ces chiffres nous indiquent que, d'une manière générale, les demandes de nature religieuse ne semblent pas poser de problèmes majeurs, et semblent plutôt intégrées dans le quotidien des

professionnelles à la fois sur la fréquence et la façon d'y répondre. En effet, le peu de plaintes, mais, également, d'échos de cette réalité au sein des établissements, nous indiquent qu'il n'y a pas péril en la demeure ou de menace imminente. Mis en perspective, dans un contexte de travail difficile associé à une pénurie flagrante de personnel, certains aspects de la tâche des professionnelles peuvent constituer des irritants. Or, comme mentionné précédemment, malgré la relative fréquence des demandes, il ne semble pas y avoir de problèmes rapportés par les répondantes ni aux établissements, ni aux syndicats. Pour les détracteurs de notre thèse, qui associeraient cet état de fait à la « mollesse » des professionnelles en soins - et plus largement des québécois - face aux demandes des immigrants, notons que les professionnelles placent des limites suffisamment claires qui reflètent les valeurs de la société québécoise, comme l'égalité homme-femme. Nous remarquons également que les ressources disponibles pour aborder ces questions sont soit rares, soit peu connues par les professionnelles en soins.

QUELQUES PRÉCISIONS ET PISTES DE RÉFLEXION

La suite de notre réflexion, prenant comme point de départ l'observation du milieu de la santé et des services sociaux et les réponses au questionnaire de la FIQ, se fera en abordant certaines questions soulevées sur la place publique. Avant d'entrer plus à fond dans ces sujets, il est nécessaire de décrire le milieu de la santé et des services sociaux comme un « espace public » particulier.

Dans le langage courant et dans les débats actuels, la notion « d'espace public » sous-entend que l'on parle de services financés publiquement et fournis par des employés de l'État. Selon certains, cet « espace public » aurait pour caractéristique de devenir un lieu « idéal » et symbolique, représentatif des règles et des valeurs collectives d'une « majorité », garant d'un certain « ordre » propre à la vie en démocratie.

Cette notion d'espace public réfère à un lieu, mais aussi à un espace social - voire politique -, la sphère publique opposée à la sphère privée. On y fait des échanges où des relations entre individus s'actualisent. Bien que porteur des principes, des règles et des valeurs d'une société donnée, l'espace public (quand il s'agit de services publics) n'est donc jamais totalement neutre puisqu'un

ensemble d'activités humaines s'y jouent et des principes s'y appliquent. Voici une première difficulté pour ceux qui penseraient normaliser cet espace de façon radicale. En outre, il peut être le lieu où s'expriment des moments de la vie « privée » des individus. C'est le cas du milieu de la santé et des services sociaux. Voici une seconde difficulté.

En effet, à « la différence des contextes scolaire et de travail, le champ de la santé s'inscrit dans une dynamique relationnelle particulière entre l'intervenant et l'usager »¹⁰. Ce dernier, aux prises avec la maladie - et parfois la mort - se retrouve dans une situation de vulnérabilité, de demande et ne peut être contraint à se soumettre à des règles qui nieraient ses besoins, son intimité et ses croyances. De l'ordre du privé, les croyances du patient sont constitutives de son identité et de son bien-être, elles doivent, par conséquent, être prises en considération dans une approche de soins et de guérison. Pas seulement en vertu d'un droit à la santé ou d'une conception empathique du soin, mais aussi parce que cette considération permet de maintenir la qualité de la relation entre le soignant et le soigné, de « comprendre et négocier la maladie, le processus décisionnel et la trajectoire de soins » et, par conséquent, de parvenir à soigner¹¹. Tous les soignants le savent, si le lien de confiance n'est pas créé à travers le respect de l'individu, la tâche devient ardue, voire impossible. Ainsi, pour ces raisons, il arrive fréquemment que l'on reproduise, pour les patients, dans certaines circonstances, des « milieux de vie » ou des conditions - y inclus celles de nature religieuse ou spirituelle - en conformité avec les besoins et les valeurs de ces derniers.

Ainsi, dans le milieu de la santé et des services sociaux, la dichotomie privée/publique - qui pourtant semble être, dans la société, l'un des critères de « tolérabilité » de la croyance religieuse de l'autre¹² - ne peut donc être saisie de la même façon. L'employé de l'État (le soignant) doit accepter, dans une certaine mesure, la vie privée et les croyances du patient, et ainsi acquiescer, pour une large

¹⁰ Sylvie Fortin et Danielle Laudy, « Soins de santé et diversité culturelle : comment faire pour bien faire? » p. 291

¹¹ *Ibid.*

¹² «L'hypothèse est qu'une manifestation d'altérité relevant de la vie privée sera, toutes autres choses égales par ailleurs, plus tolérable qu'une manifestation d'altérité qui s'exprime dans l'espace public ». François Grin, « Tolérance et tolérabilité », *éthique publique, L' aménagement de la diversité culturelle et religieuse, débat sur les accommodements raisonnables*, vol. 9, n° 1, 2007, p. 16.

part, aux demandes du patient. Le soignant est celui qui « détient un savoir particulier orienté vers la restauration de l'intégrité » du patient¹³. Par conséquent, concernant les demandes de nature religieuse ou d'accommodements raisonnables, on distinguera clairement, dans le milieu de la santé et des services sociaux, les règles qui s'appliquent aux employés de l'État de celles qui s'appliquent aux patients. Cette différence se retrouve dans les résultats du questionnaire qui mettent en évidence le niveau d'acceptation des demandes pour les patients et le peu de plaintes formulées à cet égard. On saisira également que les employés, bien que citoyens à part entière, doivent quant à eux se conformer à la neutralité de l'institution dans laquelle ils travaillent, et qu'il ne peut y avoir de glissement entre ce qui est acceptable pour les patients et ce qui est acceptable pour les employés. Il ne s'agit pas ici de hiérarchisation des statuts et des droits mais de différence des rôles.

LE RÔLE DES ÉTABLISSEMENTS ET DES INTERVENANTS EN SANTÉ

Dans la perspective de rencontrer ces objectifs de droit à la santé et de respect de la dignité de la personne, il existe déjà des dispositions législatives qui régissent ces aspects dans les établissements de santé. Comme nous le soulignons précédemment, outre le fait que les établissements de santé doivent, en vertu des Chartes, prévenir ou corriger toute discrimination, il existe certaines dispositions prévues dans la *Loi sur la santé et les services sociaux* afin de répondre aux besoins des patients. En l'occurrence, les services de pastorale des établissements de santé ont pour mission « d'offrir un soutien et un accompagnement à la vie spirituelle et religieuse des personnes hospitalisées ou hébergées ainsi qu'à leur proche »¹⁴. Il existe également, dans les établissements de santé, des services de traduction qui permettent aux intervenants de communiquer avec les personnes d'origine étrangère.

¹³ *Op.cit.*, Sylvie Fortin et Danielle Laudy.

¹⁴ L'article 100 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c.S-4.2) et l'article 7 du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements* (S-5, r.3.01) déterminent le cadre juridique et réglementaire sur l'organisation des pastorales. MSSS, *Cadre et référence pour l'organisation de la pastorale en établissements de santé et de services sociaux*, avril 2001.

En ce qui concerne l'ensemble des activités des intervenants en santé que ce soient médecins, infirmières, inhalothérapeutes, infirmières auxiliaires, les textes de loi comme le *Code civil*¹⁵, le *Code des professions* et les différents code de déontologie vont dans le sens du respect de la personne. Par exemple, le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* est l'un des plus explicite et clair à ce sujet : celles-ci doivent prodiguer des soins sans discrimination (art.2) et établir une relation de confiance avec les patients en respectant « les valeurs et les convictions » de ce dernier, « dans les limites de ce qui est généralement admis dans l'exercice de la profession » (art.30)¹⁶. L'approche que l'on retrouve en soins palliatifs est également éloquente à cet égard et un *code de déontologie des bénévoles en soins palliatifs* a été produit afin de guider les intervenants quant au respect de la dignité, des valeurs et des droits des patients¹⁷.

La réalité du milieu de la santé et des services sociaux met en lumière un paradoxe : d'une part les employés doivent respecter la neutralité propre au service public sans afficher eux-mêmes leurs convictions, mais ont à composer, d'autre part, avec le respect des droits des patients de façon très marquée puisqu'ils doivent, dans certains cas, favoriser l'environnement spirituel et religieux de ceux-ci. Il arrive parfois que cette différenciation puisse créer une tension et une confusion chez les uns et les autres (employés et patients). D'une part, cette tension se révèle en ce qui concerne les droits, mais peut également s'actualiser dans un conflit de valeurs comme le démontraient les réponses aux questions sur l'impact des demandes en situation d'urgence (figure 3) et sur la perception d'un conflit de valeur (figure 4).

Ce rapport conflictuel peut avoir des conséquences sur la prestation de soins, mais peut créer, également, comme le souligne Bilkis Vissandjée :

Un certain processus de marginalisation[...], fondé sur les barrières linguistiques, des perceptions stéréotypées entretenues par les professionnels de la

¹⁵ Par exemple, les articles 3 et 10 du *Code civil* énoncent les principes d'inviolabilité et d'intégrité de la personne.

¹⁶ *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, c.1-8, r.4.1. Le *code de déontologie des bénévoles en soins palliatifs* est également éloquent à cet égard.

¹⁷ *Être bénévole en soins palliatifs : valeurs et principes*, Réseau des soins palliatifs du Québec, Mai 2007.

santé ainsi que par la difficulté qu'ont ces derniers à analyser leurs propres valeurs culturelles. [...] Il en découle une incapacité à procéder à des négociations « culturelles » permettant d'établir des plans de traitement.¹⁸

Par conséquent, malgré le fait que l'approche des professionnelles semble en général adéquate et ouverte, nous pensons que les programmes qui conduisent à l'obtention des diplômes devraient aborder ces dimensions de façon approfondie, notamment en ce qui concerne les approches thérapeutiques dans un contexte de multiculturalisme.

Il faudrait aussi donner de la formation aux professionnelles déjà en emploi et corriger le flou qui semble régner en matière de prise de décision et de ressources disponibles pour les professionnelles. À cet effet, nous pensons que les établissements de santé doivent mettre en place les moyens nécessaires pour aider les professionnelles à surmonter des situations difficiles sur les plans humain et éthique dans le cadre de leurs fonctions. Des programmes de formation et des services d'accueil aux immigrants devraient permettre de traiter les problèmes rencontrés dans un contexte multiculturel. Certains établissements dont on pourrait s'inspirer, comme l'Hôpital Sainte-Justine par exemple, accueillent des patients d'origines diverses et ont déjà mis en place les outils et fourni les ressources nécessaires pour aborder ces questions.

UNE POLITIQUE DE LA LAÏCITÉ?

Dans un tel contexte, comment s'articulerait une politique de la laïcité dans l'espace public? Selon la FIQ, elle devrait être élaborée en fonction des réalités des différents milieux, en réaffirmant ces deux principes : la séparation des pouvoirs religieux et politique et le maintien de la condition de neutralité. Plus largement, comme le souligne Micheline Milot :

¹⁸ Bilkis Vissandjée, *Éthique professionnelle et soins de santé : une question de responsabilité*, Actes du Colloque tenu les 23 et 24 mars 2006, *Diversité de foi et de droits*, par le Conseil du statut de la femme, Gouvernement du Québec.

La laïcité ne se déploie jamais dans un vide culturel : ses principes fondamentaux s'articulent à des valeurs démocratiques qui sont hiérarchisées différemment d'une nation à l'autre, mais aussi à un certain idéal de citoyenneté valorisé dans tel ou tel système politique. [...] Au Québec, le modèle des relations entre l'État et les religions n'a jamais eu pour objectif la définition d'une citoyenneté assimilatrice des différences.¹⁹

Le réseau de la santé, marqué par son histoire confessionnelle et par la réalité que vivent les intervenants dans le cadre de la relation thérapeutique, ne peut s'adapter radicalement à une politique de la laïcité qui aurait pour objectif de « gommer » de manière systématique les signes religieux et les manifestations d'ordre religieux dans les infrastructures ou dans l'organisation. La réalité de certains établissements nous fournit suffisamment d'exemples pour aborder cette question avec prudence. Ainsi, par exemple, l'Hôtel-Dieu de Montréal, dont les bâtiments sont composés d'une chapelle et d'une aile destinées à accueillir le pape, à l'intérieur duquel oeuvrent encore certaines religieuses de manière bénévole. L'Hôpital Mont-Sinaï, qui fournit des soins palliatifs, a adapté les lieux de travail (cafétéria, salle de repos, portes et terrasse), les horaires de travail et la distribution des jours fériés en fonction des convictions religieuses des employés et de la clientèle.

Inscrits à la fois dans les lieux, dans les façons de faire, voire dans les conventions collectives locales, nous voyons mal de quelle façon ces signes pourraient disparaître du jour au lendemain sans difficultés, sans conflits, et surtout sans coûts exorbitants. Il serait dommage que l'application d'une politique de la laïcité ne puisse être mise en application et ne soit pas vécue de manière harmonieuse parce que celle-ci ne tiendrait pas compte de la réalité des milieux et de leur capacité à évoluer de façon concertée avec l'aide de l'ensemble des acteurs sociaux.

Cela ne signifie pas non plus que la question de la laïcité dans l'espace public doive être occultée pour ces raisons, ce qui aurait pour effet de déplacer cette problématique sur des scènes autres que politique, par exemple juridique. En effet, l'exemple récent de

¹⁹ Micheline Milot, *État des lieux sur le modèle de relations de l'État avec la religion au Québec : une laïcité québécoise*, Actes du Colloque tenu les 23 et 24 mars 2006, *Diversité de foi et de droits*, par le Conseil du statut de la femme, Gouvernement du Québec.

deux employées de l'Hôpital général juif, qui se sont vues refuser des postes parce qu'ils étaient réservés en fonction d'un sexe, illustre bien cette réalité. Ces dernières, qui souffraient de précarité aussi bien en emploi que financièrement, ont obtenu gain de cause après avoir déposé une plainte à la Commission des droits de la personne et de la jeunesse (CDPDJ). Le tribunal a déterminé « que cette affaire soulève des questions portant à la fois sur certains droits des bénéficiaires et sur le droit des préposés aux bénéficiaires à l'égalité en emploi ». À la suite de ce jugement, l'établissement doit donc corriger la discrimination que subissent ces deux employées en même temps qu'il doit continuer à « respecter le désir des patients de recevoir des soins intimes par une personne du même sexe que le leur »²⁰. Dans ce cas, ce sont les besoins religieux des patients qui ont engendré une situation de discrimination, et nous voyons bien que le problème a surgi sous forme de conflit alors qu'un questionnement plus large considérant les droits aurait pu permettre d'aménager l'octroi des postes sans discrimination à l'égard du sexe.

Les faits nous indiquent, avec l'apparition de conflits plutôt rares et la réalité de certaines institutions, que rien n'oblige le Québec à introduire une « révolution laïque » comme certains le laissent entendre. Nous croyons plutôt que le gouvernement du Québec doit se pencher, de façon posée et réfléchie, sur une politique de laïcité qui proposerait un modèle ouvert, et non coercitif, permettant au Québec d'évoluer « avec » l'ensemble de ses citoyens plutôt que « contre » certains citoyens. Elle devrait tenir compte de l'état actuel des choses et du fonctionnement de nos institutions. Parce que nos pratiques institutionnelles sont porteuses de valeurs, elles en constituent, par le fait même, le véhicule. Cette politique devrait soutenir les gestionnaires, les employés de l'État et les membres des conseils d'administration des établissements dans leurs décisions .

L'ACCUEIL DES IMMIGRANTS

En dernier lieu, nous croyons que le débat sur les accommodements raisonnables, tel qu'il a été véhiculé par les médias, ne permet pas d'aborder la question de l'immigration sous le bon angle. Comme organisation syndicale, il est de notre devoir d'aborder la question de l'immigration sous l'angle de l'intégration, particulièrement celle

²⁰ Tribunal des droits de la personne, communiqué, 5 novembre 2007.

des femmes immigrantes. Représentantes d'un milieu de travail féminin et compte tenu des perspectives migratoires du Québec, en plus de lutter contre les discriminations, nous savons qu'il faudra, sous peu, identifier les facteurs qui freinent encore l'accès à l'emploi à ces femmes. De nombreux chercheurs se penchent sur ces questions et décrivent l'accès à un emploi comme un facteur décisif quant à l'intégration des immigrants. En d'autres mots, celle-ci passe nécessairement par une intégration économique. De plus, le travail constitue un espace social qui permet de créer des liens avec la société d'accueil. Il s'avère effectivement difficile, pour quiconque, de comprendre une société, de s'y impliquer quand on s'y retrouve à l'écart sur le plan économique.

On sait, par ailleurs, que les immigrants rencontrent, de manière générale, des obstacles pour accéder à l'emploi. Que ce soit par la reconnaissance des diplômes, la difficulté à apprendre le français ou par le racisme qu'ils vivent de façon directe ou indirecte, les barrières sont nombreuses. Une publication récente de Statistique Canada révèle, qu'au Québec, les immigrants arrivés depuis moins de 5 ans connaissent un taux de chômage de 17,8 % comparativement à 6 % pour les personnes nées au Canada. Ces chiffres sont supérieurs aux autres provinces canadiennes et place le Québec en dernière position en terme d'intégration en emploi.²¹

D'autre part, on assiste à l'émergence d'une perception négative des immigrants quand ils ou elles sont d'origine arabe et de confession musulmane, ce qui affecte l'ensemble des personnes d'origine arabe, y compris celles de confession catholique.

Des chercheurs rapportent, d'entrée de jeu, que les citoyens d'origine arabe montrent un taux de chômage beaucoup plus élevé que la moyenne, problème qui se prolonge pour les citoyens de deuxième génération. Par exemple, on note que « malgré un taux d'instruction supérieur à la moyenne (deux fois plus de doctorats et de maîtrises que la moyenne générale), le taux de chômage des femmes musulmanes est plus que le double de la moyenne nationale (16,5 % contre 7,2 %) ». Ces femmes ont également un revenu moyen inférieur, dans une proportion de 30 %, à celui des canadiennes. À

²¹ Statistique Canada, *Les immigrants sur le marché canadien du travail en 2006 : premiers résultats de l'Enquête sur la population active du Canada*, Ottawa, 2007.

ces constats s'ajoutent des expériences vécues de racisme, perçues ou ressenties, des difficultés dans les rapports interculturels.²²

Nous ne pouvons nous empêcher de faire des rapprochements avec les expériences étrangères. Juliette Mincés témoigne de l'expérience française et du statut des immigrants :

Le débat sur la laïcité, parti d'une affaire de voile islamique dans un établissement scolaire, et qui n'a pas vraiment cessé depuis la fin des années 1980, s'est déroulé et continue dans un contexte complexe où le déficit de l'intégration des immigrants et surtout de leurs enfants pose des problèmes réels. [...] Ce débat a commencé dans une période économique, donc de fort chômage, qui touchait plus particulièrement les populations de culture musulmane. [...] Ce sont des situations où le racisme, la xénophobie et les discriminations de toute nature s'accroissent à l'encontre des « étrangers » et de leurs enfants même français.²³

L'auteure rapporte également l'impact de la faiblesse des politiques d'intégration et décrit le repli des communautés dans des ghettos « sociaux et ethniques ». Elle souligne que l'émergence de ces citoyens de « seconde zone »²⁴ dépourvus à la fois sur le plan économique et sur le plan des droits, a coïncidé avec le développement d'associations culturelles islamistes qui « prirent le relais des structures locales défaillantes ». Ces associations apportaient de l'aide matérielle et financière, du soutien scolaire et ont lancé des bases de revendications musulmanes.

Bien sûr, de par son histoire, sa culture et la densité de population, le Québec est très différent de la France, il serait donc hasardeux d'imaginer que cette situation se reproduise ici. Par contre, un

²² Bechir Oueslati, Micheline Labelle, Rachad Antonius, *Les Cahiers du CRIEC*, 30, « Incorporation citoyenne des québécois d'origine arabe : conceptions, pratiques et défis, Rapport de recherche », Octobre 2006, UQAM, 170 p.

²³ Juliette Mincés, « Immigration, laïcité et droits des femmes », *Arguments*, Vol 8, n° 2, printemps-été 2006, Les Presses de l'Université Laval, p. 55.

²⁴ Durant les années 1980, dans le langage courant des immigrants, les territoires de banlieue habités par ces derniers, immigrants de première et deuxième génération, parfois troisième, étaient appelés « la zone ».

constat s'impose : là où les structures sociales sont faibles ou absentes, pour des raisons de survie, les citoyens se marginalisent à la fois sur le plan social et sur le plan identitaire. Ceci a pour effet d'aliéner l'ensemble des personnes immigrantes, y compris celles qui parviennent à s'intégrer dans la société d'accueil et qui refusent le repli identitaire.

Comme le souligne Myrlande Pierre, « les inégalités socioéconomiques importantes entre les groupes ethniques ou culturels différents peuvent constituer un terreau fertile pour le racisme qui offre une justification idéologique facile de la *supériorité* des uns et de *l'infériorité* des autres²⁵ ».

Ainsi, nous constatons que les immigrants, et ce, particulièrement au Québec connaissent des difficultés évidentes d'intégration socioéconomique, un risque de marginalisation identitaire associé à l'exclusion liée à l'émergence du racisme. Ce constat nous oblige à penser l'élaboration des politiques publiques et le fonctionnement des institutions et à ne pas « [...] poser les questions uniquement en termes de relations interculturelles, multiculturelles ou civiques » car « le risque est grand de ne pas toucher les racines profondes du racisme, soit les inégalités socioéconomiques et l'aménagement de l'espace public tel qu'il existe actuellement »²⁶.

Autrement dit, une politique d'immigration doit également comprendre une politique d'intégration des immigrants et aller au-delà des critères économiques et normatifs généralement fixés. En effet, nous l'avons vu bien souvent, les nouveaux arrivants rencontrent les critères d'admissibilité, mais ne parviennent pas au marché de l'emploi. Nous croyons que l'action éducative et des mesures agissant sur les difficultés d'intégration que connaissent ces derniers pourraient améliorer cette situation à court et à plus long terme. Il faut également rappeler que les conditions de vie et le niveau d'intégration des nouveaux arrivants sont constitutifs de l'identité familiale mais aussi civique et sont, par conséquent, parties prenantes du sentiment d'appartenance des générations qui suivront.

²⁵ Myrlande Pierre, « Les enjeux de la lutte contre le racisme et les discriminations à l'épreuve des nouvelles pratiques sociales », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 17, n° 2, 2005, p.13.

²⁶ *Ibid.*

Conclusion

20

Le débat sur les accommodements raisonnables a pris une place prépondérante dans la société québécoise. Galvaudée, mal utilisée, transformée, cette expression juridique a perdu tout son sens. Et il semblerait que les québécois commencent à en avoir assez entendu parler.

Ce débat aura au moins eu le mérite de soulever des questions importantes sur lesquelles le gouvernement doit se pencher. En effet, ne s'agit-il pas, outre les propos radicaux et les tristes constats, de regarder de quelle façon le Québec de demain se construira? Ne s'agit-il pas de continuer à « vivre ensemble », québécois et citoyens de diverses origines?

Bien que l'ensemble des citoyens soit interpellé, la Fédération est d'avis que la balle est dans le camp du gouvernement . La FIQ, qui défend les travailleuses, mais qui se bat également sur le terrain des solidarités sociales, est convaincue que l'État a un rôle à jouer. Stigmatiser les étrangers et les personnes qui ont des croyances différentes ne permet pas d'apporter des réponses qui correspondent à la culture québécoise. Si des problèmes surgissent dans l'espace public, précisons les règles et les rôles de chacun. Si le Québec accueille des immigrants, il doit leur donner la possibilité de s'intégrer au Québec. Si nous constatons un taux de chômage supérieur à la moyenne quand on parle des immigrants, il faut comprendre pourquoi. Heureusement les expériences étrangères peuvent nous inspirer. Quand les mesures sociales et les structures locales sont absentes ou défailtantes pour permettre aux immigrants de vivre dans leur pays d'accueil, des problèmes surgissent. Quand la reconnaissance des diplômes, une maîtrise approximative de la langue nationale et le racisme constituent des obstacles pour accéder à l'emploi, il faut instaurer des mesures correctrices.

En bref, évitons le piège tendu par ceux qui ont besoin de bouc émissaire pour justifier les problèmes de notre société, ne regardons plus le problème par le mauvais bout de la lorgnette, et assumons le fait que les politiques sociales constituent des réponses solides et durables aux problèmes économiques et aux problèmes de société.

Recommandations

21

- Que les établissements de santé énoncent les lignes directrices quant à une approche respectueuse des demandes de nature religieuse et plus largement, de la diversité culturelle dans les établissements de santé, dans un contexte de neutralité de l'espace public, et qu'ils mettent en place un programme prévoyant, entre autres :
 - une formation sur la diversité et les droits fondamentaux destinés aux professionnelles ;
 - une structure d'accueil pour aider les personnes d'origines diverses à comprendre les mécanismes et les règlements de nos institutions;
 - la création d'un comité de réflexion et de décision, composé des différents acteurs concernés et de diverses confessions, permettant de prendre en charge les cas posant des problèmes éthiques;
 - l'élaboration d'un organigramme d'intervention soutenant les décisions des professionnelles en cas d'urgence;
 - la prise en considération, par la pastorale des établissements, des autres religions et la révision, le cas échéant, de son mandat.
- Que le gouvernement se penche, avec l'ensemble des acteurs sociaux concernés, de manière posée et réfléchie, sur une politique de la laïcité dans l'espace public qui tienne compte de la particularité et de la capacité d'évoluer des différents milieux, qui énonce des orientations à l'intention des gestionnaires des établissements publics et des employés de l'État.
- Que le gouvernement du Québec fasse évoluer sa politique d'immigration vers une politique d'intégration des immigrants et des immigrantes, notamment en emploi, qui tienne compte de l'ensemble des facteurs qui freinent ou empêchent cette intégration.