

La salle d'urgence comme lieu du droit : la liberté de religion dans le contexte pratique et clinique des soins critiques

par Bertrand LAVOIE*

L'objectif du présent article est d'exposer des réponses concrètes offertes par des soignants des services des urgences aux manifestations de la liberté de religion de patients placés en situation d'urgence, en défendant l'idée selon laquelle il existe une harmonisation pratique des valeurs religieuses dans une salle d'urgence. Ce type d'harmonisation suppose le respect de considérations concrètes telles que la présence de ressources temporelles et humaines pour répondre aux besoins religieux des patients, de même que le respect de certaines exigences matérielles, notamment l'espace disponible. Les soignants des urgences sont tenus de respecter des normes officielles, liées notamment au droit constitutionnel à la liberté de religion, mais également des normes dites pratiques, soit des normes tacites quotidiennes et attendues. Ce que met en lumière l'enquête menée par l'auteur tient à la présence d'une certaine forme de proximité entre des règles de droit – la normativité étatique liée au respect du droit à la liberté de religion – et des normes pratiques – la normativité informelle transposée dans les pratiques au jour le jour : se révèle ainsi le caractère complexe de ce lieu du droit qu'est une salle d'urgence. La démonstration de l'auteur repose sur une étude de deux années, de l'automne 2018 à l'automne 2020, période partagée entre la collecte des données et leur analyse. Quatre salles d'urgence ont été sélectionnées : trois à Montréal et une à Sherbrooke. Au total, 50 personnes ont participé à la recherche, soit 22 infirmières, 19 médecins et 9 intervenants; 45 entrevues semi-dirigées d'une durée moyenne de 40 minutes ont été réalisées, ainsi que 241 heures d'observations sur place, ce qui donne une moyenne de 80 heures d'observation au sein de trois des quatre salles d'urgence.

The purpose of this article is to present concrete responses given by emergency caregivers to manifestations of religious freedom by patients in emergency situations. We suggest that a pragmatic harmonization of religious values occurs in emergency rooms. For this harmonization to occur, practical matters such as time considerations and the availability of human resources and certain physical criteria such as sufficient space are adequately met to address the religious needs of patients. Emergency caregivers are required to comply with formal standards, such as the constitutional right to freedom of religion, but also with so-called standards of

* Professeur, Faculté de droit, Université de Sherbrooke.

practice, which are given everyday, non-explicit standards. This study shows that there is a kind of affinity between legal rules – state normativity associated with the respect of the right to freedom of religion – and norms of practice – informal normativity expressed through daily practice, a proximity which shows the complex character of the legal forum that are emergency rooms. This article is based on a two-year study, from Autumn 2018 to Autumn 2020; a period that was divided into data collection and analysis stages. Four emergency rooms were selected to participate in the study: three in Montreal and one in Sherbrooke. A total of 50 participants took part in the research, specifically 22 nurses, 19 physicians, and 9 caregivers. Forty-five semi-structured interviews lasting an average of 40 minutes were conducted, as well as 241 hours of on-site observation, with an average of 80 hours of observation in three of the four emergency rooms in our sample.

El objetivo de este artículo es presentar las respuestas concretas ofrecidas por el personal de los servicios de urgencias a las manifestaciones de libertad de religión por parte de los pacientes que se encuentran en situación de emergencia; se defiende así la idea de que existe una armonización práctica de los valores religiosos en una sala de urgencias. Este tipo de armonización supone el respeto de consideraciones concretas, como la presencia de recursos temporales y humanos para atender a las necesidades religiosas de los pacientes, así como el respeto de ciertas exigencias materiales, en particular el espacio disponible. Los trabajadores de la sala de urgencias están obligados a respetar las normas oficiales, relacionadas particularmente con el derecho constitucional a la libertad de religión, pero también las denominadas normas prácticas, es decir, las normas tácitas cotidianas y esperadas. Lo que pone de manifiesto el estudio realizado por el autor se debe a la presencia de una cierta forma de proximidad entre las normas de derecho —la normatividad estatal concerniente al respeto del derecho a la libertad de religión— y las normas prácticas —la normatividad informal aplicable a las prácticas cotidianas—. De esta manera se revela el carácter complejo del derecho aplicable a este ámbito que es una sala de urgencias. La exposición del autor se basa en un estudio de dos años, desde el otoño de 2018 hasta el otoño de 2020, un período compartido entre la recopilación y el análisis de datos. Se seleccionaron cuatro salas de urgencias: tres en Montreal y una en Sherbrooke. En la investigación participaron un total de 50 personas, a saber, 22 enfermeras, 19 médicos y 9 trabajadores; se realizaron 45 entrevistas semidirigidas con una duración promedio de 40 minutos, así como 241 horas de observación in situ, lo que equivale a un promedio de 80 horas de observación en tres de las cuatro salas de emergencia.

SOMMAIRE

Introduction	409
I. La salle d'urgence comme lieu du droit	414
II. Des réponses pratiques aux valeurs religieuses	421
Conclusion	429

Introduction

Une salle d'urgence est un lieu généralement situé dans un établissement de santé dont la mission est d'offrir, en tout temps et à chaque personne qui s'y présente, des soins de santé requis par sa condition. C'est un lieu où se produisent quotidiennement des centaines d'interactions entre des personnes ayant des valeurs, des croyances et des parcours de vie différents et dont les pratiques sont fortement normées. Au sein de plusieurs démocraties occidentales, les systèmes de santé doivent s'adapter de manière rapide à deux grandes transformations sociales significatives, soit le vieillissement et la diversification des populations. Étant le plus souvent la porte d'entrée d'un hôpital, la salle d'urgence est la première touchée par ces changements. Alors que le Québec compte 124 salles d'urgence recevant en moyenne 3,4 millions de visites annuellement, le nombre a augmenté de 30 % chez les personnes âgées de 75 ans et plus pendant la période allant de 2003-2004 à 2012-2013, alors qu'il a diminué chez les moins de 65 ans¹. Également, les urgences ont vu leur patientèle se diversifier de manière notable au cours du premier quart du XXI^e siècle, à l'image de la population canadienne et québécoise, variation davantage marquée dans les grandes villes. Les urgences constituent en ce sens des objets d'étude pertinents d'un point de vue de la recherche savante, en particulier celle qui s'intéresse aux réalités sociales du droit².

¹ COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE), *Apprendre des meilleurs : étude comparative des urgences du Québec*, Québec, CSBE, Gouvernement du Québec, 2016, p. VI et 5; Jean-Pierre MÉNARD, « Droits des usagers à la salle d'urgence », dans Mélanie BOURASSA FORCIER et Anne-Marie SAVARD (dir.), *Droit et politiques de la santé*, 2^e éd., Montréal, LexisNexis, 2018, p. 371, à la p. 371.

² Lorsqu'on parle publiquement des urgences, il est par ailleurs le plus souvent question du temps d'attente et des enjeux liés à l'achalandage. En 2019-2020, on passe en moyenne 15,2 heures aux urgences au Québec, alors que l'Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU) cible 8 heures. Des facteurs tels que le manque de prise en charge par la première ligne des patients vulnérables, une occupation prolongée des lits dans les hôpitaux retardant l'hospitalisation des patients en attente aux urgences de même que le degré variable de pertinence des visites expliquent en grande partie ces enjeux d'achalandage. Voir à ce sujet : CSBE, préc., note 1; Mary Lou KELLEY, Belinda PARKE, Nancy JOKINEN, Michael STONES et Donna RENAUD, « Senior-friendly Emergency Department Care: An Environmental Assessment », (2011) 16-1 *Journal of Health Services Research & Policy* 6-12. Également, on discute presque uniquement du temps d'attente lorsqu'il est question des urgences dans la sphère publique. À ce sujet,

En droit québécois, les soins d'urgence sont encadrés, entre autres, par des dispositions du *Code civil du Québec*, de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (ci-après « LSSSS »)³, des divers codes de déontologie professionnelle, et des droits et libertés reconnus dans la *Charte des droits et libertés de la personne*⁴. Parmi ces dispositions se trouve le droit à la liberté de religion des patients, reconnu à l'article 3 de la Charte québécoise, de même qu'au paragraphe 2 de l'article 3 de la LSSSS⁵. Au Québec, les débats publics concernant la réalité du pluralisme des valeurs, notamment dans le domaine religieux, ont été significatifs depuis le milieu des années 2000⁶. S'articulant autour de la notion d'accommodement

la salle d'attente (et le temps d'attente aux urgences) est un lieu en soi qui pourrait à lui seul constituer l'objet d'une étude, ce qui a été fait par ailleurs. Voir : Brittany ELLIS, Michael HARTWICK et Jeffrey J. PERRY, « Register to Donate while You Wait: Assessing Public Opinions of the Acceptability of Utilizing the Emergency Department Waiting Room for Organ and Tissue Donor Registration », (2019) 21-5 *Canadian Journal of Emergency Medicine* 622. Les urgences ont été également parmi les premiers lieux affectés par la pandémie de COVID-19 au Canada et ailleurs dans le monde. Voir à ce sujet : Nathalie GAUCHER, Evelyne D. TROTTIER, Anne-Josée CÔTÉ, Huma ALI, Bertrand LAVOIE, Claude-Julie BOURQUE et Samina ALI, « A Survey of Canadian Emergency Physicians' Experiences and Perspectives during the COVID-19 Pandemic », (2021) *Canadian Journal of Emergency Medicine* 467; Bertrand LAVOIE, Claude Julie BOURQUE, Véronique CASTONGUAY, Évelyne DOYON-TROTTIER, Maryse LAGACÉ, Érika FONTAINE-PAGÉ, Brett BURSTEIN, Samina ALI, Manasi RAJAGOPAL, Ran GOLDMAN, Graham THOMPSON, Anne-Josée CÔTÉ, Pierre DESAULNIERS, Simon BERTHELOT et Nathalie GAUCHER, « The Responsibility to Care: Lessons Learned from Emergency Department Workers' Perspectives during the First Wave of the COVID-19 Pandemic in Canada », *Canadian Journal of Emergency Medicine*, (à paraître).

³ L.R.Q., c. S-4.2.

⁴ L.R.Q., c. C-12 (ci-après « Charte québécoise »). L'article 3 de la Charte québécoise se lit ainsi : « 3. Toute personne est titulaire des libertés fondamentales telles la liberté de conscience, la liberté de religion, la liberté d'opinion, la liberté d'expression, la liberté de réunion pacifique et la liberté d'association ». Nous discuterons plus en détail des normes applicables dans la première partie de notre article.

⁵ Le paragraphe 2 de l'article 3 LSSSS se lit ainsi : « 2° le respect de l'utilisateur et la reconnaissance de ses droits et libertés doivent inspirer les gestes posés à son endroit ».

⁶ À la suite de l'arrêt *Multani c. Commission scolaire Marguerite-Bourgeoys*, [2006] 1 R.C.S. 256, on a assisté au Québec à la médiatisation de plusieurs cas

raisonnable, ces discussions ont culminé dans la présentation de quatre projets de loi à l'Assemblée nationale du Québec, dont deux ont été adoptés : ceux-ci portent sur la neutralité religieuse de l'État et la laïcité⁷. À ce titre, la gestion de tous les jours du droit à la liberté de religion dans les établissements publics se fonde sur ce que les philosophes appellent l'« éthique du dialogue », qui renvoie à la finalité délibérative de la discussion, de l'échange et de la compréhension mutuelle susceptibles de se

d'accommodement liés aux différences culturelles et religieuses, qui ont été jugés déraisonnables dans la population québécoise. Cet ensemble de controverse, mieux connu sous l'expression « crise des accommodements raisonnables », a pris une telle ampleur que le gouvernement du Québec a créé une commission publique sur le sujet. Gérard BOUCHARD et Charles TAYLOR, *Fonder l'avenir. Le temps de la conciliation, Rapport de la Commission de consultation sur les pratiques d'accommodement reliées aux différences culturelles*, Québec, Gouvernement du Québec, 2008, p. 87-91; sur le même sujet, on peut consulter : Jean-François GAUDREAU-DESBIENS et Bertrand LAVOIE, « Control, Instrumentalization, and Co-operation. The Relation between Law and Religion in Four National Contexts », dans Solange LEFEBVRE et Patrice BRODEUR (dir.), *Public Commissions on Cultural and Religious Diversity: Analysis, Reception, and Challenges*, Londres, Ashgate, 2017, p. 167.

⁷ Ce sont deux projets de loi qui portent sur les demandes d'accommodement et le port de signes religieux : *Loi établissant les balises encadrant les demandes d'accommodement dans l'Administration gouvernementale et dans certains établissements*, projet de loi n° 94 (présentation – 2011), 1^{re} sess., 39^e légis. (Qc); *Charte affirmant les valeurs de laïcité et de neutralité religieuse de l'État ainsi que d'égalité entre les femmes et les hommes et encadrant les demandes d'accommodement*, projet de loi n° 60 (présentation – 2013), 1^{re} sess., 40^e légis. (Qc). Les deux lois suivantes ont été adoptées : *Loi favorisant le respect de la neutralité religieuse de l'État et visant notamment à encadrer les demandes d'accommodements religieux dans certains organismes*, L.R.Q., c. R-26.2.01; *Loi sur la laïcité de l'État*, L.R.Q., c. L.-0.3. Au sujet du contexte juridique ayant mené à l'adoption de ces lois, on peut consulter notamment : Guillaume ROUSSEAU, *Loi sur la laïcité de l'État commentée et annotée : philosophie, genèse, interprétation et application*, Sherbrooke, Éditions R.D.U.S., 2020; Bertrand LAVOIE, « La tension sociojuridique entre laïcité et multiculturalisme. Un nouvel obstacle au bijuridisme comme point d'ancrage de la culture juridique québécoise », (2016) 57 (2-3) *Recherches sociographiques* 333; David KOUSSENS, « Le théâtre de la laïcité », dans Saaz TAHER et Daniela HEIMPEL (dir.), *Les défis du pluralisme*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2018, p. 115-124; Leila CELIS, Dia DABBY, Dominique LEYDET et Vincent ROMANI, *Modération ou extrémisme ? Regards critiques sur la loi 21*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2020.

dégager d'une rencontre entre des parties prenantes⁸. Cependant, cette éthique suppose la présence de ressources temporelles suffisantes afin que se tiennent des discussions fructueuses pouvant mener à des compromis et à des arrangements. Or, que se passe-t-il quand ces ressources sont limitées? Comment en arrive-t-on à bien harmoniser des valeurs religieuses au quotidien, si l'on veut poursuivre une finalité de protection des droits et libertés, dans un service public où le temps est compté et où la vitesse d'exécution des tâches est garante de la sécurité des patients?

L'objectif de notre article est en ce sens de présenter des réponses concrètes offertes par des soignants des urgences aux manifestations de la liberté de religion de patients placés en situation d'urgence. Nous désirons ainsi contribuer à l'avancement des connaissances en matière de gestion juridique et clinique de certaines valeurs constitutionnelles dans le domaine des soins d'urgence en défendant l'idée selon laquelle il existe une harmonisation pratique des valeurs religieuses dans une salle d'urgence. Ce type d'harmonisation des valeurs suppose le respect de considérations concrètes, telles que la présence de ressources temporelles et humaines afin de répondre aux besoins religieux des patients, de même que le respect de certaines exigences matérielles, notamment l'espace disponible⁹. La

⁸ Voir, notamment, à ce sujet : Jocelyn MACLURE, « Convictions de conscience, responsabilité individuelle et équité : l'obligation d'accommodement est-elle équitable? », dans Paul EID, Pierre BOSSET, Micheline MILOT et Sébastien LEBEL-GRENIER (dir.), *Appartenances religieuses, appartenance citoyenne. Un équilibre en tension*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2009, p. 327; Peter LEUPRECHT, « Le dialogue interculturel, indispensable dans une société pluriculturelle. Regards croisés Canada/Québec-Europe », *Symposium international sur l'interculturalisme* (25 mai 2011); Yves ST-ARNAUD, « Les balises du dialogue », dans Yves ST-ARNAUD (dir.), *Vivre sans savoir. Invitation au dialogue entre croyants et non-croyants*, Montréal, Fides, 2012, p. 83; Daniel WEINSTOCK, « Building Trust in Divided Societies », (1999) 7-3 *The Journal of Political Philosophy* 287.

⁹ Le propos défendu ici ne vise d'aucune façon à minimiser la réalité de la discrimination au sein des établissements de santé. Le dépôt des rapports de la Commission de vérité et réconciliation du Canada (2015), ainsi que celui de la Commission Viens (2019) au Québec ont interpellé tous les acteurs de l'administration publique, en particulier les établissements de santé, pour une meilleure adaptation aux réalités culturelles autochtones. Survenu le 28 septembre 2020, le décès tragique de Joyce Echaquan, Atikamekw, a révélé de manière

démonstration de cette idée repose sur une étude de deux années, menée de l'automne 2018 à l'automne 2020, période partagée entre la collecte de données et l'analyse. Nous avons retenu quatre salles d'urgence : trois à Montréal et une à Sherbrooke. Recevant en moyenne 75 000 visites chacune annuellement, ces quatre salles offrent des soins liés aux grandes spécialités de la médecine d'urgence, soit la cardiologie, la traumatologie, la pédiatrie et la psychiatrie. Au total, 50 personnes ont participé à la recherche, soit 22 infirmières, 19 médecins et 9 intervenants; 45 entrevues semi-dirigées d'une durée moyenne de 40 minutes ont été réalisées, ainsi que 241 heures d'observation sur place, ce qui donne une moyenne de 80 heures d'observation dans trois des quatre salles d'urgence¹⁰. Par un accès privilégié à l'ensemble des espaces des salles d'urgence étudiées, les heures d'observation ont été réalisées au moyen de 32 jumelages ethnographiques¹¹, d'une durée moyenne de 8 heures chacun, réunissant

criante le racisme systémique qui sévit toujours dans le système de santé envers les personnes autochtones. La version définitive du rapport de la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics : écoute, réconciliation et progrès avait relevé la présence de nombreux problèmes à plusieurs niveaux quant à la qualité des soins et à leur accès pour les Autochtones, de même que la nature des interventions en santé et services sociaux : COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES RELATIONS ENTRE LES AUTOCHTONES ET CERTAINS SERVICES PUBLICS (CERP), *Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics : écoute, réconciliation et progrès*, Québec, CERP, 2019, p. 389-432. Rappelons que Joyce Echaquan est décédée à l'hôpital de Joliette alors que des membres du personnel (infirmières et préposés) ont tenu des propos dégradants et racistes à son égard : RADIO-CANADA, « Une femme autochtone meurt à l'hôpital de Joliette dans des circonstance troubles », *Radio-Canada*, 28 septembre 2020, en ligne : <<https://ici.radio-canada.ca/espaces-autochtones/1737180/femme-atikamekw-hopital-joliette-video-facebook>>.

¹⁰ Les observations ethnographiques n'ont pas été réalisées dans une des quatre salles d'urgence participantes, étant donné la proximité entre la période allouée à la collecte des données et l'augmentation des cas liés à la pandémie de COVID-19. Cependant, les entrevues semi-dirigées se sont tout de même tenues avec des soignants de cette salle d'urgence, en visioconférence.

¹¹ L'ethnographie est une méthode de collecte de données accordant priorité à la contextualisation, par l'entremise d'observations menées en situation authentique (le plus souvent dans des lieux physiques, mais on voit de plus en plus d'ethnographies menées en ligne). L'ethnographie favorise la construction progressive d'un savoir qui se révèle au chercheur dans la rencontre

29 participants (17 infirmières et 12 médecins). Dans la première partie de notre texte, nous aborderons la salle d'urgence comme lieu du droit; dans la seconde, nous discuterons des résultats de l'enquête en menant une réflexion qui impliquera des considérations liées à l'internormativité.

I. La salle d'urgence comme lieu du droit

Plusieurs règles de droit sont présentes dans une salle d'urgence, que l'on pense notamment à la responsabilité médicale¹², au consentement aux soins¹³ ou encore à la confidentialité¹⁴. Bien que ces règles soient impor-

interpersonnelle plutôt que par la mise à l'épreuve d'hypothèses définies à l'avance, en mariant volontairement narration, description et conceptualisation théorique. Voir à ce sujet : Nicolas BELORGEY, « De l'hôpital à l'État : le regard ethnographique au chevet de l'action publique », (2012) 2-2 *Gouvernement et action publique* 9; Martin HAMMERSLEY et Paul ATKINSON, *Ethnography. Principles in Practice*, New York, Routledge, 2019; Jonas BENS et Larissa VETTERS, « Ethnographic Legal Studies: Reconnecting Anthropological and Sociological Traditions », (2018) 50-3 *The Journal of Legal Pluralism and Unofficial Law* 239; Sandra BRUNNEGGER (dir.), *Everyday Justice: Law, Ethnography, Injustice*, Cambridge University Press, 2019; Martyn HAMMERSLEY, « What is Ethnography? Can it Survive? Should it? », (2018) 13-1 *Ethnography and Education* 1.

¹² Au sujet des droits des usagers à recevoir des soins d'urgence, on peut consulter, notamment, J.-P. MÉNARD, préc., note 1, aux p. 376 et 377.

¹³ Au sujet du consentement aux soins d'un usager en situation d'urgence, on peut consulter : J.-P. MÉNARD, préc., note 1, aux p. 388-390; au sujet de l'autorisation de soins en général, en particulier les situations de refus de soins, voir : Isabelle COURNOYER, « L'autorisation de soins », dans Mélanie BOURASSA FORCIER et Anne-Marie SAVARD (dir.), *Droit et politiques de la santé*, 2^e éd., Montréal, LexisNexis, 2018, p. 801, aux p. 802 et 824; concernant les notions de gardes préventives, provisoires et en établissement, on peut lire : Emmanuelle BERNHEIM, « Gardes préventive, provisoire et en établissement », dans Mélanie BOURASSA FORCIER et Anne-Marie SAVARD (dir.), préc., note 12, à la p. 861.

¹⁴ L'obligation de préserver la confidentialité du dossier détenu par un établissement est prévue par l'article 19 LSSS : « 19. Le dossier d'un usager est confidentiel et nul ne peut y avoir accès, si ce n'est avec le consentement de l'utilisateur ou de la personne pouvant donner un consentement en son nom ». Il existe toutefois plusieurs exceptions à cette obligation, voir à ce sujet : Mélanie CHAMPAGNE, Éric-Alain LAVILLE-PARKER et Olivia TOUSSAINT-MARTIN, « Le dossier du patient en établissement et les renseignements de santé », dans Mélanie BOURASSA FORCIER et Anne-Marie SAVARD (dir.), préc., note 13, p. 161.

tantes dans la prestation de soins d'urgence, il sera question plutôt ici de celles qui sont relatives au droit à la liberté de religion et au droit à l'égalité. En droit québécois, les valeurs religieuses sont protégées par des dispositions relativement à la liberté de conscience et de religion, prévues dans l'article 3 de la Charte québécoise et l'article 2 a) de la *Charte canadienne des droits et libertés*¹⁵. Selon la jurisprudence constitutionnelle, la liberté de religion signifie le droit de croire ou de ne pas croire ce que l'on veut en matière religieuse, y compris par ailleurs le droit de professer sa religion ou de la manifester, par l'entremise en particulier de vêtements, de pratiques ou de rituels¹⁶. À cet égard, on distingue généralement deux sens, ou deux dimensions, de la liberté de religion en droit québécois. Il y a une dimension *positive*, qui renvoie à un droit de croire : le droit d'avoir une ou plusieurs « convictions de conscience¹⁷ »; cela permet de comprendre ce

¹⁵ Partie 1 de la *Loi constitutionnelle de 1982* [annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada*], 1982, c. 11 (R.-U.) (ci-après « Charte canadienne »); l'article 2 a) se lit ainsi : « Chacun a les libertés fondamentales suivantes : a. la liberté de conscience et de religion ». Dans l'arrêt *Eldridge c. Colombie-Britannique (Procureur général)*, [1997] 3 R.C.S. 624, la Cour suprême du Canada avait reconnu que la Charte canadienne s'appliquait à l'établissement de santé étant donné que celui-ci mettait en œuvre « une politique gouvernementale » (par. 52). Cependant, l'application de la Charte canadienne dans le contexte hospitalier n'est pas aussi évidente que l'application de la Charte québécoise, alors que cette dernière vise les matières de compétence législative du Québec (art. 55), dont la santé.

¹⁶ Le concept de liberté de religion a été interprété très tôt dans l'arrêt *R. c. Big M. Drug Mart Ltd.*, [1985] 1 R.C.S. 295, de manière large et libérale. Voir, à ce sujet, notamment : Lori BEAMAN, « Defining Religion: The Promise and the Peril of Legal Interpretation », dans Richard MOON (dir.), *Law and Religious Pluralism in Canada*, Vancouver, UBC Press, 2008, p. 192; Richard MOON, « Government Support for Religious Practice », dans Richard MOON (dir.), préc., note 16, p. 217; David KOUSSENS, « La religion saisie par le droit. Comment l'État laïque définit-il la religion au Québec et en France? », (2011) 52-3 *Recherches sociographiques* 811; Bertrand LAVOIE, « Liberté de religion et égalité », dans *La fonctionnaire et le hijab. Liberté de religion et laïcité dans les institutions publiques québécoises*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2018, p. 57; Stéphane BERNATCHEZ, « Les enjeux juridiques du débat québécois sur les accommodements raisonnables », (2007) 38 *R.D.U.S.* 234.

¹⁷ Ainsi, les convictions de conscience donnent un sens à la vie, elles engagent l'identité morale et l'ensemble des valeurs auquel les personnes s'identifient le plus, permettant alors à celles-ci de s'orienter moralement au quotidien : Jocelyn MACLURE, « Convictions de conscience, responsabilité individuelle et équité :

qui anime moralement le « for intérieur » des personnes. Cette dimension est par ailleurs fortement protégée en droit québécois par l'inexistence de limitation quant à ce que les personnes peuvent penser ou croire¹⁸. Également, cette dimension positive renvoie au droit de *faire*, c'est-à-dire le droit de mettre en pratique les croyances dans le respect du droit des tiers. La liberté de religion comporte aussi une dimension *négative*, c'est-à-dire un droit à ne pas être contraint de manière injustifiée par l'État ou la volonté d'autrui¹⁹. Dès lors, toute intervention qui limite injustement la liberté de religion se trouve à enfreindre ce droit constitutionnel et peut ainsi être sanctionnée²⁰.

Les valeurs religieuses sont également protégées par le droit à l'égalité. En droit québécois, celle-ci peut signifier, entre autres choses, la garantie d'obtenir le même respect, la même déférence et la même considération, indépendamment des différents motifs prévus par les chartes,

l'obligation d'accommodement est-elle équitable? », dans Paul EID, Pierre BOSSET, Micheline MILOT et Sébastien LEBEL-GRENIER (dir.), *Appartenances religieuses, appartenance citoyenne. Un équilibre en tension*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2009, p. 327.

¹⁸ Concernant la présence d'une hiérarchie normative entre les droits constitutionnels, on peut consulter, notamment, Louis-Philippe LAMPRON et Eugénie BROUILLET, « Le principe de non-hiérarchie entre droits et libertés fondamentaux : l'inaccessible étoile? », (2011) 41 *Revue générale de droit* 93. Toutefois, mentionnons que c'est la *croyance religieuse* qui ne connaît pas de limite interne, et non l'*objet de la croyance*, tel que l'a précisé la Cour suprême dans l'arrêt *Ktunaxa Nation c. Colombie-Britannique (Forests, Lands and Nature Ressource Operations)*, [2017] 2 R.C.S. 386.

¹⁹ C'est dans l'arrêt *R. c. Big M. Drug Mart Ltd.*, préc., note 16, que la Cour suprême a déclaré inconstitutionnel l'ensemble de la *Loi sur le dimanche* parce qu'elle poursuivait un objet religieux chrétien en prescrivant l'obligation morale à tous les Canadiens de respecter un jour de congé le dimanche.

²⁰ Afin d'établir le caractère justifié et raisonnable d'une atteinte à un droit constitutionnel, il convient de démontrer le caractère réel et urgent de l'objectif visé par l'intervention en question, d'une part, et d'établir le caractère raisonnable de l'atteinte, au moyen d'une argumentation fondée sur la rationalité, l'efficacité et la proportionnalité, d'autre part. Voir à ce sujet : *R. c. Oakes*, [1986] 1 R.C.S. 103. En vertu de l'article 52 de la Charte québécoise et du paragraphe 52(1) de la Charte canadienne, aucun acte ni pratique ne peut enfreindre les dispositions concernant les droits fondamentaux des chartes, à défaut de quoi ces actes ou pratiques peuvent être déclarés inapplicables.

spécialement le motif de la religion. Au Québec, le droit à l'égalité est prévu dans l'article 10 de la Charte québécoise et l'article 15 de la Charte canadienne²¹. L'application du *droit* à l'égalité doit tenir compte de facteurs contextuels qui respectent les *valeurs* fondamentales d'égalité, lesquelles renvoient au respect, à l'estime de soi et à la dignité humaine²². La garantie constitutionnelle que requiert l'égalité conduit à prendre en considération ce que l'on nomme la « conduite discriminatoire », soit la réalité – ou l'effet – de la discrimination que vise le droit à l'égalité, et non l'attitude ou le mobile derrière la conduite²³. La distinction entre égalité formelle – un traitement identique garanti par la loi – et égalité réelle – un traitement différencié garanti par la loi – est donc au cœur du droit à l'égalité au Québec. En s'éloignant d'une conception formelle de l'égalité, la

²¹ L'article 10 alinéa 1 de la Charte québécoise se lit ainsi : « 10. Toute personne a droit à la reconnaissance et à l'exercice, en pleine égalité, des droits et libertés de la personne, sans distinction, exclusion ou préférence fondée sur la race, la couleur, le sexe, l'identité ou l'expression de genre, la grossesse, l'orientation ethnique ou nationale, la condition sociale, le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap. » L'article 15 (1) de la Charte canadienne se lit ainsi : « 15 (1). La loi ne fait acception de personne et s'applique également à tous, et tous ont droit à la même protection et au même bénéfice de la loi, indépendamment de toute discrimination, notamment des discriminations fondées sur la race, l'origine nationale ou ethnique, la couleur, la religion, le sexe, l'âge ou les déficiences mentales ou physiques ». Soulignons que la Charte québécoise ne fait pas de l'égalité un droit fondamental. Contrairement à la Charte canadienne, elle ne protège pas le droit à l'égalité en soi, mais plutôt comme une modalité des droits et libertés. Ce droit n'est protégé que dans l'exercice des autres droits et libertés garantis par la Charte québécoise. Le droit à l'absence de discrimination ne peut donc pas à lui seul fonder un recours, et doit nécessairement être rattaché à un autre droit : *Commission scolaire St-Jean-sur-Richelieu c. Commission des droits de la personne du Québec*, [1994] R.J.Q. 1227 (C.A.). Ajoutons également que la législation en matière de droit de la personne en vertu de la Charte québécoise est assujettie à l'obligation de conformité aux normes constitutionnelles, dont celles qui sont énoncées dans la Charte canadienne. La Charte québécoise s'interprète donc à la lumière de la Charte canadienne et des autres lois canadiennes en matière de droit de la personne : Henri BRUN, Pierre BRUN et Fannie LAFONTAINE, *Chartes des droits de la personne. Législation. Jurisprudence. Doctrine*, 33^e éd., Montréal, Wilson & Lafleur, 2020; *Québec (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse) c. Montréal (Ville)*, [2000] 1 R.C.S. 665.

²² *Law c. Canada (Ministre de l'Emploi et de l'Immigration)*, [1999] 1 R.C.S. 497.

²³ *Québec (Procureur général) c. A.*, [2013] 1 R.C.S. 61.

jurisprudence constitutionnelle invite à considérer que le droit à l'égalité « ne garantit pas le droit à un traitement identique. Il garantit plutôt à chacun le droit d'être protégé contre toute discrimination²⁴ ». L'égalité réelle nécessite de s'intéresser ainsi aux facteurs contextuels, à la réalité sociale des personnes et des groupes, et ce, en explorant « la situation véritable du groupe et [...] le risque que la mesure contestée aggrave la situation²⁵ ».

Dans le contexte des soins d'urgence, nous avons choisi d'analyser la manière dont des soignants des urgences en viennent, au quotidien, à répondre aux exigences juridiques liées aux valeurs religieuses. Pour y arriver, le recours à une perspective sociojuridique s'avère pertinent par l'analyse du contexte réel desdites exigences. Le qualificatif « socio-juridique » peut signifier une approche interdisciplinaire entre le droit et les sciences sociales²⁶. Une des prétentions de la perspective sociojuridique

²⁴ *Withler c. Canada (Procureur général)*, [2011] 1 R.C.S. 396, par. 31.

²⁵ *Id.*, par. 37.

²⁶ L'approche élaborée par Brian Z. Tamanaha, qui est qualifiée d'approche sociojuridique mariant des acquis de la théorie du droit et des études sociologiques, apparaît éclairante en ce qui nous concerne ici. Voir : Brian Z. TAMANAHA, *Realistic Socio-Legal Theory*, Oxford, Oxford University Press, 1997; Brian Z. TAMANAHA, *A General Jurisprudence of Law and Society*, Oxford, Oxford University Press, 2001; Brian Z. TAMANAHA, « A Socio-legal Methodology for the Internal/External Distinction: Jurisprudential Implications », (2006) 75 *Fordham Law Review* 1255. Les études sociojuridiques s'intéressent à la fois aux normes officielles et aux normes non officielles, plus particulièrement à la distance pouvant être observée entre celles-ci, en montrant un intérêt marqué pour l'existence de différents systèmes de normes parfois concurrents dans le même contexte sociétal : Jean-Guy BELLEY, « Le pluralisme juridique comme orthodoxie de la science du droit », (2011) 26-257 *Revue Canadienne Droit et Société* 257; Mireille DELMAS-MARTY, *Le pluralisme ordonné et les interactions entre ensembles juridiques*, 2006, en ligne : <https://ieim.uqam.ca/IMG/pdf/article_Dalloz.pdf>; Roderick A. MACDONALD, « L'hypothèse du pluralisme dans les sociétés démocratiques avancées », (2003) 33 *R.D.U.S.* 135; ces études se penchent en outre sur la convergence de normes distinctes : Emmanuelle BERNHEIM, « Le "pluralisme normatif" : un nouveau paradigme pour appréhender les mutations sociales et juridiques? », (2011) 67-2 *Revue interdisciplinaire d'études juridiques* 1; Pierre BOSSET et Paul EID, « Droit et religion : de l'accommodement raisonnable à un dialogue internormatif? », dans *Actes de la XIIIe Conférence des juristes de l'État*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2006, p. 63; Guy ROCHER, *Études de sociologie du droit et de l'éthique*, Montréal,

repose sur l'idée selon laquelle les normes officielles ne sont pas les seules qui gouvernent les gestes, les paroles et les décisions à l'échelle individuelle. Il existe également, d'après cette perspective, des normes « non officielles » au fondement des pratiques journalistiques, par exemple des normes sociales, culturelles ou religieuses²⁷. Les études sociojuridiques peuvent représenter des approches critiques à l'égard des analyses plus classiques en droit, souvent regroupées sous l'expression « positivisme juridique », qui refusent de dissocier le terme « droit » du droit de l'État. Ces analyses tiennent difficilement compte des réalités sociales du droit, du contexte réel et concret dans lequel les normes sont comprises, mobilisées et mises en œuvre, ce à quoi proposent de pallier les études sociojuridiques. Toutefois, mentionnons que ces dernières ne prétendent pas à la supériorité épistémologique – cet aspect ayant de l'importance sur le plan savant – des normes non officielles au détriment des normes officielles, ce qui est parfois le cas des études sociologiques²⁸. Pour notre part, nous nous intéressons ici

Éditions Thémis, 1996; voir relativement à la perception des normes officielles par des personnes étant liées à des normes non officielles : Hélène BELLEAU et Pascale CORNUT ST-PIERRE, « Pour que droit et familles fassent bon ménage : étude sur la conscience du droit en matière conjugale », (2012) 25-1 *Nouvelles Pratiques sociales* 62; David M. ENGEL, « How Does Law Matter in the Constitution of Legal Consciousness? », dans Austin SARAT et Bryan G. GARTH (dir.), *How Does Law Matter?*, Evanston, Northwestern University Press, 1998, p. 109; Patricia EWICK et Susan S. SILBEY, « Conformity, Contestation, and Resistance: An Account of Legal Consciousness », (1992) 26 *New England Law Review* 731.

²⁷ Les normes formelles le sont en ce sens qu'elles sont habituellement écrites et adoptées suivant des processus arbitrés et reconnus par des autorités habilitées par l'administration gouvernementale (par exemple, un conseil d'administration d'un établissement de santé). Parmi les normes formelles (ou officielles), on trouve bien sûr des règles de droit, mais également des politiques internes ou même des protocoles médicaux. Voir à ce sujet : Julia ECKERT, « From Subjects to Citizens: Legalism from Below and the Homogenisation of the Legal Sphere », (2006) 28-53-54 *The Journal of Legal Pluralism and Unofficial Law* 45. Pour leur part, les normes non officielles sont habituellement comprises comme des normes sociales, par exemple des coutumes ou des obligations religieuses : Dieter GRIMM, « Conflicts between General Laws and Religious Norms », (2009) 30-6 *Cardozo Law Review* 2369.

²⁸ Voir à ce sujet : Pierre GUIBENTIF, *Foucault, Luhmann, Habermas, Bourdieu. Une génération repense le droit*, vol. 53, coll. « Droit et société », Paris, LGDJ, 2010.

à l'étude du quotidien des urgences, et nous examinerons, de manière simultanée et concomitante, les deux types de normes, soit officielles et non officielles²⁹.

Des études sociojuridiques ont été réalisées dans plusieurs sphères d'activités³⁰, par exemple des établissements carcéraux³¹, le système judiciaire³² ou encore des établissements de santé³³. L'analyse sociojuridique d'une sphère d'activité permet de s'intéresser aux normes en tenant compte, entre autres, des dimensions spatiales et temporelles des lieux à l'étude. Dans son ouvrage intitulé *Chronotopes of Law. Jurisdiction, Scale and Governance*, Mariana Valverde discute de la salle d'audience, où la dimension temporelle rencontre la dimension spatiale : lorsque le juge entre dans la salle d'audience, c'est alors à *ce moment précis* que l'audience débute, alors que les normes entrent en scène par la présence *réelle et*

²⁹ Voir à ce sujet : Roger COTTERRELL, « The Concept of Legal Culture », dans Roger COTTERRELL (dir.), *Law, Culture and Society. Legal Ideas in the Mirror of Social Theory*, Farnham, Ashgate, 2006, p. 81-96; Denis J. GALLIGAN, *Law in Modern Society*, Oxford, Oxford University Press, 2010, p. 7.

³⁰ Selon D.J. GALLIGAN, préc., note 29, p. 103, une sphère d'activité peut être décrite comme un domaine d'activités dans lequel les participants partagent une compréhension et une convention sur l'activité, et qui influence et guide la façon dont ils s'y engagent.

³¹ Voir, notamment, à ce sujet : Maximo SOZZO, « Incarceration. How to Understand Imprisonments Trends », dans Mariana VALVERDE, Kamari CLARKE, Eve Darian SMITH et Prabha KOTISWARAN (dir.), *The Routledge Handbook of Law and Society*, Londres, Routledge, 2021, p. 158; David GARLAND, « Penalty and the Penal State », (2013) 51-3 *Criminology* 475; Philip GOODMAN, Josha PAGE et Michelle PHELPS, *Breaking the Pendulum: The Long Struggle over Criminal Justice*, Oxford, Oxford University Press, 2017.

³² À ce sujet, on peut consulter en particulier : Bruno LATOUR, *La fabrique du droit. Une ethnographie du Conseil d'État*, Paris, La Découverte, 2004.

³³ Concernant les enjeux liés aux valeurs religieuses, on peut consulter : Vincente FORTIER et François VIALLA, *La religion dans les établissements de santé*, Bordeaux, Les Études hospitalières, 2013. Pour ce qui est des enjeux plus généraux de justice dans le domaine de la santé, on peut consulter notamment : Norman DANIELS, « Justice, Health, and Healthcare », (2001) 1-2 *The American Journal of Bioethics* 2; Paul ATKINSON, « The Ethnography of a Medical Setting: Reading, Writing, and Rhetoric », (1992) 2-4 *Qualitative Health Research* 451.

concrète du juge³⁴. Dans le même esprit, lorsque l’infirmière ou le médecin d’urgence arrive au chevet du patient, c’est alors à ce moment précis que commence la séance de consultation et où les normes entrent en scène dans la relation soignante.

II. Des réponses pratiques aux valeurs religieuses

La collecte et l’analyse des données recueillies dans notre enquête nous ont conduit à considérer de manière plus significative deux aspects liés aux valeurs religieuses, soit des rituels et des interdits. Par « rituels », nous entendons des gestes, des paroles ou des pratiques qui s’inscrivent dans une volonté consciente de respecter certaines obligations religieuses³⁵, par exemple des prières, des rites funéraires ou des habitudes de consommation. Par « interdits », nous faisons référence à l’ensemble des obligations religieuses liées en particulier à des fêtes religieuses ou à des jours de congé religieux, qui incitent des croyants à s’abstenir d’accomplir des gestes habituels. Ces deux aspects liés aux valeurs religieuses se présentent de manière fréquente au sein des urgences sélectionnées. Spécifions toutefois que ces situations sont présentes certes, mais sans être omniprésentes. En effet, selon une infirmière ayant participé à notre enquête, des rituels liés aux prières restent possibles dans une salle de réanimation, pour autant que l’espace le permette :

J’ai vu des situations où il y a eu des rituels religieux. Par exemple, dans la salle de réanimation, un moment donné, il y avait un enfant qui n’allait pas très bien, le parent s’est mis dans le coin de la salle,

³⁴ Mariana VALVERDE, *Chronotopes of Law. Jurisdiction, Scale and Governance*, New York, Routledge, 2015, p. 16.

³⁵ Au Québec et au Canada, les obligations religieuses sont reconnues en droit positif lorsqu’elles impactent l’exercice des droits des personnes, où les tribunaux ont parfois consenti à « valider juridiquement » une obligation religieuse (*Braker c. Marcovitz*, [2007] 3 R.C.S. 607) en la considérant lorsqu’il a été question d’encadrer l’horaire de travail dans une entreprise privée afin de tenir compte du respect du jour de congé religieux (*Commission ontarienne des droits de la personne c. Simpsons-Sears*, [1985] 2 R.C.S. 536) ou encore afin de statuer sur l’autorisation ou l’interdiction de porter des signes ou des vêtements religieux dans certains établissements publics (*Grant c. Canada (Procureur général)*, [1995] 1 C.F. 158).

en retrait, et [...] s'est mis à prier. Ça n'a posé problème. Je me dis que si l'enfant ne va pas bien, et que le parent, ce qui lui fait du bien c'est de prier, bien moi, ça me va.

Des rituels liés au décès de patients engendrent des situations complexes dans certains cas, où les équipes soignantes doivent composer avec les valeurs religieuses des familles, tout en répondant à des exigences très concrètes liées à rapport la poursuite d'activités quotidiennes au sein de l'établissement public, comme le rapporte cet intervenant en soins spirituels :

Sa mère aurait souhaité qu'il ne soit pas amené à la morgue, que le corps soit laissé là pendant un certain temps. Je suis intervenu, j'ai vu que la personne était musulmane, et là on a parlé un peu. Au début, la mère m'a dit qu'elle n'était pas pratiquante. Mais, finalement, elle a commencé à parler en se demandant pourquoi Allah était venu chercher son fils. Et là, elle a demandé qu'on lui donne un drap. [Alors] on lui a donné un drap. Elle a déchiré le drap pour en faire de longues languettes, pour attacher les deux pieds de son fils ensemble, pour attacher les deux mains de son fils ensemble, et pour fermer sa bouche en faisant aussi un nœud au niveau de la tête. Clairement, elle procédait elle-même à un rituel funéraire. Donc, nous, on l'a accommodée en lui donnant les ciseaux et le drap, qui n'était pas fait pour cela. Ça n'a pas posé problème du tout pour l'équipe.

[Il y a eu un] cas avec une famille hindoue, pour qui le corps devait être incinéré par l'aîné de la famille, qui, habituellement, [...] allume le bûcher funéraire. La famille voulait incinérer le corps sur place. Évidemment, les règles ne permettent pas cela. L'équipe soignante a tout de même réussi à trouver un accommodement pour cette famille : on a organisé un déplacement au crématorium, là où on brûle les corps. Et c'est l'aîné qui a appuyé sur le bouton qui a fait avancer le corps dans les flammes. Ça, c'est une demande où l'on a accommodé dans la mesure de ce que l'on peut faire.

Ces deux exemples démontrent bien le degré élevé d'inventivité et d'efforts dont les équipes soignantes peuvent faire preuve afin de respecter

les valeurs religieuses des patients, soit en consentant à une utilisation non courante de bien publics (des ciseaux et des draps d'hôpitaux utilisés afin de procéder à un rituel funéraire musulman) ou en effectuant des démarches importantes malgré la charge de travail déjà imposante (organiser le déplacement d'un corps qui sera incinéré). Dans le même esprit, une infirmière-cheffe responsable des équipes professionnelles de son urgence nous a fait part des adaptations de son équipe pour respecter les obligations religieuses liées à la nourriture chez un patient juif :

Une plainte a été récemment déposée par un patient au sujet des diètes religieuses, adressée à notre département d'urgence. Nous, on utilise un logiciel pour tout ce qui est de la gestion des patients à l'urgence. On fait des liens avec la cuisine. On n'a pas de menu casher, mais on a des aliments cashers. Depuis la plainte, on a corrigé le tout dans notre système informatique pour pouvoir le sélectionner. On essaie d'évoluer, de progresser en fonction de la clientèle.

Cet exemple illustre bien l'importance qui est accordée à la nourriture casher, même dans un service comme l'urgence, où l'achalandage, l'arrivée inattendue de patients instables et le stress ponctuent le quotidien des soignants³⁶.

³⁶

Travailler au quotidien dans une salle d'urgence requiert à la fois des compétences professionnelles et personnelles importantes, afin d'être en mesure de s'adapter constamment. C'est un lieu de soins critiques exigeant. Voir à ce sujet : Nerida CRESWICK, Johanna WESTBROOK et Jeffrey BRAITHWAITE, « Understanding Communication Networks in the Emergency Department », (2009) 9-247 *BMC Health Services Research* 1; Daniel MILHOMME, Johanne GAGNON et Kathleen LECHASSEUR, « Processus de surveillance clinique en soins critiques. Être vigilante dans un contexte d'instabilité », (2018) 15-5 *Perspective infirmière* 40. Selon une étude publiée en 2012 et réalisée auprès de 261 infirmières de 12 départements d'urgence au Manitoba, 36 % d'entre elles pensaient sérieusement quitter leur travail, étant donné la fatigue et l'épuisement : Jo-Ann V. SAWATZKY et Carol L. ENNS, « Exploring the Key Predictors of Retention in Emergency Nurses », (2012) 20-5 *Journal of Nursing Management* 696. Les conditions de travail se dégradent souvent en contexte pandémique. Voir à ce sujet : Holly SEALE, Julie LEASK, Kieren PO et Raina MACINTYRE, « "Will They just Pack up and Leave?" – Attitudes and Intended Behaviour of Hospital Health Care Workers during an Influenza Pandemic », (2009) 9-30 *BMC Health Services Research* 1.

Nous avons étudié plus longuement deux types d'interdits dans notre enquête : ceux-ci étaient liés à la pratique du ramadan (interdiction de manger et de boire durant la journée pendant plusieurs jours) et au respect du sabbat juif (interdiction d'accomplir plusieurs gestes du vendredi soir au samedi soir). Concernant le premier cas, un médecin nous a confié adapter sa pratique à l'occasion de la période du ramadan, où plusieurs patients musulmans se présentent aux urgences :

Pour ce qui est de la communauté musulmane, lorsque le ramadan commence, on le sait. Soudainement, il y a plusieurs personnes qui viennent avec des faiblesses spécifiques. [Elles] sont faibles. Pour [les] plus pratiquants, ça prend une dispense médicale pour ne pas faire le ramadan, le jeûne. Plusieurs vont dire : « Bon aujourd'hui, je n'ai pas fait le jeûne, et je vais reprendre cette journée-là plus tard. » Mais il y a plusieurs patients qui viennent parce qu'ils veulent avoir une dispense écrite de cela. Donc, je prescris de manger. Ils me le demandent, je dis : « Oui, je peux vous faire cela, pas de problème. »

Reproduisant un acte médical réglementé, soit l'utilisation de son carnet de prescription normalement utilisé pour prescrire des médicaments, ce médecin qui s'en sert pour simplement « prescrire de manger » s'inscrit alors dans un rapport plus pragmatique aux valeurs religieuses. Selon plusieurs participants à notre étude, la pratique qui consiste en la prescription de nourriture se révèle fréquente. Elle est même parfois demandée par les patients eux-mêmes, ceux-ci utilisant la prescription – un acte médico-légal perçu comme important et pouvant même concurrencer une obligation religieuse – afin de justifier auprès des membres de la communauté religieuse leur consommation de nourriture.

Une autre situation où la présence d'obligations religieuses contribue à complexifier la pratique des soins d'urgence est liée au respect du sabbat chez des patients ou des parents de patients, qui sont juifs hassidiques³⁷. D'après un médecin qui a pris part à notre enquête, ces situations fréquentes apportent leur lot de difficultés :

³⁷

Parmi les obligations religieuses liées au sabbat, notons la réduction des activités extérieures, et tout ce qui est considéré comme du « travail », notamment signer

Pas signer les affaires et partir avec le coucher du soleil, alors que leur enfant ne va pas bien, à un moment donné, là. C'est une perte de temps et d'énergie, quand ça fait dix fois qu'il faut que tu retournes. Ton enfant fait une crise d'asthme, il a besoin d'oxygène, tu ne peux pas avoir ton congé! J'ai plein d'autres affaires à régler, arrête de m'appeler et de me demander et de négocier. Ça draine beaucoup notre énergie. Il y a des choses qui sont négociables, je peux donner un antibiotique, et tu reviendras plus tard. Mais, des fois on ne peut pas. Ton enfant a besoin d'oxygène! Moi, j'appelle la DPJ³⁸ si tu t'en vas avec ton enfant.

Ce cas montre bien les limites que les soignants posent aux enjeux d'accommodement de valeurs religieuses, qui s'articulent autour du bien-être du patient, d'autant plus dans le cas de patients mineurs. Plusieurs participants précisent les arrangements complexes élaborés afin de répondre aux interdits survenant le vendredi soir ou le samedi dans la journée, que ce soit l'impossibilité de téléphoner, de signer un consentement aux soins ou même de présenter la carte d'assurance maladie. Cependant, des équipes soignantes en arrivent tout de même à s'organiser de manière efficace, en faisant preuve de créativité et d'inventivité, notamment par la mise en place d'un système d'obtention et de consignation du consentement aux soins à l'arrivée aux urgences, à l'image d'un « pluralisme normatif appliqué³⁹ ». En témoigne l'extrait suivant tiré de notre carnet de notes :

ou prendre des documents ou encore accomplir des gestes qui permettent d'activer certaines choses (par exemple, un ascenseur ou une porte coulissante), compte tenu des interprétations personnelles. On peut consulter à ce sujet : Pierre ANCTIL et Ira ROBINSON, *Les Juifs hassidiques de Montréal*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2019.

³⁸ La *Loi sur la protection de la jeunesse*, L.R.Q., c. P-34.1, prévoit l'organisation de plusieurs directions de protection de la jeunesse (DPJ) situées sur le territoire québécois.

³⁹ On distingue le « pluralisme juridique », qui concerne différents ordres juridiques pouvant exister dans la même société, et le « pluralisme normatif », qui renvoie à la rencontre de normes différentes. Voir à ce sujet : Guy ROCHER, « Les « phénomènes d'internormativité » : faits et obstacles », dans Jean-Guy BELLEY (dir.), *Le droit soluble : contributions québécoises à l'étude de l'internormativité*, Paris, LGDJ, 1996, p.25; Bertrand LAVOIE, « Avoir conscience de l'internormativité : contribution à l'étude de la conscience du droit en contexte pluraliste », (2019) 64-3 *R.D. McGill* 415.

J'accompagne l'infirmière au triage un vendredi soir. Adjacente aux salles de triage est présente la section dédiée à l'inscription des patients, où travaille une agente administrative. Entre deux patients, l'infirmière en profite pour discuter avec elle de divers sujets, notamment de son intérêt pour les enjeux liés au pluralisme des valeurs. À ce moment, une autre agente administrative, travaillant avec elle dans la section observation de son urgence, se joint alors à nous. Puisque nous sommes un vendredi soir, les deux agentes administratives ont d'emblée abordé les situations liées aux Juifs hassidiques. « Parfois, ils ne veulent pas signer les documents lors de l'inscription », avance une des deux agentes. Avec sa collègue, elle nous explique l'existence d'un fonctionnement informel au sein de l'équipe d'agents administratifs de l'urgence afin d'obtenir le consentement aux soins habituellement demandé lors de l'inscription⁴⁰. Advenant le cas où le patient refuse de signer le formulaire de consentement, certains agents proposent au patient d'appeler le rabbin afin de lui demander une autorisation de signer le formulaire. Si cela n'est pas possible, ou encore si l'autorisation n'est pas obtenue, l'agent administratif appelle le coordonnateur de l'hôpital afin d'obtenir le consentement verbal, accompagné d'une infirmière du triage. Ensemble, le coordonnateur et l'infirmière lisent le consentement au patient, et l'agent administratif inscrit sur le formulaire de consentement « fête juive », ainsi que le nom de ses collègues, et l'heure à laquelle le consentement verbal a été obtenu⁴¹.

⁴⁰ Une des agentes administratives nous a fourni un exemplaire d'un formulaire de consentement (aux fins de notre enquête) utilisé notamment lorsqu'il y a un suivi de dossier par un médecin référent. Sur le formulaire, on lit la phrase suivante : « J'autorise les professionnels de cet établissement à faire les examens et les traitements nécessaires. » Dans ce cas, il convient de préciser que le formulaire de consentement ne constitue pas un consentement en tant que tel. C'est le processus de consentement, fondé sur des explications clairement fournies, qui constitue le consentement en soi. Le formulaire est simplement une confirmation écrite de ce processus. Les modalités d'obtention du consentement diffèrent toutefois en situation d'urgence. À ce sujet, on peut consulter : J.-P. MÉNARD, préc., note 1, à la p. 389.

⁴¹ Ce fonctionnement informel a été confirmé par la suite par d'autres agents administratifs d'urgence; il est même enseigné aux nouveaux agents administratifs à l'occasion de leurs premières soirées aux urgences.

Les cas présentés ci-dessus montrent que ces situations, bien qu'elles soient connues des équipes, ne sont pas officiellement comptabilisées ni formellement encadrées par des politiques internes ou des documents d'orientation destinés aux soignants. Une infirmière-cheffe nous a donné d'autres exemples :

On a beaucoup de demandes qui sont gérées sur le moment par l'équipe, pas rapportées. Mais, il y a des accommodements qu'on peut faire, d'autres qu'on ne peut pas faire. Un cas qui a été refusé par exemple, un patient qui a voulu installer un tapis de prière dans le corridor de l'urgence. Pour des raisons de sécurité, autant pour le patient que pour le personnel, qui doit passer en situation d'urgence, on ne peut pas le faire, ça pourrait peut-être être accepté aux étages. Cependant, pour nous, dans notre réalité physique de l'emplacement de l'environnement de l'urgence, on ne peut pas barrer aucun corridor pour des raisons comme cela. Aussi, on ne peut pas rien faire brûler, sinon les gicleurs vont partir et on ne veut pas inonder l'urgence.

Comme le rapporte cette participante, ce sont surtout des considérations pratiques qui cadrent la réception et la gestion des situations où se manifestent les valeurs religieuses des patients. Cela témoigne de la présence d'une harmonisation pratique des différences, où existe une disposition a priori somme toute favorable à l'accueil des différentes valeurs religieuses, malgré une complexification inhérente à la diversification croissante de la patientèle. Ces témoignages s'inscrivent dans une réflexion liée au croisement de normes officielles (les droits constitutionnels en rapport avec les valeurs religieuses) et ce que l'on peut nommer des « normes non officielles de fonctionnement pratique », ainsi que l'illustre le système officieux de consignation du consentement avec des patients juifs hassidiques.

Ces normes non officielles de fonctionnement pratique correspondent à ce que Jean-Pierre Olivier de Sardan propose d'appeler des « normes pratiques⁴² ». C'est là un concept qui permet de comprendre, pour

⁴²

Jean-Pierre Olivier DE SARDAN, « Practical Norms. Informal Regulations within Public Bureaucracies (in Africa and beyond) », dans Tom DE HERDT et Jean-

citer Sardan, « les différentes normes informelles, de fait, tacites ou latentes qui sous-tendent les pratiques des acteurs, qui s'écartent des normes officielles ou des normes sociales⁴³ ». Des normes pratiques, selon cet auteur, ne représentent pas nécessairement des expressions d'écart ou de déviance par rapport aux normes officielles. Elles correspondent plutôt à des normes se situant à l'ombre des normes officielles, tout en poursuivant parfois le même but ou la même finalité normative. Le concept de normes pratiques permet au chercheur de réfléchir aux normes au travers des actions et des paroles des personnes qui les font vivre. D'après cette perspective, des soignants des urgences sont des « porteurs de normes », officielles (liées notamment au droit constitutionnel à la liberté de religion) ou encore pratiques (des normes tacites quotidiennes et attendues). L'aspect qui peut être mis en lumière par leurs témoignages tient à la présence d'une certaine forme de proximité entre des normes officielles – la normativité étatique liée au respect du droit à la liberté de religion – et des normes pratiques – la normativité informelle transposée dans les pratiques au jour le jour, ce qui laisse entrevoir une symétrie normative.

Sardan estime que l'on peut distinguer quatre types de normes pratiques :

- 1) des *normes pratiques adaptatives*, soit des normes proches des normes officielles explicites, qui servent à répondre à des impératifs pratiques liés au contexte organisationnel;
- 2) des *normes pratiques quasi tolérées*, c'est-à-dire des normes qui défient ouvertement les règles officielles, tout en poursuivant les mêmes finalités normatives, le même esprit, ce qui peut néanmoins entraîner des sanctions;
- 3) des *normes pratiques transgressives*, celles-ci étant des normes pratiques qui dérivent ouvertement des normes

Pierre Olivier DE SARDAN (dir.), *Real Governance and Practical Norms in Sub-Saharan Africa. The Game of the Rules*, Londres, Routledge, 2015, p. 19, à la p. 26.

⁴³ *Id.*, p. 27; les normes pratiques sont dans l'« entre-deux », entre des normes officielles et des normes sociales. Pour une conceptualisation de l'« entre-deux », on peut consulter notamment : Mikkel BILLE, Peter BJERREGAARD et Tim Flohr SØRENSEN, « Staging Atmospheres: Materiality, Culture, and the Texture of the In-between », (2015) 15 *Emotion, Space and Society* 31.

officielles en s'opposant à leurs finalités et en provoquant des sanctions;

- 4) des *normes pratiques palliatives*, soit des normes pratiques déviant des normes officielles en ayant pour but de « sauver l'esprit » de ces dernières⁴⁴.

L'établissement d'un processus informel d'obtention et de consignation du consentement verbal pour satisfaire aux obligations religieuses des patients juifs hassidiques semble correspondre à la présence de *normes pratiques adaptatives*, en ce sens que l'obtention d'un consentement verbal est prévue par la loi. Le caractère innovant des normes pratiques tient à la richesse stratégique d'un système informel afin de respecter les différentes normes en présence, liées notamment au droit à la liberté de religion. On pourrait aussi argumenter qu'il est question de *normes pratiques palliatives*, car cette situation révèle l'absence de politique interne, par laquelle l'établissement répondrait à ce type de situation, qui semble récurrente et pourtant bien connue, selon les participants à notre étude.

Conclusion

La salle d'urgence peut être considérée comme un lieu du droit en ce sens qu'elle est révélatrice de pratiques journalières innovantes, créatives et complexes, ce qui rend ainsi vivantes les normes existantes. Le recours à des méthodes empiriques en droit, telles que celles utilisées dans la présente enquête, nous permet d'envisager l'étude des lieux du droit au travers du rapport complexe entre des normes officielles et des normes pratiques, en reconnaissant le caractère indéterminé de celui-ci. Seule l'enquête *in situ* permet par ailleurs de découvrir les contours détaillés de ce rapport contextualisé entre le formel et l'informel. Les normes pratiques sont ainsi révélées dans une logique de processus, c'est-à-dire que leurs propriétés formelles se forment au sein de l'action *en train de se faire*. Ainsi, un lieu du droit comme une salle d'urgence dévoile des normes indexées au contexte dans lequel elles sont produites, c'est-à-dire qu'elles n'existent que dans le contexte particulier (un contexte pratique constitué d'aspects

⁴⁴

J.-P.O. DE SARDAN, préc., note 42, à la p. 48.

matériels et de relations interpersonnelles évolutives), ce qui les distingue par là des normes officielles. L'étude des lieux du droit ouvre la voie à des sentiers de la recherche fort prometteurs et stimulants en étant sensible à la créativité ordinaire, banale et quasi secrète liée aux normes, mais qui gouverne pourtant au quotidien les organisations les plus formelles.