

Dossier n° 46-290

Décision cassée par la Cour supérieure le 18 novembre 1999 (500-05-043563-988), juge Irving Halperin

Syndicat canadien de la fonction publique (section locale 2948)

c.

Hôpital chinois de Montréal

Sont présents :

M^{me} Nicole René, présidente
M^{me} Nunzia Iavarone, membre
M. Fernand Daoust, membre

formant quorum.

Le 19 juin 1998

M^e Bruno Meloche représente l'employeur.
M^e Jacques Lamoureux représente le syndicat.

Décision

Le 22 octobre 1997, le Syndicat canadien de la fonction publique (section locale 2948) portait plainte auprès de l'Office de la langue française contre l'Hôpital chinois de Montréal, en vertu de l'article 46 de la *Charte de la langue française*, concernant les exigences linguistiques imposées par l'employeur comme condition d'accès aux postes d'*infirmière ou d'infirmier chef d'équipe* (postes 346, 347 et 348). En l'occurrence, les avis de concours n'indiquaient pas la nature exacte de l'exigence linguistique, mais en réponse à une demande syndicale faite le 24 octobre, l'employeur indiquait comme suit la teneur de cette exigence, dans une lettre adressée à M^{me} Chantal Decelles, présidente du syndicat, en date du 27 octobre : « L'exigence pour les postes d'infirmières numéros 346 et 348 est de parler couramment le « toïsonnais » ou le cantonnais. L'affichage numéro 347 est annulé ». Le 28 octobre, le Syndicat demandait à l'Office d'entendre cette affaire de manière prioritaire, et il justifiait sa demande dans les termes suivants :

« En vous soumettant cette requête, nous voulons éviter que le climat de travail ne s'envenime davantage et que les travailleurs et travailleuses syndiqués ne subissent aucun préjudice en raison des exigences faites par la direction de l'Hôpital. »

L'audience dans cette affaire a commencé le 16 février 1998 et s'est poursuivie le 26 février 1998.

On informe les membres de l'Office qu'un grief (réclamation syndicale) a été déposé devant un arbitre concernant le non-respect par l'employeur d'une entente conclue en 1994, qui avait précisément pour objet de délimiter les exigences linguistiques acceptables. Il est entendu que la question soumise à l'arbitre n'est pas la même et que sa décision n'aura pas pour effet de trancher le litige soumis à l'Office. L'Office considère que son rôle n'est pas d'appliquer cette entente ou celle qui l'avait précédée, ce qui appartient à l'arbitre comme interprète de la convention collective; cependant, étant donné que les ententes intervenues dans le passé traitaient de questions connexes de celles qui sont aujourd'hui à

débattre, et qui devront être tranchées par l'Office, cela paraît justifier que leur contenu soit examiné pour mieux comprendre les enjeux du présent litige. Les deux textes, celui du 19 novembre 1987 et celui du 25 mars 1994, ont donc été déposés formellement, sous réserve des objections de l'avocat de la partie patronale concernant leur valeur comme élément de preuve.

Le premier témoin de l'employeur est **M. Pierre Lalonde**, directeur général de l'Hôpital chinois de Montréal, confirmé dans ses fonctions par le Conseil d'administration en mai 1995 après une période intérimaire de quatorze mois. Auparavant, pendant plus de six ans, il avait exercé les fonctions de directeur des finances et du personnel. Il affirme que le rôle de l'établissement est de prodiguer des soins de longue durée à une clientèle essentiellement chinoise ou originaire du Sud-Est asiatique. L'Hôpital a été fondé en 1918, par Mère Marie du Saint-Esprit, au moment de l'épidémie d'influenza; fermé l'année suivante, il fut rouvert en 1920 sur l'initiative de la communauté chinoise dans un immeuble de la rue de la Gauchetière, où il a poursuivi ses activités jusqu'en 1963 sous la direction des Sœurs de l'Immaculée-Conception; fermé pour vétusté, il a été relocalisé rue Saint-Denis, où il se trouve depuis 1965. Par la suite, le ministère de la Santé et des Services sociaux lui a confié une vocation de soins prolongés, et sa capacité a été augmentée en 1979 de 65 lits à 108 lits, partagés depuis cette date entre 64 lits d'hôpital de soins prolongés et 44 lits de centre d'accueil. Concernant l'historique et la vocation de l'hôpital, l'employeur dépose une brochure produite en 1990, à l'occasion de la dernière campagne de financement. Il en ressort qu'il s'agit d'un établissement public, et qu'un nouvel immeuble est actuellement en construction ; il sera situé à l'intérieur même du quartier chinois, les travaux ayant débuté effectivement en juillet 1997.

Le Conseil d'administration est composé de seize personnes, dont douze membres d'origine chinoise, un membre d'origine sino-vietnamienne et un membre d'origine vietnamienne. La Fondation de l'Hôpital chinois a été créée en 1972; elle a un représentant au sein du Conseil d'administration, et elle est « presque exclusivement animée par des membres de la communauté chinoise ». L'Hôpital est reconnu par l'Office de la langue française, au sens de l'article 29.1 de la *Charte de la langue française*, comme fournissant ses services à des personnes en majorité d'une langue autre que le français et bénéficie à cet égard d'un régime particulier prévu par la loi, qui lui permet d'avoir une dénomination bilingue, d'utiliser le français et une autre langue dans l'affichage administratif (avec prédominance du français), et de rédiger les communications internes dans une autre langue. Sont admises à l'hôpital les personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle; les patients sont sélectionnés par la Régie régionale de la santé et sont, « à moins de demande spéciale », tous d'origine asiatique depuis une vingtaine d'années. Il y a aussi une clinique externe, dont la clientèle est aussi d'origine chinoise ou asiatique et se présente seulement sur rendez-vous.

Les deux postes faisant l'objet du litige visant des fonctions exercées au deuxième étage de l'hôpital, c'est-à-dire dans la partie de l'établissement consacrée aux soins prolongés gériatriques (64 lits), on dépose devant les membres de l'Office un croquis très détaillé représentant la disposition des chambres, avec l'indication de la langue parlée par les personnes occupant chacun des lits dans chacune des chambres, en date de septembre 1997. Divers professionnels ainsi que le service d'admission ont été consultés pour confectionner cette liste et déterminer la langue maternelle des patients. Ces patients de la catégorie « soins prolongés » ont droit, selon les normes en vigueur, à une visite médicale par semaine, sauf urgence. Ils requièrent plus de soins que les patients de la catégorie « centre d'accueil » hébergés à l'étage supérieur, qui reçoivent une visite médicale mensuelle. Il n'y a pas de médecin qui exerce à temps complet à l'hôpital.

Quant au profil des occupants du centre d'hébergement, au deuxième étage, l'examen du tableau déposé par l'employeur (pièce P-12) permet de constater par exemple qu'en 1987 il n'y avait que 11 % des patients qui étaient nés au Québec, et 89 % outre-mer ; au 1^{er} mars 1997, 4 % étaient nés au Québec, 96 % étaient nés outre-mer. Ainsi, à cette date, 43 patients sur 64, au deuxième étage, étaient nés en Chine, 14 étaient originaires du Vietnam, dont un certain nombre parlent aussi une langue chinoise; les autres étaient nés ailleurs qu'en Chine ou au Vietnam. Toutefois, même pour les Chinois,

qu'ils soient nés en Chine ou ailleurs, cette origine commune recouvre en fait une certaine diversité linguistique, comme la pièce P-12 l'indique clairement : les patients d'origine chinoise appartiennent en réalité à plusieurs groupes linguistiques et parlent le « toïsonnais » (23), le cantonais (14), le mandarin (2), le « chew chow » (8), et le hakka (3). Enfin, 22 patients parlent plus d'une langue, mais le document déposé par l'employeur ne précise pas lesquelles. En 1997, 73 % des bénéficiaires étaient des femmes. L'organisation des soins tient compte de la culture des patients, des traditions chinoises notamment, et on souligne les fêtes traditionnelles. Le régime alimentaire est également adapté, ainsi que les pratiques religieuses. On ne connaît pas d'autre établissement du même genre destiné à la communauté chinoise dans la région montréalaise, ni au Québec. Cet établissement, dit M. Lalonde, a véritablement une vocation culturelle particulière pour cette communauté.

Les deux postes en litige ont été affichés à la suite d'une modification dans l'organisation du travail du quart de jour, en raison du départ à la retraite ou de la réaffectation de quatre personnes en poste au deuxième étage, trois d'entre elles ayant décidé d'accepter les offres faites par le gouvernement (début juillet 1997) dans le cadre du programme de départs volontaires, et une quatrième étant réaffectée dans un autre service. Parmi les quatre personnes, deux parlaient couramment le cantonais ou le « toïsonnais », et deux avaient réussi le test imposé par l'employeur (ces deux personnes occupaient conjointement un poste de sept jours par semaine, en alternance sur une base de quatorze jours, soit quatre jours la première semaine, et trois la semaine suivante). À ces départs se sont ajoutés les effets des coupures budgétaires annoncées par la Régie régionale, qui imposaient la réduction des heures de travail des infirmières du deuxième étage. Les visites médicales n'ayant pas lieu pendant la fin de semaine, on a donc décidé de compter à l'avenir sur la présence d'une seule infirmière le samedi et le dimanche, et d'épargner ainsi l'équivalent de deux jours par semaine.

Ce contexte budgétaire explique pourquoi les personnes devant combler les deux postes en litige n'étaient pas à proprement parler destinées à remplacer les infirmières ayant pris leur retraite.

L'exigence linguistique imposée par l'employeur se justifie, aux dires de M. Lalonde, par le fait que les personnes qui parlent le cantonais comprennent le « toïsonnais », et vice versa, de telle sorte qu'on répondrait de cette façon à plus de 60 % aux exigences définies par le profil linguistique des usagers. Toutefois, M^e Lamoureux, au nom de la partie syndicale, s'est inscrit en faux contre cette assertion, aucune preuve ne venant l'étayer. De plus, M. Lalonde n'a pas pu préciser combien de patients sont tout à fait incapables de s'exprimer dans quelque langue que ce soit. Il admet que 22 patients parlent « plus d'une langue », mais ne peut dire quelles sont ces langues. En réponse à une autre question, il confirme que de 1992 à 1997, le nombre de patients s'exprimant en cantonais a diminué de 11 % (7 % pour le « toïsonnais »).

Au nom du syndicat, M^e Lamoureux dépose une lettre que M. Lalonde, alors directeur du personnel, avait adressée à un fonctionnaire de l'Office le 13 janvier 1983, concernant les exigences linguistiques imposées à cette époque pour le poste de physiothérapeute. Cette lettre comportait la mention suivante : « notre conseil d'administration a jugé qu'il est essentiel qu'au moins un employé du service puisse parler le chinois afin que les instructions soient comprises par les bénéficiaires pour leur être utiles. » La partie syndicale vise ainsi à faire ressortir le fait que l'employeur a aujourd'hui des exigences accrues, soit deux infirmières qui parlent couramment la langue chinoise. Malgré les objections de l'avocat de la partie patronale, qui craignait d'étendre le débat de manière excessive, l'Office a tout de même décidé d'accepter le dépôt de ce document, et d'une autre lettre adressée à l'Office par M. Lalonde en 1986 et qui comportait un énoncé similaire. L'Office a estimé que le contenu de ces deux lettres, quoique éclairant quant au contexte, ne peut être retenu en preuve quant au litige dont il est saisi, puisqu'elles traitaient d'autres postes et d'autres services dans l'établissement. Il ne peut certainement pas se prononcer *a posteriori*, et n'entend pas le faire, sur la validité des décisions patronales prises il y a plusieurs années.

Le second témoin de l'employeur est **M^{me} Murielle Rodrigue**, infirmière à la retraite, qui occupait, jusqu'au 24 octobre 1997, le poste de directrice des soins à l'Hôpital chinois de Montréal. À ce titre, elle était responsable de la qualité des soins infirmiers dispensés par l'établissement. Pour le quart de jour, l'ensemble des services au deuxième étage sont placés sous la responsabilité d'une infirmière-chef, de qui relèvent deux infirmières chefs d'équipe responsables chacune de 32 patients. L'infirmière chef d'équipe, à son tour, dirige un groupe formé de deux infirmières auxiliaires et de quatre préposés aux bénéficiaires. M^{me} Rodrigue affirme que l'âge moyen des patients, au moment de leur admission, est de 80 ans. Leur âge moyen au décès est de 86 ans. Les patients sont en lourde perte d'autonomie, et une cinquantaine d'entre eux ont des troubles cognitifs (perte de mémoire, errance, mutisme...). M^{me} Rodrigue affirme que cela exige que l'on communique avec eux autant que possible dans leur langue maternelle, qui est la langue qu'ils conservent le plus longtemps lorsque leurs facultés sont atteintes. Cela permettrait notamment des activités d'éveil auprès des patients. La communication peut aussi revêtir un aspect thérapeutique : ainsi, un ou deux mois avant le décès, quand on doit administrer des médicaments dans le cadre des soins palliatifs, il faut évaluer l'état du patient pour déterminer la dose de morphine, par exemple. Certains médicaments ne peuvent être administrés que par l'infirmière, selon les règles en vigueur. Le médecin n'est pas sur place et s'en remet souvent à l'appréciation de l'infirmière qui communique avec lui par téléphone, tant pour la médication d'ailleurs que pour le diagnostic.

Enfin, l'infirmière doit communiquer avec la famille, autant que possible dans la langue de celle-ci, par exemple concernant le régime alimentaire du patient, quand il faut demander aux proches de s'abstenir d'apporter de la nourriture de l'extérieur, ou pour ce qui a trait aux décisions touchant les soins palliatifs. En effet, beaucoup de proches des patients ne parlent ni le français ni l'anglais. Bref, M^{me} Rodrigue affirme que l'infirmière chef d'équipe est la première responsable des soins. Elle estime que cette chef d'équipe consacre de dix à quinze minutes par jour à chacun des patients, du moins pour les soins de routine, pour lesquels, en règle générale, elle est accompagnée d'un autre membre de l'équipe. Donc, si on tient compte du nombre des patients, la moitié du temps de l'infirmière chef d'équipe serait consacré aux contacts avec les patients. Selon les normes en vigueur, et en tenant compte de toutes les catégories de personnel, chaque patient peut recevoir en moyenne entre deux heures et demie et trois heures de soins par jour.

M^{me} Judy Jong témoigne ensuite à la demande de la partie syndicale. Elle occupe les fonctions d'infirmière auxiliaire au deuxième étage, depuis 15 ans. Elle parle l'anglais et le français. Pour ce qui est de l'organisation des équipes soignantes, elle confirme essentiellement les témoignages déjà entendus, et donne certains renseignements complémentaires concernant la rotation des équipes. Elle décrit les traitements qu'elle prodigue aux patients à compter du début de sa journée de travail normale : hygiène, repas, etc. Ce sont les infirmières auxiliaires qui s'en chargent, accompagnées à l'occasion de l'infirmière chef d'équipe. Elle décrit le rôle de cette dernière comme celui d'une guide, qui vérifie les soins et leurs résultats, qui administre la médication au début de la journée, et participe aux visites médicales environ trois fois par semaine. Chaque médecin suit un certain nombre de patients dont les noms sont inscrits sur une liste dressée par l'infirmière chef d'équipe, où figurent des indications sur l'état des patients.

Quoique M^{me} Jong ne parle ni le cantonais ni le « toïsonnais » (quelques mots, dit-elle), elle affirme n'avoir jamais eu de problèmes de communication avec les patients, « parce qu'il y a toujours quelqu'un pour traduire ou assister ». En ce qui a trait aux urgences, elle affirme que c'est la responsabilité du médecin de décider si un patient sera transféré dans un autre établissement, comme l'hôpital Jean-Talon ou le Royal Victoria. Elle explique l'état de la situation concernant l'aptitude des patients à communiquer : à l'aide d'une liste qu'elle a confectionnée à cette fin (pièce P-17), elle affirme que 19 patients ne parlent pas du tout, et que 14 d'entre eux parlent « peu » ou « très peu ». De plus, on cite le cas d'une personne en particulier, hospitalisée depuis au moins douze ans, avec qui on communique par l'entremise d'une sorte de tableau, élaboré par le service d'ergothérapie, et comportant environ 180 pictogrammes chinois que l'on montre du doigt pour se faire comprendre.

En réponse à une question, elle décrit de façon détaillée les plages horaires qu'elle consacre aux patients au cours d'une journée normale, d'où il ressort qu'elle passe environ quatre heures par jour avec les patients, parfois seule, parfois accompagnée d'un préposé. Elle affirme que pendant le quart de jour, et même au sein de son équipe, il y a toujours quelqu'un qui parle « cantonais », mais elle ne donne pas de réponse précise à la question sur la langue « toïsonnaise ». Elle identifie sur une liste (pièce P-15) le nom de sept personnes qui parlent cantonais au sein du personnel du quart de jour : infirmières (2), infirmière auxiliaire, préposés (4, dont l'un est aussi préposé aux cuisines).

M. Maurice Boisvert, conseiller syndical, a témoigné en dernier lieu. Il a donné certaines indications concernant la durée des conventions collectives et la durée de validité de l'entente de 1994.

L'avocat de l'employeur, M^e Bruno Meloche, a fait remarquer aux membres de l'Office que cet établissement hospitalier doit assumer une vocation particulière, et que l'Office lui a justement accordé la reconnaissance prévue par l'article 29.1 de la Charte de la langue française pour les organismes qui sont au service d'une population en majorité d'une autre langue que le français. La communication avec les patients en langue chinoise est essentielle pour assumer cette mission. Avec les départs de trois infirmières, et la réaffectation d'une quatrième à un poste de remplacement, il faut aujourd'hui assurer les services aux patients en ne comptant que sur trois postes au lieu de quatre. Pour maintenir la qualité de services telle qu'elle était avant ces départs, l'employeur a jugé essentiel d'imposer aux candidats à ces deux postes d'infirmières chefs d'équipe de « parler couramment » le cantonais ou le « toïsonnaise ». S'appuyant sur le témoignage de M^{me} Rodrigue, M^e Meloche insiste sur l'état de santé fragile des patients, sur leurs problèmes cognitifs, leur perte d'autonomie; l'infirmière chef d'équipe est la plaque tournante entre le domaine médical et l'administration des soins. Quant au témoignage de M^{me} Jong, l'employeur cherche à en atténuer la portée; étant infirmière auxiliaire, elle doit faire appel à l'infirmière en cas d'urgence ou dès qu'une situation anormale se présente; c'est aussi l'infirmière qui doit assurer la stabilisation ou l'orientation et le délai d'intervention est très bref; enfin, elle est responsable de la situation diagnostique et de la distribution des médicaments.

Sur le plan juridique, l'employeur a invoqué les dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, dont l'article 5 énonce que « toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée », et dont l'article 171 fait état des obligations imposées aux conseils d'administration en ce qui a trait aux priorités à établir, qui doivent tenir compte des « particularités géographiques, linguistiques, socio-culturelles et socio-économiques des usagers... » Il fait état du Préambule de la Charte de la langue française, qu'il faut lire en conjonction avec son article 29.1, et il cite notamment le Code de déontologie des infirmières et infirmiers, dont l'article 3.01.04 énonce que :

« Le professionnel en soins infirmiers doit chercher à établir une relation de confiance mutuelle entre lui-même et son client. À cette fin, il doit notamment :

s'abstenir d'exercer sa profession d'une façon impersonnelle; et
respecter l'échelle de valeurs et les convictions personnelles de son client. »

Ces règles découlent de la définition même de la profession, prévue par l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers:

« Constitue l'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier tout acte qui a pour objet d'identifier les besoins de santé des personnes, de contribuer aux méthodes de diagnostic, de prodiguer et contrôler les soins infirmiers que requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le traitement et la réadaptation, ainsi que le fait de prodiguer des soins selon une ordonnance médicale. »

À ces principes s'ajoutent les garanties fondamentales prévues par la Charte des droits et libertés de la personne, dont l'article 43 énonce que « les personnes appartenant à des minorités ethniques ont le droit de maintenir et de faire progresser leur propre vie culturelle avec les autres membres de leur groupe ». Divers instruments internationaux et recommandations de l'Organisation des Nations Unies prévoient des dispositions touchant à la protection des personnes âgées qui vivent en institution, dont la qualité de vie doit être préservée et dont la dignité doit être respectée. À ce propos, M^e Meloche a cité un extrait de la décision du Tribunal des droits de la personne rendue dans l'affaire Brzowski (1994 R.J.Q. p. 1462 à 1470), qui fait état de ces principes et de leur intégration dans l'appareil normatif des services de santé au Québec. Il cite enfin plusieurs décisions rendues dans le passé par l'Office de la langue française dans le domaine de la santé et des services sociaux, pour conclure que l'exigence linguistique de l'employeur se situe dans le cadre des principes qu'elles définissent.

Pour sa part, M^e Jacques Lamoureux, au nom de la partie syndicale, soutient que la tâche principale de l'infirmière chef d'équipe n'est pas de s'occuper des patients; ce rôle revient plutôt à l'infirmière auxiliaire ou au médecin, et en cas d'urgence, les signes vitaux des malades importent plus que la langue qu'ils parlent. Ce n'est pas non plus le rôle de l'infirmière chef d'équipe de communiquer avec les familles, contrairement à ce qu'a affirmé M^{me} Rodrigue dans son témoignage; le vécu quotidien du service, tel qu'il est décrit par l'infirmière auxiliaire, M^{me} Judy Jong, est tout autre, et il permet de comprendre que les problèmes de communication que l'employeur prétend régler ou prévenir sont en fait inexistantes. De plus, alléguant les ententes intervenues avec l'employeur, M^e Lamoureux estime que ces ententes ont véritablement défini et délimité les exigences linguistiques nécessaires pour une communication efficace avec les patients, notamment en ce qui concerne les travailleurs sociaux, physiothérapeutes et ergothérapeutes, et il estime en outre que le profil linguistique des patients ne justifie pas une telle augmentation du degré de connaissance exigé par l'employeur.

Quant aux aspects juridiques, M^e Lamoureux souligne que ce qui est prévu par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, ce sont des droits au bénéfice des anglophones, et la loi ne confère pas spécifiquement d'autres droits linguistiques. L'article 46 de la *Charte de la langue française* impose un critère de nécessité, qui, selon la définition normale et habituelle de ce terme, ne correspond pas à la nature de la preuve établie par l'employeur dans la présente affaire. D'ailleurs, quant au degré de preuve qui permet de justifier une atteinte au droit à l'égalité des salariés, M^e Lamoureux invoque les deux décisions rendues par le Tribunal des droits de la personne en 1992 et en 1996 concernant la sexualisation des postes dans les établissements de soins prolongés (*Lyse Dufour c. Centre hospitalier Saint-Joseph-de-la-Malbaie*, 1992 R.J.Q. 825 à 852, et *Commission des droits de la personne du Québec c. Centre d'accueil Villa Plaisance*, 1996 R.J.Q. 511 à 535). Il soutient enfin qu'il n'y a aucune preuve que les patients se soient plaints de la qualité des soins, et qu'il n'y a pas eu d'évaluation réelle des besoins des résidents permettant de satisfaire au critère de proportionnalité défini par ces deux décisions.

L'Office a reconnu l'importance de la dimension linguistique, en matière de soins de santé, dans plusieurs décisions antérieures, décisions que l'employeur invoque évidemment à l'appui de sa position. Dans la grande majorité des cas concernant des établissements de santé et de services sociaux, l'Office a en effet reconnu la nécessité d'imposer la connaissance d'une autre langue comme condition d'accès à un poste. La plupart de ces décisions concernaient des services en langue anglaise, et elles sont même antérieures au 7 janvier 1987, date d'entrée en vigueur de la Loi 142 (L.Q. 1986, c. 106), qui a garanti aux **personnes d'expression anglaise** des services dans leur langue. L'une de ces décisions, d'ailleurs très ancienne (*CLSC Saint-Louis du Parc*, n° 46-009, 13 juillet 1979), concernait même les services « en langue chinoise ». De plus, il est évident que la *Charte de la langue française* reconnaît elle-même un tel lien entre la qualité des soins et la capacité de communication avec les patients dans leur langue, puisqu'elle impose aux candidats aux ordres professionnels, au Québec, d'avoir du français une connaissance appropriée à l'exercice de leur profession.

Mais il ne suffit pas d'établir un tel principe, que ce soit à l'égard du français ou d'autres langues. La promotion du statut de la langue française est élevée par le Préambule de la *Charte de la langue française* au rang d'une valeur fondamentale de la société québécoise. Le droit à des services publics en français a par conséquent un certain caractère d'ordre public. Or, même dans ce cas, la loi n'a pas prévu que les personnes qui dispensent ces services de santé doivent **parler couramment** le français. Tout d'abord, et l'Office l'a souligné dans sa décision récente concernant le *CLSC Saint-Michel* (n° 46-227, du 9 avril 1998), les examens administrés par l'Office ne visent pas à garantir un niveau aussi élevé de compétence linguistique en français. De plus, et cela a été bien mis en lumière dans la décision que nous venons de citer, la loi prévoit certaines exemptions, parmi lesquelles, depuis une modification effective à partir de l'année scolaire 1985-1986 mais adoptée dès 1983, est le fait d'avoir obtenu un diplôme secondaire au Québec, étant donné que le français fait partie des exigences du régime pédagogique, comme le prévoit du reste l'article 84 de la *Charte de la langue française* : « Aucun certificat de fin d'études secondaires ne peut être délivré à l'élève qui n'a du français, parlé et écrit, la connaissance exigée par les programmes du ministère de l'Éducation ». Dans ces deux cas, on vise en somme une connaissance fonctionnelle du français, mais on ne peut certainement pas parler d'un niveau de connaissance correspondant à celui d'une personne qui « parle couramment » le français.

Quant aux autres obligations d'ordre linguistique qui découleraient de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, et que l'employeur présente comme un corollaire de la qualité des soins, il faut noter que l'intensité de l'obligation faite à cet établissement en particulier, en matière de services dispensés à la communauté chinoise, n'est pas la même que celle que la loi impose à d'autres établissements pour les services fournis aux personnes d'expression anglaise. Comme M^e Lamoureux l'a souligné à juste titre, le seul groupe linguistique minoritaire, au Québec, qui ait un droit expressément reconnu à des services dans sa propre langue, est le groupe anglophone. Le législateur n'ayant pas jugé bon d'étendre davantage ces garanties, l'Office ne peut admettre l'existence d'un droit fondamental de chacun des usagers des services de santé d'être accueilli ou soigné dans sa propre langue. Pour les citoyens qui parlent une autre langue que l'anglais, ces droits ne sont pas définis avec précision et ne peuvent avoir le caractère contraignant des droits reconnus à la majorité francophone et à la minorité anglophone.

Le rôle confié à l'Office, en vertu de l'article 46 de la *Charte de la langue française*, est d'établir un équilibre entre les services à offrir dans d'autres langues et les obligations qui en découlent pour les salariés du domaine de la santé, en tenant compte du cadre législatif en vigueur au Québec, et notamment du droit fondamental des salariés de travailler en français, garanti par l'article 4 de cette Charte. Ayant délibéré sur la base des faits mis en preuve et à la lumière du critère de nécessité énoncé par l'article 46, l'Office en arrive à la conclusion que l'exigence linguistique formulée par l'employeur, soit de « parler couramment » le cantonnais ou le « toïsonnais », est trop élevée et par conséquent non justifiée. Cette exigence, notons-le, a trait à la fois au degré de connaissance recherché et au statut privilégié reconnu à ces deux langues dans l'établissement.

Concernant les caractéristiques linguistiques des patients, la preuve soumise nous impose une appréciation nuancée de la situation. Les chiffres (pièces P-10 et P-17) indiquent que tous les patients, sauf deux, sont de langue « vietnamienne » ou de langue « chinoise ». Mais la clientèle « de langue chinoise » n'est pas aussi homogène qu'on pourrait le croire, et, comme on l'a vu plus haut, ces patients parlent en fait plusieurs langues différentes, dont le mandarin, le vietnamien, le taïwanais, le « chew chow », le hakka. Il est vrai que, selon la pièce P-12, 37 patients « de langue chinoise », sur un total de 50, parlent soit le cantonnais, soit le « toïsonnais », mais les chiffres révèlent aussi que le nombre de patients de l'une ou l'autre langue est en décroissance depuis 1992. À ce propos, il n'a pas été établi qu'il y ait véritablement intercompréhension entre les locuteurs des deux groupes, malgré le témoignage de M. Lalonde, et d'ailleurs l'avocat de la partie syndicale s'est formellement opposé à ce que l'Office admette cette assertion comme démontrée. On sait également que les patients d'origine vietnamienne

ou sino-vietnamienne comprennent en général le français. Certes, les anciennes titulaires de ces deux postes parlaient couramment le cantonais ou le « toïsonnais ». Mais le fait que ces personnes aient eu de telles aptitudes particulières ne constitue en rien une preuve de la nécessité de parler couramment ces langues pour accomplir leurs tâches, et on ne peut affirmer pour autant que l'infirmière chef d'équipe se trouve véritablement en contact avec les patients dans une mesure suffisante pour justifier une exigence d'un niveau aussi élevé, même en cas d'urgence.

En effet, la nature des tâches exercées par l'infirmière chef d'équipe n'a pas un rapport direct avec cette exigence linguistique. Même si elle consacre la moitié de son temps aux contacts avec les patients (selon le témoignage de M^{me} Rodrigue qui n'a pas été contredit sur ce point), l'Office a tout de même noté qu'elle n'est généralement pas seule avec les patients. De plus, les contacts avec les familles paraissent relever tout autant de sa responsabilité de chef d'équipe que de celle de l'infirmière-chef (chef d'unité) ou de celle des travailleurs sociaux. Sur ce point, l'Office n'a pas été convaincu par le témoignage de M^{me} Rodrigue, dont la préoccupation fort compréhensible pour la qualité des soins l'amène peut-être trop rapidement à conclure que l'infirmière chef d'équipe ne peut faire son travail sans parler couramment les deux langues en question. Il faut garder à l'esprit le fait que le rôle de cette chef d'équipe est surtout de coordonner le travail des auxiliaires et des préposés du deuxième étage, parmi lesquels se trouvent 21 personnes aptes à communiquer avec les patients en cantonais ou en « toïsonnais », sans compter les huit personnes qui ont réussi le test maison imposé par l'employeur. M^e Lamoureux a déposé à ce propos un document fort complet (pièce P-15) où figurent les noms des membres du personnel (à titre permanent, temporaire ou occasionnel) qui parlent couramment l'une ou l'autre de ces langues, ou qui ont réussi cet examen.

Enfin, nous sommes d'avis que l'employeur pourrait prendre d'autres moyens qu'une telle exigence linguistique à l'embauche pour répondre à ses préoccupations en matière de communication avec les patients, étant donné que le fait d'imposer un critère de sélection éliminatoire est le plus pénalisant pour les salariés. D'ailleurs, d'autres moyens existent et ont été largement utilisés dans le passé. Il est possible, selon la preuve soumise, de tabler sur la connaissance des langues cantonaise ou « toïsonnaise » par une partie du personnel, pour tenir compte de la dimension linguistique du service. Ces faits ressortent nettement du contenu des ententes de 1987 et de 1994, qui n'ont été déposées qu'en dépit des objections formulées par l'avocat de la partie patronale. Or, l'employeur a lui-même déposé une décision arbitrale (grief n° 92-02, décision rendue par l'arbitre Marc Boisvert le 27 janvier 1994), qui reconnaissait la nécessité de parler « la langue des bénéficiaires » pour un poste d'infirmière au centre d'accueil; mais cette décision traitait aussi en profondeur du contenu et de la portée juridique de l'entente intervenue en 1987. L'Office peut difficilement ignorer le contenu de cette entente, qui est commentée et discutée dans une décision arbitrale dont l'employeur lui demande de prendre connaissance. De plus, il faut rappeler que c'est précisément la signature de l'entente du 19 novembre 1987 qui a permis le désistement du syndicat dans deux autres recours inscrits devant l'Office en vertu de l'article 46 (n° 46-093 et n° 46-111).

Le syndicat invoque de son côté le fait que d'autres membres du personnel peuvent en permanence fournir un service dans les langues cantonaise ou « toïsonnaise », ce qui revient, sinon à admettre implicitement que l'employeur pourrait imposer une exigence pour ces postes, du moins à reconnaître de manière générale l'importance des aptitudes linguistiques du personnel dans la qualité des soins. D'ailleurs, la contestation syndicale porte précisément sur le degré d'exigence formulé par l'employeur, toute l'argumentation de l'avocat syndical était orientée en ce sens, et l'historique de la situation linguistique au sein de l'établissement (reflétée notamment par les deux ententes successives conclues à ce sujet en 1987 et en 1994) montre que le syndicat accepte de fait la nécessité **d'une certaine connaissance** par le personnel des langues pratiquées par les pensionnaires. Toutefois, l'Office se refuse à rendre une décision par laquelle il déterminerait lui-même le niveau de compétence linguistique nécessaire, la preuve soumise par l'employeur ne lui permettant pas de le faire.

En outre, l'Office aurait pu ainsi donner l'impression de chercher à remettre en vigueur, par une voie détournée, le contenu des ententes conclues antérieurement, alors qu'une décision arbitrale (*voir plus haut*) a déjà traité abondamment de ce problème pour ce qui est de l'entente de 1987, et qu'un autre arbitre est justement appelé à se prononcer sur une question similaire soumise par le syndicat qui allègue le non-respect par l'employeur de l'entente de mars 1994. Donc, l'Office se bornera ici à constater, tout comme le syndicat, qu'une certaine pratique des langues connues par les patients est nécessaire, mais il n'en conclut pas moins que l'employeur ne peut exiger que les candidats aux deux postes en litige parlent couramment l'une ou l'autre de ces langues. Enfin, la présente décision ne visant que les deux postes d'infirmières chef d'équipe qui étaient visés par la plainte, l'Office s'abstient de porter quelque jugement que ce soit, explicite ou implicite, sur les exigences en vigueur pour d'autres postes, que ces exigences soient imposées unilatéralement par l'employeur ou qu'elles résultent d'ententes entre l'employeur et le syndicat.

Le procureur syndical a déposé deux décisions rendues par le Tribunal des droits de la personne (*voir plus haut*) concernant le caractère discriminatoire d'une politique de sexualisation des postes pour les infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires dans les centres de soins prolongés gériatriques. La seconde de ces décisions avait été invoquée par un syndicat dans une autre affaire ayant fait l'objet d'une décision de l'Office (*Syndicat des employé(e)s du CSSMM (FAS-CSN) c. Centre jeunesse de Laval*, n° 46-247-265, 13 décembre 1996). Notons que le procureur a allégué ici un manquement au critère de proportionnalité, mais il n'a pas soutenu qu'il y avait absence complète de lien rationnel. La distinction a son importance, mais quoi qu'il en soit, l'Office ne peut que réitérer ce qu'il affirmait dans sa décision de 1996 : nous ne croyons pas qu'on puisse ainsi établir un parallèle entre le droit à des services de santé dans une langue quelconque et le droit d'une personne de recevoir des soins intimes d'une personne du même sexe, considéré comme un corollaire du droit à la dignité; mais ces deux décisions du Tribunal des droits de la personne montrent tout de même à quel point il est important d'examiner les modalités de l'organisation du travail pour juger d'une atteinte éventuelle aux droits des salariés.

Par ces motifs, l'Office de la langue française décide que :

l'exigence de parler **couramment** la langue cantonnaise ou « toïsonnaise » est trop élevée et par conséquent n'est pas justifiée comme condition d'admissibilité au poste d'infirmière (ou d'infirmier) chef d'équipe, au service des soins prolongés de l'Hôpital chinois de Montréal.

DÉCISION PRISE PAR L'OFFICE DE LA LANGUE FRANÇAISE À SA SÉANCE N° 98-46-290-05 DU 19 JUIN 1998.

(S) M^{ME} NICOLE RENÉ
(S) M^{ME} NUNZIA IAVARONE
(S) M. FERNAND DAOUST