



**Cadre de référence  
pour l'élaboration des  
programmes d'accès  
aux services de santé  
et aux services sociaux  
en langue anglaise  
pour les personnes  
d'expression anglaise**





**Cadre de référence  
pour l'élaboration des  
programmes d'accès  
aux services de santé  
et aux services sociaux  
en langue anglaise  
pour les personnes  
d'expression anglaise**



MARS 2006

## REMERCIEMENTS

De nombreuses personnes ont permis la réalisation de ce document. Le Secrétariat, soucieux de maintenir la cohésion entre le cadre de référence et les transformations en cours dans le réseau, tient à souligner la collaboration active et l'intérêt soutenu de ces personnes tout au long du processus de consultation et de rédaction. La qualité et la pertinence de leurs suggestions ont permis de mettre au point un outil de travail utile à l'élaboration des programmes d'accès pour les personnes d'expression anglaise. Nous les en remercions.

### Les membres du comité de travail

**John Britton,**

Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

**Gail Hawley-McDonald,**

Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais

**Jacques Lefebvre,**

Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

**Ronald M<sup>c</sup>Neil,**

Secrétaire du Comité provincial pour la prestation des services de santé  
et des services sociaux en langue anglaise

**Hélène Thivierge,**

Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise et aux communautés culturelles, MSSS

**Margot Tremblay,**

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

### Appui et collaboration tout au long des travaux

**Julie Desjardins,**

Directrice du Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise et aux communautés culturelles, MSSS

### Les personnes qui ont lu et commenté le document

Les membres du Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise  
Les représentants des agences de la santé et des services sociaux

Les représentants des directions ministérielles, dont Lysette Trahan Langlois, Direction de l'évaluation, Ghyslaine Samson Saulnier, conseillère au suivi de l'implantation des réseaux locaux de la Direction générale de la coordination, du financement et de l'équipement et M<sup>e</sup> Christine Lavoie, Direction des affaires juridiques

### Aide à la rédaction et à la mise en page

Céline Bondu Bailey, Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise et aux communautés culturelles, MSSS

Édition produite par :

**La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux**

Ce document a été édité en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique.

**[www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca)** section **Documentation**, rubrique **Publications**.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2006

Bibliothèque nationale du Canada, 2006

ISBN 2-550-45707-2 (version imprimée)

ISBN 2-550-45708-0 (version PDF)

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec, 2006

## TABLE DES MATIÈRES

5 / Avant-propos

7 / Introduction

### PREMIÈRE PARTIE CADRE DE RÉFÉRENCE

11 / Assises et objectifs du cadre de référence

12 / Accès aux services de santé et aux services sociaux  
en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise

12 / Contexte légal

14 / Contexte organisationnel

### DEUXIÈME PARTIE PROGRAMME

17 / Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux  
en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise

17 / Définition

17 / But

17 / Objectifs

18 / Orientations privilégiées

19 / Données sur la population d'expression anglaise

20 / Démarche

21 / Composantes du programme d'accès

22 / Appréciation des programmes des agences

22 / Suivi et évaluation des programmes d'accès

23 / Responsabilités des différents collaborateurs  
au regard des programmes d'accès

25 / Références bibliographiques

27 / Lexique

29 / Annexe

## AVANT-PROPOS

Conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux, chacune des agences de la santé et des services sociaux doit élaborer un programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise de sa région, en collaboration avec les établissements de sa région ou, le cas échéant, conjointement avec des agences d'autres régions.

Le Ministère, avec ses principaux partenaires que sont les agences, a entrepris de mettre à jour le *Cadre de référence pour l'élaboration des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise* produit en 1994. Le nouveau cadre porte la marque de la transformation récente du réseau de la santé.

Dans cette perspective, il présente les assises légales et organisationnelles des programmes d'accès, ainsi que les orientations privilégiées pour desservir les Québécoises et les Québécois d'expression anglaise.

Un regard est posé tant sur le plan de la santé et du bien-être de la population que sur celui de la prestation et de l'organisation des services accessibles dans sa langue pour la population d'expression anglaise.

Nous sommes persuadés que l'engagement de l'équipe du Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise et aux communautés culturelles et la qualité de ses collaborateurs, conjugués à la mobilisation et à l'intérêt qu'ont suscité la réalisation de ce document, seront un gage de réussite pour l'élaboration du programme d'accès de votre région.

Philippe Couillard  
Ministre de la Santé  
et des Services sociaux

## INTRODUCTION

Le droit des personnes d'expression anglaise de recevoir des services de santé et des services sociaux en langue anglaise est affirmé expressément dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux<sup>1</sup>.

Le cadre de référence des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise est un guide produit par le ministère de la Santé et des Services sociaux à l'intention des agences de la santé et des services sociaux et de leurs partenaires que sont les centres de santé et de services sociaux (ci-après CSSS), les autres établissements du réseau local et les représentants des communautés d'expression anglaise. Il est constitué d'un ensemble cohérent de balises et de critères découlant d'objectifs et d'orientations ministérielles<sup>2</sup> visant à encadrer la prestation des services en langue anglaise qui seront associés aux neuf programmes-services<sup>3</sup>.

Compte tenu des changements organisationnels du réseau de la santé et des services sociaux, le Ministère a jugé nécessaire d'apporter des modifications au cadre de référence de 1994 afin qu'il reflète la situation actuelle. C'est dans le respect des partenaires qui travaillent à l'élaboration et à la mise en place des programmes d'accès que le Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise et aux communautés culturelles a eu recours à l'expertise du réseau en mettant sur pied un comité de travail qui a permis de produire le présent cadre de référence.

Les principes suivants ont accompagné le comité tout au long des travaux et ont permis de mettre au point ce cadre de référence. Premier principe : *l'intégration harmonieuse des programmes d'accès* dans un système de santé fondé sur les réseaux locaux et sur les nouvelles responsabilités populationnelles dévolues aux CSSS et à leurs partenaires du réseau local. Le second principe est *la flexibilité* nécessaire à la révision des programmes d'accès existants et à la création de nouveaux modèles afin d'améliorer, le cas échéant, la réponse aux besoins des usagers d'expression anglaise, de s'adapter aux particularités locales et régionales, et de s'intégrer dans les projets cliniques et organisationnels. Le dernier est *la cohabitation* du droit des personnes d'expression anglaise de recevoir des services en langue anglaise et du droit des intervenants de travailler et d'exercer leurs activités en français.

Les informations contenues dans la première partie du document visent à préciser les assises et les objectifs du cadre de référence. Afin de mieux situer les enjeux et les défis de la révision des programmes d'accès, les contextes légal et organisationnel y sont décrits. La deuxième partie définit les programmes d'accès, les orientations privilégiées balisant les modalités d'accès aux services, la démarche, les composantes du programme d'accès ainsi que les responsabilités des différents collaborateurs au regard des programmes d'accès.

1. Loi sur les services de santé et des services sociaux (LRQ, chapitre S-4.2).
2. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Définition et articulation d'un certain nombre de concepts couramment utilisés au ministère de la Santé et des Services sociaux*, 1993 (document préliminaire).
3. Pour mémoire : services généraux, santé publique, perte d'autonomie liée au vieillissement, déficience physique, déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement, jeunes en difficulté, dépendances, santé mentale et santé physique.



# PREMIÈRE PARTIE

Cadre de référence

## ASSISES ET OBJECTIFS DU CADRE DE RÉFÉRENCE

Ce nouveau cadre de référence s'appuie sur les assises suivantes :

- la Loi sur les services de santé et les services sociaux<sup>4</sup> (ci-après la « Loi ») qui prévoit notamment l'obligation pour les agences de santé d'élaborer des programmes d'accès aux services en langue anglaise ainsi que le droit pour les personnes d'expression anglaise de recevoir des services de santé et des services sociaux dans cette langue, compte tenu de l'organisation et des ressources humaines, matérielles et financières des établissements qui dispensent ces services et dans la mesure où le prévoit un programme d'accès ;
- le projet de loi 83, adopté par l'Assemblée nationale le 25 novembre 2005, qui modifie la Loi afin de soutenir le nouveau mode d'organisation mis en place en application de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux<sup>5</sup> (ci-après la « Loi sur les agences de développement ») ;
- les projets cliniques et organisationnels, sous la responsabilité des CSSS, et leur cadre de référence<sup>6</sup>, servant de levier à la mise en œuvre des programmes d'accès et qui permettront de répondre aux obligations envers les personnes d'expression anglaise ;
- l'*Aide-mémoire* produit par le Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise et aux communautés culturelles en mars 2005 : « Pour élaborer des projets cliniques en tenant compte des besoins et des particularités des personnes d'expression anglaise et du cadre législatif en place » ;
- le Cadre de référence des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise de 1994 ;
- l'ensemble des programmes d'accès régionaux approuvés par décret en 1999 ;
- la Charte de la langue française<sup>7</sup>.

Le cadre de référence a pour objectifs de :

- *s'assurer d'une compréhension commune* des obligations et des enjeux au regard de l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise ainsi que des orientations privilégiées ;
- *préciser la définition* d'un programme d'accès ;
- *définir les modalités d'application* des articles de la Loi reconnaissant l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise aux personnes d'expression anglaise tout en tenant compte des autres lois et des orientations gouvernementales en matière linguistique ;
- *définir les paramètres* encadrant la révision des programmes d'accès aux services en langue anglaise ;
- *favoriser la cohérence* des travaux qu'auront à réaliser les agences de la santé et des services sociaux, les établissements et le Ministère entourant l'élaboration et la révision des programmes d'accès ;
- *accompagner* les responsables et les différents partenaires, dont les représentants des communautés d'expression anglaise, dans l'élaboration de leur programme d'accès.

4. LRQ, c. S-4.2.

5. LRQ, c. A-8.1.

6. *Projet clinique, Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Document principal, MSSS, Octobre 2004.

7. LRQ, c. C-11.



# ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ ET AUX SERVICES SOCIAUX EN LANGUE ANGLAISE POUR LES PERSONNES D'EXPRESSION ANGLAISE

## CONTEXTE LÉGAL

Depuis l'élaboration des derniers programmes d'accès aux services en langue anglaise, de nouveaux facteurs influencent différemment l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux. En effet, la réforme du système de santé et de services sociaux concrétisée par la Loi sur les agences de développement et le projet de loi 83 a exercé son action sur la révision du cadre de référence. La réforme a pour but d'optimiser l'impact des services sur la santé de la population, et c'est dans ce nouveau contexte que se situe la révision.

Soulignons que si le projet de loi 83 a apporté des changements au mode d'organisation du réseau ainsi qu'aux responsabilités de ses différents acteurs, et qu'il a en ce sens un impact sur les modalités d'accès aux services en langue anglaise, il n'a pas modifié l'encadrement légal du droit des personnes d'expression anglaise à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise.

La Loi établit tout d'abord, par ses articles 1 à 3, les grands principes à respecter pour la prestation des services offerts à tous les Québécois. Aux articles 4 à 16, elle prévoit pour toute personne certains droits, dont celui d'être informée de l'existence des services et des ressources disponibles, de recevoir des services de façon personnalisée et de choisir le professionnel ou l'établissement duquel elle désire recevoir ces services.

L'article 15 de la Loi, pour sa part, reconnaît de façon spécifique aux personnes d'expression anglaise « le droit de recevoir en langue anglaise des services de santé et des services sociaux, compte tenu de l'organisation et des ressources humaines, matérielles et financières des établissements qui dispensent ces services et dans la mesure où le prévoit un programme d'accès visé à l'article 348 ».

Cette dernière disposition oblige toute agence à « élaborer, en collaboration avec les établissements, un programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise de sa région dans les centres exploités par les établissements de sa région qu'elle indique ou, le cas échéant, conjointement avec d'autres agences, élaborer un tel programme dans les centres exploités par les établissements d'une autre région ». Un tel programme, qui doit tenir compte des ressources humaines, matérielles et financières des établissements, doit aussi inclure tout établissement de la région qui est désigné en vertu de l'article 508 de la Loi. Selon cet article, le gouvernement peut en effet désigner parmi les établissements reconnus en vertu de l'article 29.1 de la Charte de la langue française ceux qui sont tenus de rendre accessibles aux personnes d'expression anglaise, les services de santé et les services sociaux en langue anglaise.

## Défi

*Le défi de la révision des programmes d'accès réside dans l'harmonisation de la responsabilité des CSSS à l'égard des projets cliniques et organisationnels d'une part, et d'autre part, dans le maintien de l'article 348 et des responsabilités des agences à l'égard des plans stratégiques pluriannuels.*

Les articles 509 et 510 de la Loi prévoient par ailleurs respectivement la formation d'un comité provincial et la formation de comités régionaux. Entre autres responsabilités, le Comité provincial donne son avis sur les programmes d'accès de toutes les régions alors que les comités régionaux donnent leur avis sur le programme d'accès de leur région respective.

Sanctionnée en 2003, la loi sur les agences de développement<sup>8</sup> a permis la création des nouvelles instances locales (CSSS) par la fusion de plusieurs établissements existants. Compte tenu de son article 35, les établissements qui résultent de la fusion d'établissements reconnus en vertu de l'article 29.1 de la Charte de la langue française conservent leur reconnaissance. Ceux qui résultent plutôt de la fusion d'un ou de plusieurs établissements reconnus avec un ou plusieurs établissements non reconnus conservent leur reconnaissance uniquement pour les installations qui dépendaient auparavant d'établissements reconnus, et ce, en vertu de l'article 36 de la loi sur les agences. Enfin, selon l'article 34, les CSSS qui sont devenus cessionnaires des services qu'un établissement indiqué dans un programme d'accès élaboré par une régie régionale en application de l'article 348 de la Loi étaient tenus de rendre accessibles en langue anglaise, doivent continuer de maintenir ces services comme s'ils étaient eux-mêmes mentionnés au programme, et ce, jusqu'à la révision de ce dernier.

Le projet de loi 83, pour sa part, avait pour objectifs de rapprocher les services de la population et de faciliter le cheminement de toute personne dans le réseau. La loi modifiée qui résulte de sa sanction énonce que les autorités régionales et locales ont une responsabilité vis-à-vis de la santé des individus de leur territoire, particulièrement en ce qui a trait à l'accessibilité aux services et à l'efficacité des interventions. Le projet de loi est aussi venu préciser le rôle et les responsabilités des agences et des instances locales. Ainsi, l'agence doit entre autres faciliter le développement et la gestion des réseaux locaux de services de sa région, assurer la coordination des services de sa région avec ceux offerts dans les régions avoisinantes, soutenir les établissements dans l'organisation des services et intervenir auprès de ceux-ci pour favoriser la conclusion d'ententes visant à répondre aux besoins de services. Le CSSS, de son côté, doit notamment définir des projets cliniques et organisationnels en collaboration avec les partenaires.

Compte tenu du fait que les projets cliniques et organisationnels doivent tenir compte des particularités de la population, dont les caractéristiques linguistiques, ainsi que des orientations ministérielles et des balises régionales qu'auront fixées les agences, la collaboration de tous les partenaires dans le respect des nouvelles responsabilités qui leur seront confiées sera essentielle.

Pour plus d'informations, les extraits de loi pertinents se retrouvent en annexe<sup>9</sup>.

8. Maintenant abrogée par la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (projet de loi 83).

9. Rappelons que dans le projet de loi 83, le législateur n'avait pas l'intention de modifier les articles qui se rapportent à l'exercice des droits des personnes d'expression anglaise et ceux reliés aux programmes d'accès.



## CONTEXTE ORGANISATIONNEL

La responsabilité de la révision des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes d'expression anglaise est dévolue aux agences de la santé et des services sociaux. Pour ce faire, l'agence identifie les stratégies et les balises régionales en tenant compte du nouveau mode d'organisation des services apporté par la réforme. Deux principes fondamentaux marquent cette réforme : la *responsabilité populationnelle* partagée par l'ensemble des acteurs du réseau local et la *hiérarchisation des services*.

Ce contexte organisationnel a permis aux agences de créer 95 réseaux locaux. Depuis leur implantation, on tient compte de leurs composantes, tant organisationnelles que cliniques, afin d'atteindre les objectifs d'accessibilité, de continuité et de qualité des services de santé et des services sociaux. L'élaboration des projets cliniques et organisationnels est au cœur de la responsabilité populationnelle. La population – incluant les personnes d'expression anglaise – bénéficiera de ces travaux. Les projets cliniques et organisationnels sont des outils dynamiques qui évoluent constamment en lien avec les besoins changeants de la population ; ils se mettront en place graduellement au cours des prochains mois, voire des prochaines années, en fonction des initiatives dans les différents territoires et des particularités de ceux-ci.

En ce qui a trait aux programmes d'accès aux services en langue anglaise, les CSSS et les autres établissements du réseau collaborent avec les agences et deviennent leurs partenaires pour leur élaboration. L'agence, en fonction d'une connaissance de l'état de santé et de bien-être, des besoins sociosanitaires et des particularités de la population, soutient les CSSS pour établir le portrait des besoins de la population du territoire. Lorsque le CSSS dispose du portrait de sa population générale et de son réseau local de services en langue anglaise, l'agence et le CSSS analysent les écarts à combler et identifient les cibles cliniques prioritaires qui aideront à élaborer les programmes d'accès. À l'aide des choix organisationnels et cliniques qui auront été dégagés, les programmes d'accès viseront l'adéquation avec les besoins identifiés dans chaque milieu.

Le programme d'accès aux services en langue anglaise constitue une entité distincte des projets cliniques et organisationnels. Dans cette optique, il doit indiquer l'ensemble des services accessibles en langue anglaise, même si certains d'entre eux ne sont pas encore inscrits aux projets cliniques et organisationnels des réseaux locaux des services de santé et des services sociaux. Le programme d'accès est cependant en lien étroit avec les projets cliniques puisqu'au fur et à mesure de leur élaboration, ils doivent intégrer les différentes composantes du programme d'accès aux services en langue anglaise qui y sont associés.

### Défi

*Le défi est d'harmoniser et d'arrimer le dynamisme du contexte organisationnel qui évolue constamment avec l'élément plus statique du programme d'accès qui trace le portrait de la prestation des services en langue anglaise pour une région donnée à un moment précis dans le temps.*

Enfin, l'élaboration des projets cliniques et organisationnels ajoute une perspective complémentaire au programme d'accès et certains éléments de leur contenu pourront contribuer à une mise à jour des programmes d'accès aux services en langue anglaise. Il convient toutefois de rappeler que toute révision du programme exige une approbation gouvernementale.

L'agence, par le biais de mandats spécifiques de certains établissements, peut s'assurer de compléter l'offre de services là où cela est requis, et ce, en tenant compte des ressources humaines, matérielles et financières des établissements. Dans sa planification stratégique pluriannuelle, elle tient compte des établissements désignés et des services indiqués de sa région qui sont visés par le programme d'accès.



## DEUXIÈME PARTIE

Programme

## PROGRAMME D'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ ET AUX SERVICES SOCIAUX EN LANGUE ANGLAISE POUR LES PERSONNES D'EXPRESSION ANGLAISE

Le contenu qui précède illustre bien les transformations qui ont eu lieu et celles à venir dans le réseau de la santé. Ces changements influencent la révision des programmes d'accès qui devront être adaptés au portrait actuel du réseau. Il en va de même de la définition et des composantes du programme d'accès, auxquelles il est nécessaire d'apporter certaines modifications. Précisons ici, aux fins de ce document, la définition d'une « personne d'expression anglaise » :

*« La personne d'expression anglaise est celle qui, dans ses relations avec un établissement qui dispense des services de santé ou des services sociaux, se sent plus à l'aise d'exprimer ses besoins en langue anglaise et de recevoir les services dans cette langue ».*

### DÉFINITION

Un programme d'accès indique la manière, le service et l'établissement pour lesquels il y a obligation de rendre les services de santé et les services sociaux accessibles en langue anglaise pour la population d'expression anglaise, tout en tenant compte des ressources humaines, matérielles et financières des établissements.

### BUT

Le but d'un programme d'accès est d'assurer aux personnes d'expression anglaise l'accessibilité à une gamme de services de santé et de services sociaux dispensés en langue anglaise par les établissements, soit dans leur localité, dans leur région, ou, le cas échéant, dans une autre région.

### OBJECTIFS

Le programme d'accès vise à rendre accessible aux personnes d'expression anglaise une gamme de services de santé et de services sociaux en langue anglaise qui soit la plus complète possible et le plus près possible du milieu de vie de ces personnes. Pour ce faire, il vise à :

1. Identifier, s'il y a lieu, les besoins sociosanitaires et les particularités reliés aux personnes d'expression anglaise de la région.
2. Identifier les services de santé et les services sociaux requis pour répondre aux besoins reconnus.
3. Indiquer les prestataires de services – par le nom de l'établissement<sup>10</sup> et, s'il y a lieu, de l'installation – qui ont l'obligation de rendre des services de santé et des services sociaux en langue anglaise.
4. Identifier les modalités d'accès aux services en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise.

10. De plus, les agences doivent inclure dans le programme d'accès les établissements désignés en vertu de l'article 508 de la Loi.



## ORIENTATIONS PRIVILÉGIÉES

Le présent cadre de référence contient des orientations qui constituent les paramètres qui permettront aux agences de fixer des balises régionales afin d'élaborer leur programme d'accès, et ce, avec les établissements de santé et de services sociaux de la région. Il identifie les orientations *privilégiées* pour la détermination des modalités d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise. Ces orientations s'appuient sur les principes issus de la nouvelle réforme du réseau de la santé et des services sociaux.

**1) La responsabilité populationnelle.** Les intervenants qui offrent des services à la population d'un territoire local sont amenés à partager collectivement une responsabilité envers cette population<sup>11</sup>. Ils doivent rendre accessible un ensemble de services le plus complet possible, en assurant la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le système de santé et de services sociaux, tout en favorisant la convergence des efforts pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population et des communautés qui la composent<sup>12</sup>.

**2) La hiérarchisation des services.** La complémentarité des services est nécessaire pour faciliter le cheminement des personnes entre les différents niveaux de services, suivant des mécanismes de référence entre les intervenants. Ces mécanismes impliquent des références entre les services généraux et spécifiques de première ligne et les services spécialisés et surspécialisés<sup>13</sup>. L'accessibilité aux services étant assurée par des ententes ou des corridors établis entre ces services, ces mécanismes sont bidirectionnels. Pour leur assurer des services en langue anglaise, le CSSS doit guider les personnes d'expression anglaise vers les services requis et les diriger à l'endroit adéquat où elles pourront obtenir réponse à leurs besoins dans leur langue, tout en respectant les droits des personnes, les normes éthiques et les standards de pertinence et d'accès reconnus<sup>14</sup>.

**3) Le cheminement facilité de la personne dans le réseau.** Une réponse adéquate aux besoins de chaque personne exige que le système effectue les adaptations nécessaires. Il n'incombe pas à l'utilisateur d'expression anglaise de naviguer dans le système, mais bien plutôt à ce dernier de l'accueillir, de clarifier avec lui ses besoins, de proposer la réponse la plus appropriée et de l'orienter vers un service adéquat.

**4) L'intervention clinique réussie.** Dans le domaine de la santé et des services sociaux, il est reconnu que la langue de l'utilisateur est un outil essentiel pour assurer la réussite de l'intervention clinique. Pour recevoir des services adéquats, une personne d'expression anglaise, comme toute autre personne, a besoin d'écoute et de communication. Lorsque sa santé est en cause, s'exprimer en anglais peut devenir un besoin, voire une nécessité. C'est par la reconnaissance de ce besoin et par une réponse adaptée et personnalisée que se définit une intervention clinique réussie. Pour améliorer la communication et la réponse aux besoins lors d'une intervention clinique, l'information contenue dans le programme d'accès doit être connue et facile à utiliser pour l'intervenant qui doit répondre et guider l'utilisateur. Il doit pouvoir l'informer de l'endroit et de la façon dont

---

11. Voir *L'intégration des services de santé et des services sociaux, Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, p. 9.

12. Voir *Projet clinique, Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, Document principal*, p. 11.

13. Voir *L'intégration des services de santé et des services sociaux, Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, p. 10.

14. Voir *Projet clinique, Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, Document principal*, p. 11.

les services en langue anglaise pourraient lui être rendus. Pour ce, les modalités d'accès aux services doivent être publiques, facilement accessibles aux intervenants et à toute personne désireuse de les consulter<sup>15</sup>.

**5) La participation des personnes d'expression anglaise.** Dans le domaine de la santé et des services sociaux, la participation des personnes aux plans d'intervention et aux plans de services, ainsi qu'aux décisions affectant leur état de santé et de bien-être est nécessaire à la réussite des interventions.

Sur le plan collectif, la participation des personnes issues des communautés d'expression anglaise est également souhaitable. Dans chaque région, le programme d'accès doit être issu d'une démarche qui facilite la participation des personnes issues de ces communautés et qui leur permet d'exprimer leurs besoins à l'égard de la prestation des services en langue anglaise. Les établissements, et particulièrement les CSSS, sont invités à prendre les moyens nécessaires afin de tenir compte de ces besoins dans l'organisation et la prestation de leurs services respectifs.

## DONNÉES SUR LA POPULATION D'EXPRESSION ANGLAISE

Les sources usuelles de dénombrement de la population d'expression anglaise ne tiennent pas compte de la définition des personnes d'expression anglaise retenue pour les programmes d'accès, à savoir, *les personnes qui se sentent plus à l'aise d'exprimer leurs besoins et de recevoir leurs services en anglais*. Conscientes de cette situation, les agences dressent toutefois le portrait de la population d'expression anglaise à partir des données du dernier recensement.

Afin d'estimer le nombre de personnes d'expression anglaise susceptibles de requérir les services, un comparatif et une analyse de différentes variables sont nécessaires. Le bassin potentiel maximal est identifié soit à partir de la première langue officielle parlée ou de la langue maternelle. La variable « première langue officielle parlée » tient compte de la connaissance des langues officielles, de la langue maternelle et de la langue parlée à la maison. La variable « langue maternelle » se définit comme étant la première langue apprise à la maison dans l'enfance et encore comprise par le recensé au moment du recensement<sup>16</sup>. Il est nécessaire de démontrer que le choix des variables utilisées cible le plus grand nombre possible de personnes d'expression anglaise touchées par les services et susceptibles de recourir aux services de l'établissement.

Par ailleurs, le MSSS intègre l'analyse différenciée selon les sexes (ADS) à ses travaux et à ceux des régions. L'ADS s'intéresse à tous les déterminants, socioéconomiques et autres, qui caractérisent les deux sexes. Les données populationnelles doivent tenir compte de cette approche qui s'avère utile à l'élaboration des programmes d'accès.

Deux sources sont possibles et reconnues pour ces données : le dernier recensement produit par Statistique Canada, ainsi que les données en provenance de l'Institut de la statistique du Québec, organisme responsable de la gestion des données de population officielles pour l'ensemble du territoire québécois.

15. Inspiré des articles 3 et 5 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

16. *Dictionnaire du recensement de 2001*, Statistique Canada, [http://www12.statcan.ca/francais/census01/Products/Reference/dict/index\\_f.htm](http://www12.statcan.ca/francais/census01/Products/Reference/dict/index_f.htm) [septembre 2005].



## DÉMARCHE

Le ministre s'assure que la révision des programmes d'accès a lieu au moins tous les trois ans. Il en fait l'annonce, s'il y a lieu.

La démarche est la suivante :

1. Les agences entament l'élaboration du programme d'accès de leur région à l'aide du cadre de référence. Les agences utilisent l'*Aide-mémoire* pour réaliser cet exercice en collaboration avec leurs partenaires<sup>17</sup>.
2. Les agences font l'inventaire des services accessibles en langue anglaise aux niveaux local, régional et interrégional. L'inventaire des services déjà accessibles en langue anglaise dans la région se réalise à l'aide des programmes d'accès existants et par l'entremise des projets cliniques et organisationnels en élaboration par les CSSS de la région.
3. Les agences élaborent leur programme d'accès, demandent l'avis de leur comité régional à ce propos et le font adopter par résolution du conseil d'administration.
4. Les agences transmettent leur proposition de programme d'accès au Ministre en vue d'une approbation par le gouvernement, et ce, à la date prévue à cette fin. Celle-ci est accompagnée des renseignements suivants :
  - les données sur la population d'expression anglaise ;
  - un portrait des besoins de santé et de bien-être de la population d'expression anglaise comprenant des profils démographiques, socioéconomiques, sociosanitaires et un profil de l'utilisation des services ;
  - un portrait de l'offre de service en langue anglaise en l'occurrence, les ressources et les services actuellement disponibles pour répondre aux besoins de la population d'expression anglaise et l'analyse ;
  - l'identification des écarts et des moyens pour y pallier ;
  - l'avis du comité régional sur le programme ;
  - les résolutions (adoptant le programme) des conseils d'administration de l'agence et des établissements visés par le programme.

Les différentes modalités mises en place sont détaillées et la gamme de services requis pour répondre aux besoins des personnes d'expression anglaise est définie. Les contenus des ententes de services et les rôles et responsabilités des acteurs sont également identifiés.

5. Le Ministre reçoit les propositions des programmes d'accès accompagnées des renseignements demandés.
6. Le Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise reçoit un exemplaire des programmes d'accès et des renseignements qui les accompagnent.
  - Il consulte au besoin les instances concernées de la région ;
  - Il adresse son avis sur chaque proposition au Ministre pour dépôt au gouvernement.
7. Le Ministère analyse, à partir des critères d'appréciation, le programme d'accès adopté par le conseil d'administration de chacune des agences et transmet au Ministre son appréciation en tenant compte de l'avis du Comité provincial.
8. Le Ministre dépose au Conseil des ministres un mémoire sur le programme d'accès de chaque région avec ses recommandations, accompagné de l'avis du Comité provincial.
9. Le gouvernement approuve le programme d'accès de chaque région.
10. L'agence peut réviser son programme en tout temps, mais doit le faire au moins tous les trois ans.

---

17. C'est-à-dire les CSSS, les établissements spécialisés, surspécialisés, ainsi que les représentants de la population d'expression anglaise.

## COMPOSANTES DU PROGRAMME D'ACCÈS

L'agence, en fonction d'une connaissance de l'état de santé et de bien-être de sa population, des besoins sociosanitaires et, s'il y a lieu, des particularités de la population d'expression anglaise de la région, définit les différentes modalités qui permettent à la personne d'expression anglaise d'accéder aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise, et ce, qu'ils soient disponibles localement, régionalement ou dans une autre région.

### Services requis pour répondre aux besoins

En fonction du portrait des besoins et des particularités identifiées pour les personnes d'expression anglaise, l'agence détermine les services requis pour répondre à ces besoins.

### Prestataires des services en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise

En fonction de la nature des services requis et de la mission des différents types d'établissements, l'agence indique le nom des établissements qui sont tenus de rendre des services en langue anglaise et si nécessaire, celui de l'installation visée par le programme. Les établissements de la région, désignés en vertu de l'article 508 de la Loi, doivent s'y retrouver.

Certaines régions préféreront identifier les prestataires de services par programmes-services et d'autres par services de première ligne, services spécialisés et surspécialisés. Il n'y a pas de modèle privilégié.

### Modalités d'accès aux services en langue anglaise

L'agence, en collaboration avec les prestataires des services en langue anglaise, définit les modalités d'accès qui permettent à la personne d'expression anglaise d'accéder aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise, et ce, qu'ils soient disponibles localement, régionalement ou dans une autre région. L'établissement offre le service, conclut une entente avec un autre établissement ou précise un autre moyen de rendre le service disponible (voir modalités au lexique).

En résumé, à partir des besoins de la population d'expression anglaise de la région, le programme d'accès détermine les services requis pour répondre aux besoins identifiés, indique les prestataires de services en langue anglaise par le nom de l'établissement et, s'il y a lieu, celui de l'installation et les modalités d'accès à ces services.



## APPRÉCIATION DES PROGRAMMES DES AGENCES

Pour analyser les programmes d'accès, le ministère de la Santé et des Services sociaux s'appuiera sur des critères d'appréciation déterminés en fonction de l'objectif du programme d'accès qui est de rendre accessible aux personnes d'expression anglaise une gamme de services de santé et de services sociaux en langue anglaise qui soit *la plus complète possible et le plus près possible* du milieu de vie de ces personnes.

Ainsi, lors de cette analyse, une attention particulière sera portée sur les composantes du programme d'accès énumérées précédemment dans ce cadre de référence :

- l'identification des besoins des personnes d'expression anglaise relativisés en fonction de leurs particularités sociodémographiques ;
- l'identification des services requis pour répondre à ces besoins ;
- l'indication des établissements ayant le devoir de rendre des services requis en langue anglaise, y incluant l'inscription des établissements désignés de la région, le cas échéant ;
- l'identification des modalités d'accès aux services dispensés en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise.

Par ailleurs, la démarche utilisée par l'agence pour élaborer son programme, incluant les modalités de participation des personnes issues de la communauté d'expression anglaise, est retenue comme critère.

## SUIVI ET ÉVALUATION DES PROGRAMMES D'ACCÈS

Le Ministère, avec la collaboration des agences et du Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise, s'assure du suivi et de l'évaluation des programmes d'accès. À cette fin, un cadre de suivi et d'évaluation sera élaboré par le Ministère qui précisera, entre autres choses, les types de suivi et d'évaluation souhaités (ex. : suivi de la mise en place des programmes d'accès, évaluation des résultats liés à leur mise en place), les cibles prioritaires, les méthodes. Les indicateurs seront préparés à partir des outils disponibles et d'autres travaux réalisés sur le sujet (tels que l'*Aide-mémoire* du Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise et aux communautés culturelles<sup>18</sup>). Éventuellement, certains des indicateurs retenus pour le suivi ou l'évaluation des programmes d'accès pourraient apparaître dans les ententes de gestion.

---

18. Voir *Pour élaborer des projets cliniques en tenant compte des besoins et des particularités des personnes d'expression anglaise et du cadre législatif en place*, l'*Aide-mémoire*, MSSS, mars 2005.

## RESPONSABILITÉS DES DIFFÉRENTS COLLABORATEURS AU REGARD DES PROGRAMMES D'ACCÈS

### Le gouvernement

Approuver le programme d'accès de chaque région.

### Le Ministre

Fixer une date à compter de laquelle les agences doivent entreprendre la révision de leur programme d'accès.

Demander l'avis du Comité provincial.

Déposer au Conseil des ministres un mémoire sur le programme d'accès de chaque région avec ses recommandations dans les six mois qui suivent la réception de tous les programmes.

### Le Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise

Donner au gouvernement son avis sur l'approbation, l'évaluation et la modification par le gouvernement de chaque programme d'accès, en l'acheminant au ministre de la Santé et des Services sociaux.

Entreprendre les consultations qu'il juge appropriées pour l'élaboration de son avis.

### Le Ministère

Maintenir à jour un cadre de référence.

Apprécier le degré de conformité aux critères retenus dans son analyse des programmes d'accès.

Transmettre au Ministre son analyse et son appréciation des programmes d'accès.

Mettre au point des indicateurs de suivi et d'évaluation du programme d'accès avec la collaboration des agences.

### Les agences de la santé et des services sociaux

Cumuler des renseignements et des données au regard de la population d'expression anglaise et de leurs besoins en matière d'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise.

Produire l'inventaire des services accessibles en langue anglaise au niveau régional et à l'extérieur de la région.

Élaborer le programme d'accès de leur région en collaboration avec les établissements de la région et les représentants de la population d'expression anglaise.

S'assurer de la participation des établissements par les résolutions des conseils d'administration.

Recommander par une résolution du conseil d'administration le programme d'accès de leur région devant être soumis au gouvernement.

Transmettre au Ministre le programme d'accès, les renseignements demandés aux fins d'analyse et d'appréciation de ce programme, ainsi que les autres documents requis.

Informers les personnes d'expression anglaise de leur région des services, des modalités d'accès et des établissements inscrits au programme d'accès.

Assurer le suivi de leur programme d'accès.



Demander la participation du comité régional au processus d'évaluation et de modification du programme d'accès.

Demander l'avis du comité régional à propos du programme d'accès à soumettre au gouvernement.

Soutenir et conseiller, au besoin, les établissements inscrits au programme d'accès.

Entreprendre la révision du programme d'accès au moins tous les trois ans

### **Les CSSS et les établissements du réseau local<sup>19</sup>, en collaboration avec l'agence**

Produire l'inventaire des services accessibles en langue anglaise.

Définir les modalités à mettre en place pour rendre accessibles les services en langue anglaise, incluant les mécanismes de références et les contributions attendues des différents partenaires du réseau local.

Définir l'offre de service disponible en langue anglaise.

Identifier les prestataires des services en langue anglaise.

Transmettre à l'agence la résolution du conseil d'administration de son établissement indiqué au programme d'accès.

---

19. Les établissements peuvent être des CSSS de la région incluant tout établissement désigné en vertu de l'article 508, des centres hospitaliers régionaux ou universitaires, des centres de réadaptation, des centres de protection de l'enfance et de la jeunesse, et le cas échéant, des établissements d'une autre région.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Québec (Gouvernement du). Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Projet clinique, Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Document principal, Québec, MSSS, Octobre 2004, 81 p.

Québec (Gouvernement du). Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Projet clinique, Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Résumé, Québec, MSSS, Octobre 2004, 25 p.

Québec (Gouvernement du). Ministère de la Santé et des Services sociaux. *L'intégration des services de santé et des services sociaux, Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux des services de santé et des services sociaux*, Document principal, Québec, MSSS, Octobre 2004, 25 p.

Québec (Gouvernement du). Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Projet clinique, Cadre de référence pour les réseaux locaux des services de santé et des services sociaux*, Documentation, Québec, MSSS, Octobre 2004, 216 p.

Québec (Gouvernement du). Ministère de la Santé et des Services sociaux. *L'architecture des services de santé et des services sociaux, Les programmes-services et les programmes-soutien*, Document principal, Québec, MSSS, Janvier 2004, 35 p.

Québec (Gouvernement du). Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Le système de santé et de services sociaux. Vers une plus grande intégration des services*, Québec, MSSS, Janvier 2004, 23 diapositives (présentation PowerPoint).

Québec (Gouvernement du). Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Pour élaborer des projets cliniques en tenant compte des besoins et des particularités des personnes d'expression anglaise et du cadre législatif en place*, L'aide-mémoire, Montréal, Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise, Mars 2005, 15 p.

Québec (Gouvernement du). Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise*, Cadre de référence, Québec, MSSS, 1994, 31 p.

Québec (Gouvernement du). Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise*, Cadre général de suivi et d'évaluation, 1996, 38 p.

Québec (Gouvernement du). Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Définition et articulation d'un certain nombre de concepts couramment utilisés au ministère de la Santé et des Services sociaux*, Document préliminaire, Québec, MSSS, 1993, 15 p.

## LEXIQUE

### ÉTABLISSEMENT RECONNU

Un établissement *reconnu* est un établissement qui fournit ses services à des personnes en majorité d'une langue autre que le français et qui a obtenu de l'Office québécois de la langue française une reconnaissance en vertu de l'article 29.1 de la Charte de la langue française.

### ÉTABLISSEMENT DÉSIGNÉ

Un établissement *désigné* est un établissement que le gouvernement désigne parmi les établissements reconnus. Il s'agit d'un établissement tenu de rendre accessibles en langue anglaise aux personnes d'expression anglaise les services de santé et les services sociaux qu'il offre.

### ÉTABLISSEMENT INDIQUÉ

Un établissement *indiqué* est celui qui est identifié dans un programme d'accès comme devant offrir au moins un service ou un programme-service en langue anglaise.

### MODALITÉS

Les manières dont l'organisation répond aux besoins des personnes d'expression anglaise et informe la population sur les services accessibles en langue anglaise.

Il peut s'agir, entre autres :

- de la prestation des services en anglais, dans l'établissement, par le personnel en place ;
- d'une entente de service avec un autre établissement de la région, ou d'une autre région ;
- d'un mécanisme de référence et de prise en charge ;
- d'un corridor de services ;
- d'un service spécifiquement identifié ;
- d'une technologie ;
- d'une plage horaire spécifique de la prestation des services en langue anglaise ;
- de l'utilisation d'un service d'interprètes ;
- d'une entente de service professionnel avec un autre établissement de la région ou d'une autre région ;
- d'un moyen d'information ;
- de toutes autres modalités possibles.

### PERSONNES D'EXPRESSION ANGLAISE

Les personnes d'expression anglaise sont celles qui, dans leurs relations avec un établissement qui dispense des services de santé ou des services sociaux, se sentent plus à l'aise d'exprimer leurs besoins en langue anglaise et de recevoir les services dans cette langue.

### SERVICE ACCESSIBLE EN LANGUE ANGLAISE

Un service est accessible en langue anglaise lorsque l'utilisateur peut s'exprimer en langue anglaise et recevoir une réponse adéquate en cette même langue.

## ANNEXE

Extraits de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LRQ, c. S-4.2)

Extraits de la Loi sur les agences de développements de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (LRQ, c. A-8.1)

Extraits de la Charte de la langue française (LRQ, c. C-11)

### EXTRAITS DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX

1. Le régime de services de santé et de services sociaux institué par la présente loi a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie.

Il vise plus particulièrement à :

- 1° réduire la mortalité due aux maladies et aux traumatismes ainsi que la morbidité, les incapacités physiques et les handicaps ;
  - 2° agir sur les facteurs déterminants pour la santé et le bien-être et rendre les personnes, les familles et les communautés plus responsables à cet égard par des actions de prévention et de promotion ;
  - 3° favoriser le recouvrement de la santé et du bien-être des personnes ;
  - 4° favoriser la protection de la santé publique ;
  - 5° favoriser l'adaptation ou la réadaptation des personnes, leur intégration ou leur réintégration sociale ;
  - 6° diminuer l'impact des problèmes qui compromettent l'équilibre, l'épanouissement et l'autonomie des personnes ;
  - 7° atteindre des niveaux comparables de santé et de bien-être au sein des différentes couches de la population et des différentes régions.
2. Afin de permettre la réalisation de ces objectifs, la présente loi établit un mode d'organisation des ressources humaines, matérielles et financières destiné à :
    - 1° assurer la participation des personnes et des groupes qu'elles forment au choix des orientations, à l'instauration, à l'amélioration, au développement et à l'administration des services ;
    - 2° favoriser la participation de tous les intervenants des différents secteurs d'activité de la vie collective dont l'action peut avoir un impact sur la santé et le bien-être ;
    - 3° partager les responsabilités entre les organismes publics, les organismes communautaires et les autres intervenants du domaine de la santé et des services sociaux ;
    - 4° rendre accessibles des services continus de façon à répondre aux besoins des individus, des familles et des groupes aux plans physique, psychique et social ;
    - 5° tenir compte des particularités géographiques, linguistiques, socio-culturelles, ethno-culturelles et socio-économiques des régions ;


- 6° favoriser, compte tenu des ressources, l'accessibilité à des services de santé et à des services sociaux selon des modes de communication adaptés aux limitations fonctionnelles des personnes ;
  - 7° favoriser, compte tenu des ressources, l'accessibilité à des services de santé et des services sociaux, dans leur langue, pour les personnes des différentes communautés culturelles du Québec ;
  - 8° favoriser la prestation efficace et efficiente de services de santé et de services sociaux, dans le respect des droits des usagers de ces services ;
  - 8.1° assurer aux usagers la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux ;
  - 9° assurer la participation des ressources humaines des établissements visés au titre I de la partie II au choix des orientations de ces établissements et à la détermination de leurs priorités ;
  - 10° promouvoir la recherche et l'enseignement de façon à mieux répondre aux besoins de la population.
- 3.** Pour l'application de la présente loi, les lignes directrices suivantes guident la gestion et la prestation des services de santé et des services sociaux :
- 1° la raison d'être des services est la personne qui les requiert ;
  - 2° le respect de l'utilisateur et la reconnaissance de ses droits et libertés doivent inspirer les gestes posés à son endroit ;
  - 3° l'utilisateur doit, dans toute intervention, être traité avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité, de son autonomie, de ses besoins et de sa sécurité ;
  - 4° l'utilisateur doit, autant que possible, participer aux soins et aux services le concernant ;
  - 5° l'utilisateur doit, par une information adéquate, être incité à utiliser les services de façon judicieuse.
- 4.** Toute personne a le droit d'être informée de l'existence des services et des ressources disponibles dans son milieu en matière de santé et de services sociaux ainsi que des modalités d'accès à ces services et à ces ressources.
- 5.** 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 sécuritaire.
- 6.** Toute personne a le droit de choisir le professionnel ou l'établissement duquel elle désire recevoir des services de santé ou des services sociaux.
- Rien dans la présente loi ne limite la liberté qu'a un professionnel d'accepter ou non de traiter une personne.
- 7.** Toute personne dont la vie ou l'intégrité est en danger a le droit de recevoir les soins que requiert son état. Il incombe à tout établissement, lorsque demande lui en est faite, de voir à ce que soient fournis ces soins.
- 8.** Tout usager des services de santé et des services sociaux a le droit d'être informé sur son état de santé et de bien-être, de manière à connaître, dans la mesure du possible, les différentes options qui s'offrent à lui ainsi que les risques et les conséquences généralement associés à chacune de ces options avant de consentir à des soins le concernant.
- Il a également le droit d'être informé, le plus tôt possible, de tout accident survenu au cours de la prestation de services qu'il a reçus et susceptible d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences

sur son état de santé ou son bien-être ainsi que des mesures prises pour contrer, le cas échéant, de telles conséquences ou pour prévenir la récurrence d'un tel accident.

Pour l'application du présent article et des articles 183.2, 233.1, 235.1 et 431 et à moins que le contexte ne s'y oppose, on entend par :

« accident » : action ou situation où le risque se réalise et est, ou pourrait être, à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être de l'utilisateur, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers.

- 9.** Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'exams, de prélèvements, de traitement ou de toute autre intervention.  
Le consentement aux soins ou l'autorisation de les prodiguer est donné ou refusé par l'utilisateur ou, le cas échéant, son représentant ou le tribunal, dans les circonstances et de la manière prévues aux articles 10 et suivants du Code civil (Lois du Québec, 1991, chapitre 64).
- 10.** Tout usager a le droit de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être.  
Il a notamment le droit de participer à l'élaboration de son plan d'intervention ou de son plan de services individualisé, lorsque de tels plans sont requis conformément aux articles 102 et 103.  
Il en est de même pour toute modification apportée à ces plans.
- 11.** Tout usager a le droit d'être accompagné et assisté d'une personne de son choix lorsqu'il désire obtenir des informations ou entreprendre une démarche relativement à un service dispensé par un établissement ou pour le compte de celui-ci ou par tout professionnel qui exerce sa profession dans un centre exploité par l'établissement.
- 12.** Les droits reconnus à toute personne dans la présente loi peuvent être exercés par un représentant. Sont présumées être des représentants les personnes suivantes, selon les circonstances et sous réserve des priorités prévues au Code civil (Lois du Québec, 1991, chapitre 64) :
  - 1° le titulaire de l'autorité parentale de l'utilisateur mineur ou le tuteur de cet usager ;
  - 2° le curateur, le tuteur, le conjoint ou un proche parent de l'utilisateur majeur inapte ;
  - 3° la personne autorisée par un mandat donné par l'utilisateur majeur inapte antérieurement à son inaptitude ;
  - 4° la personne qui démontre un intérêt particulier pour l'utilisateur majeur inapte.
- 13.** Le droit aux services de santé et aux services sociaux et le droit de choisir le professionnel et l'établissement prévus aux articles 5 et 6, s'exercent en tenant compte des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose.
- 14.** Un établissement ne peut cesser d'héberger un usager qui a reçu son congé que si l'état de celui-ci permet son retour ou son intégration à domicile ou si une place lui est assurée auprès d'un autre établissement ou de l'une de ses ressources intermédiaires ou d'une ressource de type familial où il pourra recevoir les services que requiert son état.  
Sous réserve du premier alinéa, un usager doit quitter l'établissement qui lui dispense des services d'hébergement dès qu'il reçoit son congé conformément aux dispositions du règlement pris en vertu du paragraphe 28° de l'article 505.

- 
- 15.** Toute personne d'expression anglaise a le droit de recevoir en langue anglaise des services de santé et des services sociaux, compte tenu de l'organisation et des ressources humaines, matérielles et financières des établissements qui dispensent ces services et dans la mesure où le prévoit un programme d'accès visé à l'article 348.
- 16.** Rien dans la présente loi ne limite le droit d'une personne ou de ses ayants cause d'exercer un recours contre un établissement, ses administrateurs, employés ou préposés ou un professionnel en raison d'une faute professionnelle ou autre. Un tel recours ne peut faire l'objet d'une renonciation. Il en est de même à l'égard du droit d'exercer un recours contre une ressource de type familial.
- 99.3.** La mise en place d'un réseau local de services de santé et de services sociaux vise à responsabiliser tous les intervenants de ce réseau afin qu'ils assurent de façon continue, à la population du territoire de ce réseau, l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux généraux, spécialisés et surspécialisés.
- 99.5.** L'instance locale est responsable de définir un projet clinique et organisationnel identifiant, pour le territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux, les éléments suivants :
- 1° les besoins sociosanitaires et les particularités de la population en fonction d'une connaissance de l'état de santé et de bien-être de celle-ci ;
  - 2° les objectifs poursuivis concernant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population ;
  - 3° l'offre de services requise pour satisfaire aux besoins et aux particularités de la population ;
  - 4° les modes d'organisation et les contributions attendues des différents partenaires de ce réseau.
- Le projet clinique et organisationnel doit être conforme aux orientations ministérielles et régionales et respecter les standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que les ressources disponibles.
- Aux fins de définir son projet clinique et organisationnel, une instance locale doit, pour le territoire de son réseau local, mobiliser les établissements offrant des services spécialisés et surspécialisés, les divers groupes de professionnels, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, les ressources privées et les intervenants des autres secteurs d'activité ayant un impact sur les services de santé et les services sociaux et s'assurer de leur participation.
- 99.6.** Dans la perspective d'améliorer la santé et le bien-être de la population de son territoire, une instance locale doit offrir :
- 1° des services généraux, notamment des services de prévention, d'évaluation, de diagnostic et de traitement, de réadaptation, de soutien et d'hébergement ;
  - 2° certains services spécialisés et surspécialisés, lorsque ceux-ci sont disponibles.
- 99.7.** Afin de s'assurer de la coordination des services requis pour la population du territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux, l'instance locale doit :
- 1° définir et mettre en place des mécanismes d'accueil, de référence et de suivi des usagers des services de santé et des services sociaux ;
  - 2° instaurer des mécanismes ou conclure des ententes avec les différents producteurs de services ou partenaires que sont, notamment, les établissements offrant des services spécialisés ou surspécialisés, les médecins du territoire, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et les ressources privées ;

- 3° prendre en charge, accompagner et soutenir les personnes, notamment celles ayant des besoins particuliers et plus complexes, afin de leur assurer, à l'intérieur du réseau local de services de santé et de services sociaux, la continuité des services que requiert leur état ;
- 4° créer des conditions favorables à l'accès, à la continuité et à la mise en réseau des services médicaux généraux, de concert avec l'agence, le département régional de médecine générale et la table régionale des chefs de département de médecine spécialisée, en portant une attention particulière à l'accessibilité :
  - a) à des plateaux techniques diagnostiques pour tous les médecins ;
  - b) à l'information clinique, entre autres, le résultat d'examens diagnostiques tels ceux de laboratoire et d'imagerie médicale, les profils médicamenteux et les résumés de dossiers ;
  - c) à des médecins spécialistes par les médecins de famille dans une perspective de hiérarchisation des services lorsqu'approprié.

**99.8.** Une instance locale doit recourir à différents modes d'information et de consultation de la population afin de la mettre à contribution à l'égard de l'organisation des services et de connaître sa satisfaction en regard des résultats obtenus.

**105.1.** Tout établissement, autre qu'une instance locale, doit contribuer significativement à la définition du projet clinique et organisationnel initié par une instance locale et préciser à l'agence concernée l'offre de services qu'il rend disponible au palier local, régional ou suprarégional.

Un tel établissement doit également conclure avec l'instance locale, à l'intérieur des délais déterminés par l'agence, les ententes nécessaires pour permettre à cette instance d'assurer la coordination des services requis pour la population du territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux.

À défaut d'entente à l'intérieur des délais déterminés par l'agence, celle-ci précise la contribution attendue de chacun des établissements.

#### **En vig. : 1 août 2006**

**128.** Une agence peut, si elle estime que les circonstances le justifient et après avoir consulté les établissements concernés, proposer au ministre que deux ou plusieurs établissements qui ont leur siège dans le territoire de cette agence soient administrés par le même conseil d'administration. L'agence doit toutefois tenir compte des caractéristiques ethnoculturelles ou linguistiques des établissements concernés, particulièrement celles des établissements reconnus en vertu de l'article 29.1 de la Charte de la langue française (chapitre C-11).

La décision du ministre d'accepter la proposition de l'agence doit être approuvée par le gouvernement, lequel détermine le type de conseil d'administration qui doit être retenu pour administrer les établissements concernés de même que le jour et le mois où doivent être tenues l'élection et les désignations des personnes visées aux articles 135 et 137.

Le ministre dépose chaque décret pris en vertu du deuxième alinéa devant l'Assemblée nationale dans les 30 jours de son adoption ou, si elle ne siège pas, dans les 30 jours de la reprise de ses travaux.

- 340.** L'agence est instituée pour exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

À cette fin, l'agence a pour objet :

- 1° d'assurer la participation de la population à la gestion du réseau public de services de santé et de services sociaux et d'assurer le respect des droits des usagers;
- 1.1° de s'assurer d'une prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux aux usagers;
- 2° de faciliter le développement et la gestion des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de sa région ;
- 3° d'élaborer le plan stratégique pluriannuel visé à l'article 346.1 et d'en assurer le suivi ;
- 4° d'allouer les budgets destinés aux établissements, d'accorder les subventions aux organismes communautaires et d'attribuer les allocations financières aux ressources privées visées à l'article 454 ;
- 5° d'assurer la coordination des activités médicales particulières des médecins soumis à une entente visée à l'article 360 ou à l'article 361.1 ainsi que des activités des établissements, des organismes communautaires, des ressources intermédiaires et des résidences privées d'hébergement et organismes communautaires visés à l'article 454 et de favoriser leur collaboration avec les autres agents de développement de leur milieu ;
- 5.1° d'assurer la coordination des services de sa région avec ceux offerts dans les régions avoisinantes et d'exercer, sur demande du ministre, la coordination interrégionale ;
- 6° de mettre en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes ;
- 7° d'assurer une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition ;
- 7.1° d'exercer les responsabilités qui lui sont confiées par la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (chapitre S-6-2) ;
- 7.2° d'évaluer les résultats de la mise en œuvre de son plan stratégique et d'assurer la reddition de comptes de sa gestion en fonction des cibles nationales et régionales et en vertu des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus ;
- 7.3° de soutenir les établissements dans l'organisation des services et d'intervenir auprès de ceux-ci pour favoriser la conclusion d'ententes de services visant à répondre aux besoins de la population ou, à défaut d'entente et conformément à l'article 105.1, de préciser la contribution attendue de chacun des établissements ;
- 7.4° de permettre, afin de faciliter la conclusion d'ententes visées au paragraphe 7.3°, l'utilisation de nombreux modèles d'ententes types ;
- 7.5° de s'assurer que les mécanismes de référence et de coordination des services entre les établissements sont établis et fonctionnels ;
- 7.6° de développer des outils d'information et de gestion pour les établissements de sa région et de les adapter aux particularités de ceux-ci ;
- 7.7° de prévoir des modalités et de développer des mécanismes pour informer la population, la mettre à contribution à l'égard de l'organisation des services et pour connaître sa satisfaction en regard des résultats obtenus ;

- 7.8° de développer des mécanismes de protection des usagers et de promotion et de défense de leurs droits ;
- 8° d'exécuter tout mandat que le ministre lui confie.

**340.1.** Une agence exerce ses responsabilités en prenant en considération les propositions d'un réseau universitaire intégré de santé visées à l'article 436.6.

De plus, sur toute question relative aux plateaux techniques, aux effectifs médicaux et aux corridors de services, une agence doit demander l'avis du réseau universitaire intégré de santé qui dessert son territoire.

La décision de l'agence prise à la suite des propositions ou d'un avis d'un réseau universitaire intégré de santé doit être motivée et transmise par écrit à ce dernier.

**346.1.** En conformité avec les orientations ministérielles et dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles, l'agence est responsable d'élaborer un plan stratégique pluriannuel identifiant, pour le territoire de sa région, les éléments suivants :

- 1° les besoins sociosanitaires et les particularités de la population en fonction d'une connaissance de l'état de santé et de bien-être de celle-ci ;
- 2° les objectifs poursuivis concernant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, l'organisation et la gestion des services ;
- 3° les mandats et les responsabilités qui devront être assumés par les instances locales, les autres établissements et les organismes communautaires pour atteindre ces objectifs ;
- 4° les mécanismes de coordination régionale et de mobilisation des partenaires à la mise en œuvre de ce plan stratégique.

Aux fins d'élaborer son plan stratégique, une agence doit prendre avis du Forum de la population, mettre à contribution les établissements et les organismes communautaires de sa région et s'assurer de la collaboration des intervenants des autres secteurs d'activité ayant un impact sur les services de santé et les services sociaux.

**348.** Une régie régionale doit élaborer, en collaboration avec les établissements, un programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise de sa région dans les centres exploités par les établissements de sa région qu'elle indique ou, le cas échéant, conjointement avec d'autres régies régionales, élaborer un tel programme dans les centres exploités par les établissements d'une autre région.

Un tel programme d'accès doit tenir compte des ressources humaines, matérielles et financières des établissements et inclure tout établissement de la région qui est désigné en vertu de l'article 508.

Ce programme doit être approuvé par le gouvernement et être révisé au moins tous les trois ans.

**508.** Le gouvernement désigne parmi les établissements reconnus en vertu de l'article 29.1 de la Charte de la langue française (chapitre C-11) ceux qui sont tenus de rendre accessibles aux personnes d'expression anglaise, les services de santé et les services sociaux en langue anglaise.

**509.** Le gouvernement prévoit, par règlement, la formation d'un comité provincial chargé de donner son avis au gouvernement sur :

- 1° la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise ;
- 2° l'approbation, l'évaluation et la modification par le gouvernement de chaque programme d'accès élaboré par une régie régionale conformément à l'article 348.

Ce règlement doit prévoir la composition de ce comité, ses règles de fonctionnement et de régie interne, les modalités d'administration de ses affaires ainsi que ses fonctions, devoirs et pouvoirs.

**510.** Le gouvernement prévoit, par règlement, la formation de comités régionaux chargés :

- 1° de donner leur avis à une régie régionale sur les programmes d'accès que cette régie élabore conformément à l'article 348 ;
- 2° d'évaluer ce programme d'accès et, le cas échéant, d'y suggérer des modifications.

La régie régionale concernée détermine par règlement, pour son comité régional, la composition de ce comité, ses règles de fonctionnement et de régie interne, les modalités d'administration de ses affaires ainsi que ses fonctions, devoirs et pouvoirs.

## EXTRAITS DE LA LOI SUR LES AGENCES DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

- 34.** Lorsqu'une instance locale visée à l'article 33 devient cessionnaire des services qu'un établissement indiqué dans un programme élaboré en application de l'article 348 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) était tenu de rendre accessibles en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise, elle doit continuer de maintenir ces services comme si elle était mentionnée dans le programme et ce, jusqu'à la révision de ce dernier.
- 35.** Lorsqu'un établissement reconnu en vertu de l'article 29.1 de la Charte de la langue française (chapitre C-11) est fusionné avec un établissement détenant une telle reconnaissance, le nouvel établissement conserve cette reconnaissance et ce, jusqu'à ce qu'elle soit, à sa demande, retirée par le gouvernement en application de cette charte.
- 36.** Lorsqu'un établissement reconnu en vertu de l'article 29.1 de la Charte de la langue française (chapitre C-11) est fusionné avec un établissement ne détenant pas une telle reconnaissance, le nouvel établissement conserve cette reconnaissance uniquement pour les installations qui dépendaient auparavant de l'établissement reconnu et ce, jusqu'à ce que cette reconnaissance soit, à sa demande, retirée par le gouvernement en application de l'article 29.1 de cette charte. Une personne qui exerce ses fonctions ou exécute sa prestation de travail dans une telle installation est, pour l'application des articles 20 et 26 de cette charte, réputée être un employé de cette installation.

## EXTRAITS DE LA CHARTE DE LA LANGUE FRANÇAISE

1. Le français est la langue officielle du Québec.
4. Les travailleurs ont le droit d'exercer leurs activités en français.
- 29.1** Les commissions scolaires anglophones et la Commission scolaire du Littoral sont des organismes scolaires reconnus.

L'Office doit reconnaître, à sa demande :

- 1° une municipalité, lorsque plus de la moitié des résidents de son territoire sont de langue maternelle anglaise ;
- 2° un organisme relevant de l'autorité d'une ou de plusieurs municipalités et participant à l'administration de leur territoire, lorsque chacune de ces municipalités est déjà reconnue ;
- 3° un établissement de services de santé et de services sociaux visé à l'Annexe, lorsqu'il fournit ses services à des personnes en majorité d'une langue autre que le français.

Le gouvernement peut, sur demande de l'organisme ou de l'établissement qui ne satisfait plus à la condition qui lui a permis d'obtenir la reconnaissance de l'Office, retirer celle-ci s'il le juge approprié compte tenu des circonstances et après avoir consulté l'Office. Cette demande est faite auprès de l'Office qui la transmet au gouvernement avec copie du dossier. Ce dernier informe l'Office et l'organisme ou l'établissement de sa décision.