

Guide pour l'élaboration du programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise

Novembre 2025

Cette publication a été réalisée par le Bureau du sous-ministre en collaboration avec la Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse : Quebec.ca/publications-santé-services-sociaux

Pour plus d'information : Quebec.ca/gouv/santé-services-sociaux

Dépôt légal – 2025

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-555-02592-9 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2025

AVANT-PROPOS

La Charte de la langue française (CLF) établit le devoir d'exemplarité de l'État relativement à l'utilisation, à la promotion, au rayonnement et à la protection de la langue française. Toutefois, tel que le prévoit l'article 22.5 de la CLF, le devoir d'exemplarité de l'État n'a pas pour effet de limiter le droit des personnes d'expression anglaise de recevoir des services de santé et des services sociaux en anglais établi à l'article 18 de la *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux* (LGSSSS). Des services en langue anglaise sont ainsi accessibles dans les [établissements désignés](#) par décret du gouvernement et des services sont indiqués dans les programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise (programme d'accès) des autres établissements.

La Directive précisant la nature des situations dans lesquelles le réseau de la santé et des services sociaux entend utiliser une autre langue que le français dans les cas où le permettent les dispositions de la Charte de la langue française – [VOLET SOINS ET SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX](#) apporte certaines précisions.

En ce qui a trait aux programmes d'accès, il incombe à chaque établissement territorial, autre que territorial et regroupé, de déterminer les services offerts aux personnes d'expression anglaise sur leur territoire respectif. Conformément à la LGSSSS, sanctionnée le 13 décembre 2023, la liste des services offerts en langue anglaise de chaque établissement permettra à Santé Québec d'élaborer un seul programme d'accès à l'échelle nationale.

Pour tenir compte de ces transformations, le Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise et aux communautés ethnoculturelles a procédé, en collaboration avec le ministère de la Langue française et le Secrétariat aux relations avec les Québécois d'expression anglaise, à la refonte du « Guide pour l'élaboration du programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise » (Guide). De plus, des consultations ont été organisées pour solliciter la participation des membres du Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise. Le présent document en est le résultat.

Rappelons que le but du programme d'accès est de faciliter l'accès à l'information quant aux services accessibles en langue anglaise et au lieu où ils sont offerts, et ce, pour chaque région sociosanitaire du Québec. Le programme doit être succinct et facile à consulter pour l'utilisateur et sa famille, l'intervenant qui doit référer un usager vers un autre service

et le gestionnaire qui doit assurer l'accès à des services en langue anglaise tout le long du continuum de services lorsque requis.

TABLE DES MATIÈRES

ASSISES ET OBJECTIFS DU GUIDE	1
IMPORTANCE DE L'ACCÈS LINGUISTIQUE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX	1
OBJECTIFS DU GUIDE	2
LOI SUR LA GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX	3
PROGRAMME D'ACCÈS DE SANTÉ QUÉBEC	6
ENCADREMENT DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX EN LANGUE ANGLAISE réfère à la liste des programmes services en annexe	6
ÉLABORATION DE LA LISTE DES SERVICES OFFERTS EN LANGUE ANGLAISE QUI CONTRIBUERA AU PROGRAMME D'ACCÈS	8
ÉTAPES D'ÉLABORATION DE LA LISTE DES SERVICES OFFERTS EN LANGUE ANGLAISE QUI CONTRIBUERA AU PROGRAMME D'ACCÈS	8
Portrait des besoins de la population d'expression anglaise	8
Collecte de données	9
Analyse des écarts à combler	11
Rédaction de la liste des services offerts en langue anglaise qui contribuera au programme d'accès	15
Élaboration du programme d'accès par SANTÉ QUÉBEC	15
AVIS, ADOPTION ET APPROBATION DU PROGRAMME D'ACCÈS	16
Avis du Comité régional sur le programme d'accès	16
Avis du Comité national sur le programme d'accès	16
DÉMARCHE	17
PLAN DE COMMUNICATION	18
Diffusion du programme d'accès	18
Annexe A	19
Établissements selon la LGSSSS	19
Annexe B	22
Programmes services du MSSS	22
Annexe C	23
Services de santé et services sociaux selon LGSSSS (article 4)	23

SIGLES ET ACRONYMES

CLSC	Centre local de services communautaires
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CR	Centre de réadaptation
CRD	Centre de réadaptation en dépendance
CRDI	Centre de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle (pouvant inclure ou non : troubles du spectre de l'autisme ou troubles envahissants de développement)
CRDP	Centre de réadaptation pour personnes ayant une déficience physique
CRDPA	Centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique auditive
CRDPM	Centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique motrice
CRDPV	Centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique visuelle
CRJDA	Centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation
CRMDA	Centre de réadaptation pour les mères en difficulté d'adaptation
CRPAT	Centre de réadaptation pour les personnes alcooliques et les autres personnes toxicomanes
CHPSY	Centre hospitalier de soins psychiatriques
ENM	Enquête nationale auprès des ménages
GMF	Groupe de médecine familiale
IRP	Initiative de réseautage et de partenariats
ISQ	Institut de la statistique du Québec
LGSSSS	Loi sur la gouvernance du système de santé et des services sociaux
LMRSSS	Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
RCSSS	Réseau communautaire de santé et de services sociaux
RLS	Réseau local de services de santé et de services sociaux
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
RTS	Réseau territorial de services

ASSISES ET OBJECTIFS DU GUIDE

Le présent Guide offre aux établissements visés un cadre commun à l'échelle nationale. Il est structuré pour les accompagner dans la démarche d'identification des services offerts aux personnes d'expression anglaise sur leur territoire respectif qui, par la suite, seront intégrés au programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise que doit élaborer Santé Québec.

Il prend en considération trois principes importants :

- le lien entre une bonne communication et la réussite des interventions cliniques;
- les besoins, exprimés par les communautés anglophones, en ce qui concerne l'accès aux services de santé et aux services sociaux dans leur langue;
- l'évaluation des résultats dans un contexte d'amélioration continue.

IMPORTANCE DE L'ACCÈS LINGUISTIQUE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX

Les anglophones unilingues ou ceux qui ont une connaissance limitée du français sont plus réticents à recourir au système de santé, avec les conséquences que cela peut entraîner pour leur santé¹.

Dans le domaine de la santé et des services sociaux, l'accès à l'information en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise est essentiel à leur participation à la planification et à la mise en œuvre des programmes-services, sur le plan collectif, et à leur participation au traitement d'une intervention clinique réussie, sur le plan individuel.

Les services de santé et les services sociaux qui sont linguistiquement mal adaptés peuvent entraîner des erreurs médicales graves². La littérature scientifique contient de nombreux exemples de barrières linguistiques ayant compromis l'accessibilité et la qualité des services de santé et des services sociaux, entre autres, des erreurs de médicaments, de mauvais diagnostics et une exposition inutile aux risques.

¹ Carter, J. et J. Pocock (2022) pour Santé Canada, Rapport sur les priorités des communautés d'expression anglaise du Québec en matière de santé et de services sociaux, <https://chssn.org/fr/documents/rapport-priorites-communautes-sante/>.

² Bowen, S. (2015) pour la Société Santé en Français (SSF). Impact des barrières linguistiques sur la sécurité des patients et la qualité des soins, <https://savoir-sante.ca/index.php/fr/themes/normes-linguistiques/item/429-impact-des-barrieres-linguistiques>.

Dans de tels contextes, il est évident qu’une communication claire entre l’intervenant de la santé et des services sociaux et l’usager est indispensable à la qualité et à la sécurité des services donnés.

L’Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) constate qu’une mauvaise communication avec les usagers anglophones entraîne des visites plus longues et moins fréquentes aux cliniques, des visites plus nombreuses au service d’urgence, moins de suivis, une plus grande insatisfaction quant aux services reçus, une hospitalisation plus fréquente et des examens médicaux plus nombreux, augmentant ainsi le coût des services³.

Les initiatives d’amélioration de la qualité des services et de réduction du taux d’erreurs médicales doivent tenir compte de l’importance d’une communication fidèle et efficace entre les prestataires de services de santé et de services sociaux et leurs usagers d’expression anglaise.

Outre le respect des exigences légales, les prestataires de services sont tenus d’offrir ces derniers en s’assurant que les usagers les comprennent, à défaut de quoi des enjeux de nature éthique ou discriminatoire pourraient survenir et entraîner des impacts négatifs sur la santé des personnes, notamment⁴ :

- le défaut de fournir des services conformes à la norme appliquée aux services donnés à d’autres usagers;
- le défaut d’assurer adéquatement le consentement éclairé des usagers aux traitements qu’ils subissent.

Une communication efficace s’impose également en ce qui concerne les initiatives de promotion de la santé et de prévention de la maladie afin que les personnes d’expression anglaise puissent participer pleinement au maintien de leur santé.

OBJECTIFS DU GUIDE

Le programme d’accès est essentiel pour soutenir les établissements et le personnel dans l’offre de service aux communautés d’expression anglaise.

³ Ouimet, A.-M., Trempe, N., Vissandjée, B. et Bourdon, J.-F. Adaptation linguistique des soins et des services de santé : enjeux et stratégies. INSPQ, janvier 2013.

⁴ Bowen, Sarah. Barrières linguistiques dans l’accès aux soins de santé. Santé Canada, 2001. www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/acces/2001-lang-acces/index-fra.php.

Le présent Guide vise ainsi à :

- harmoniser l'approche utilisée pour déterminer les services offerts aux personnes d'expression anglaise dans l'ensemble des établissements publics au Québec, tout en respectant les particularités des besoins des communautés d'expression anglaise en matière d'accès linguistique aux services pour les différentes régions sociosanitaires;
- outiller les responsables pour déterminer des services qui répondent aux besoins des communautés d'expression anglaise;
- soutenir les responsables et la direction des établissements dans la sensibilisation et la mobilisation du personnel, afin que les services déterminés soient intégrés à l'ensemble des activités des établissements;
- assurer la conformité du programme d'accès de Santé Québec au cadre législatif et réglementaire en vigueur au Québec tout en étant rigoureux, complet et efficace.

LOI SUR LA GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Depuis la fusion des établissements publics le 1^{er} décembre 2024, Santé Québec s'assure de la coordination des opérations du Réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) alors que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) détermine les orientations et élabore les politiques et programmes.

Spécifiquement, les articles 22 et 27 de la LGSSSS déterminent les fonctions du ministre de la Santé et de Santé Québec comme suit :

Le ministre :

« [...] 1° établit les politiques de santé et de services sociaux, notamment dans un souci d'accroître la valeur des services pour les usagers, s'assure qu'elles sont mises en œuvre et les évalue;

2° valorise l'enseignement, la recherche, l'évaluation des technologies et des modes d'intervention, les innovations et les pratiques de pointe ainsi que le transfert des connaissances et veille à leur promotion;

3° détermine les orientations et les indicateurs de performance relatifs aux standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience quant aux services en tenant compte de leur valeur pour les usagers ainsi que ceux relatifs au respect de leurs droits et au partenariat avec ces derniers et diffuse ces orientations et indicateurs auprès de Santé Québec et des établissements de celle-ci;

4° détermine les orientations, les cibles et les standards du régime d'examen des plaintes des usagers;

5° s'assure de la reddition de comptes de la gestion du réseau de la santé et des services sociaux en fonction de ses orientations et indicateurs, de même qu'il apprécie et évalue les résultats en matière de santé et de services sociaux. [...]» (Art. 22, LGSSSS).

Santé Québec :

« [...] 1° met en place des mécanismes d'accès aux services du domaine de la santé et des services sociaux;

2° élabore un programme national sur la qualité des services;

3° institue un système national de dépôt de renseignements et notamment y tient les dossiers des usagers qui reçoivent des services de santé ou des services sociaux des établissements publics;

4° maintient une réserve stratégique nationale de médicaments et de fournitures;

5° forme un comité national des usagers et voit à son bon fonctionnement;

6° prévient la récurrence des incidents et des accidents lors de la prestation des services de santé et des services sociaux;

7° forme des directions de santé publique;

8° assure la mise en place de mécanismes permettant la consultation et la mobilisation des intervenants des différents secteurs d'activité de la vie collective dont l'action peut avoir un impact sur la santé et le bien-être et d'autres membres de la population, et ce, afin d'agir sur les déterminants de la santé et du bien-être et d'améliorer les services de santé et les services sociaux offerts. [...] » (Art. 27, LGSSSS).

À noter qu'en vertu du quatrième alinéa de l'article 26 de la LGSSSS, Santé Québec a notamment pour mission d'exercer toute fonction qui lui incombe en vertu d'une loi ou que le ministre de la Santé lui confie.

En plus d'abroger la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (LMRSSS) et de rendre partiellement inapplicable la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (renommée la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis* et applicable maintenant sur certains territoires qui ne sont pas visés par la LGSSSS), cette loi modifie aussi l'organisation et la gouvernance du RSSS.

Les objectifs sont de favoriser et de simplifier l'accès aux services pour la population, de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des services et d'accroître l'efficacité et l'efficacités de ce réseau, notamment par l'intégration au sein de Santé Québec des centres intégrés de santé et de services sociaux et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux qui sont maintenant reconnus comme étant des établissements territoriaux de Santé Québec. Ces derniers sont en fait des unités administratives de Santé Québec. En plus d'assurer la prestation de services de santé et de services sociaux, ce type d'établissement est responsable des territoires de réseaux

locaux de services de santé et de services sociaux (RLS) de sa région. Ils assument la responsabilité de la santé des individus vivant sur leur territoire, en s'assurant de satisfaire aux besoins sociosanitaires et aux particularités de la population du territoire. De plus, l'établissement doit mettre en réseau les autres établissements publics et les autres personnes ou groupements en mesure de fournir des services à la population de ce territoire dans le but, collectivement, d'assurer de façon continue l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux généraux, spécialisés et surspécialisés visant à satisfaire les besoins sociosanitaires et les particularités de cette population⁵. Cette responsabilité s'applique donc particulièrement à l'accessibilité aux services et à l'efficacité des interventions.

Enfin, le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James est un établissement public intégré à Santé Québec. Il s'agit du seul établissement territorial assurant le service à une population nordique visé par la loi⁶.

Santé Québec devient le plus important employeur du RSSS, et ce dernier est composé de 51 établissements publics⁷, soit :

- 23 établissements publics territoriaux de Santé Québec, dont le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James (CRSSSJ);
- 7 établissements publics autres que territoriaux de Santé Québec;
- 17 établissements publics regroupés de Santé Québec;
- 4 établissements assurant le service à une population nordique et autochtone qui ne sont pas intégrés à Santé Québec :
 - Centre de santé Inuulitsivik,
 - Centre de santé Tulattavik de l'Ungava,
 - Centre local de services communautaires (CLSC) Naskapi,
 - Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James.

Les définitions légales des différents types d'établissements publics sont présentées à l'[annexe A](#) pour référence.

⁵ https://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/salle-de-presse/2023-12-09_fiche-technique-glossaire-pl15.pdf.

⁶ https://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/salle-de-presse/2023-12-09_fiche-technique-glossaire-pl15.pdf.

⁷ *Idem*.

Toutefois et afin de préserver la stabilité du RSSS, la configuration actuelle des régions sociosanitaires et des RLS demeure inchangée⁸.

PROGRAMME D'ACCÈS DE SANTÉ QUÉBEC

Avant l'adoption de la LGSSSS, chaque établissement public avait l'obligation légale d'élaborer son programme d'accès spécifique. Trente programmes d'accès ont ainsi été adoptés par décrets (n^{os} 923-2023 et 924-2023) le 31 mai 2023, et seront en vigueur pour la période 2023-2026.

Suivant l'adoption de la LGSSSS et conformément à l'article 415 de celle-ci, Santé Québec aura l'obligation d'élaborer un programme d'accès, à l'échelle nationale. Pour ce faire, chaque établissement de Santé Québec, en collaboration avec son comité régional, doit faire l'inventaire des services qu'il offre en langue anglaise et en acheminer la liste détaillée à Santé Québec.

À partir des listes des services offerts en langue anglaise par les établissements, Santé Québec élaborera le programme d'accès qui pourra être réajusté selon son analyse ou encore selon les modifications suggérées par les comités régionaux.

ENCADREMENT DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX EN LANGUE ANGLAISE RÉFÈRE À LA LISTE DES PROGRAMMES SERVICES EN ANNEXE

Bien que la LGSSSS ait apporté des changements au mode d'organisation du RSSS, l'encadrement légal du droit des personnes d'expression anglaise à des services de santé et à des services sociaux en langue anglaise demeure inchangé.

Les articles 7 à 9 de la LGSSSS prévoient pour toute personne certains droits, dont ceux d'être informée de l'existence des services offerts et des ressources disponibles, 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, de choisir le professionnel ou l'établissement où elle désire recevoir ces services. Quant aux articles 11 et 12, ils précisent l'obligation de consentement de l'utilisateur, qui doit être informé sur son état de santé et les différentes options qui s'offrent à lui afin de donner un consentement éclairé. Finalement, l'article 18 de la LGSSSS reprend en toutes lettres l'article 15 de la LSSSS, en prévoyant que toute personne d'expression a le droit de recevoir en langue anglaise des services de santé et des services sociaux compte tenu de l'organisation et des ressources.

⁸ https://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/salle-de-presse/2023-12-09_fiche-technique-glossaire-pl15.pdf.

La poursuite des objectifs d’accessibilité, de continuité et de qualité des services de santé et des services sociaux est guidée par les principes de responsabilité populationnelle et de hiérarchisation des services. Ces principes doivent se refléter dans la liste des services de santé et des services sociaux offerts en langue anglaise pour l’ensemble des programmes-services de chaque établissement de Santé Québec (voir la liste des programmes services du MSSS à l’[annexe B](#)).

La participation et la responsabilisation de l’ensemble des directions et des cadres de chaque établissement de Santé Québec sont essentielles afin d’élaborer la liste des services offerts en langue anglaise. Tant les directions cliniques que celles responsables des ressources humaines, de la qualité, de l’évaluation, de la performance et de l’éthique ont un rôle à jouer afin d’assurer l’élaboration, la mise en œuvre et l’amélioration continue de la liste des services offerts pour répondre aux besoins de la population d’expression anglaise.

L’élaboration d’une liste précise des services offerts en langue anglaise repose sur une bonne connaissance des besoins de la communauté d’expression anglaise, d’un inventaire complet des ressources et des services accessibles en langue anglaise et d’une analyse des écarts à combler afin de pouvoir atteindre les objectifs d’accès, de continuité et de qualité de services en langue anglaise.

La composition de cette liste permet à un établissement de renforcer et de rafraîchir ses connaissances quant aux besoins de la communauté d’expression anglaise et aux écarts à combler en matière d’accessibilité, de continuité et de qualité des services de santé et de services sociaux liés aux barrières linguistiques auxquelles font face les personnes d’expression anglaise. Par ce processus, l’établissement consulte les personnes concernées (prestataires de services, clientèle et comité régional), afin de bien connaître les besoins de la communauté d’expression anglaise en matière d’accès linguistique. La collecte et l’analyse des informations devraient se faire selon les programmes-services de l’établissement.

La liste doit indiquer la manière, le service et le centre pour lesquels il y a une 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 de l’établissement.

ÉLABORATION DE LA LISTE DES SERVICES OFFERTS EN LANGUE ANGLAISE QUI CONTRIBUERA AU PROGRAMME D'ACCÈS

Afin d'élaborer la liste des services offerts en langue anglaise, chaque établissement doit bien connaître les besoins de la population d'expression anglaise de sa région. Pour ce faire, la participation du comité régional est primordiale et les étapes suivantes sont recommandées :

- dresser le portrait des besoins sociosanitaires et des particularités des personnes d'expression anglaise de la région;
- déterminer les services de santé et les services sociaux requis pour répondre aux besoins reconnus et à ces particularités;
- faire l'analyse des écarts à combler pour atteindre les objectifs d'accès, de continuité et de qualité des services pour les personnes d'expression anglaise;
- déterminer les prestataires de services – en précisant les lieux indiqués et, s'il y a lieu, désignés – qui ont l'obligation de rendre des services de santé et des services sociaux en langue anglaise;
- définir les modes d'accès aux services en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise, incluant ceux disponibles par la mise en place de corridors de service.

ÉTAPES D'ÉLABORATION DE LA LISTE DES SERVICES OFFERTS EN LANGUE ANGLAISE QUI CONTRIBUERA AU PROGRAMME D'ACCÈS

PORTRAIT DES BESOINS DE LA POPULATION D'EXPRESSION ANGLAISE

Plusieurs facteurs sociodémographiques et socioéconomiques sont liés à l'état de santé des personnes, notamment l'éducation, le revenu, l'emploi, l'environnement social, les réseaux de soutien social et l'accès aux soins de santé et services sociaux. Il est important de tenir compte de ces facteurs déterminants de l'état de santé et de bien-être et de comprendre les différences sociales et socioéconomiques entre les personnes d'expression anglaise et l'ensemble de la population dans la planification. L'absence d'une telle analyse pourrait atténuer l'efficacité des mesures d'amélioration ou encore masquer les besoins prioritaires de la communauté d'expression anglaise en matière d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise.

COLLECTE DE DONNÉES

L'établissement brosse le portrait des besoins actuels et futurs en matière de santé et de bien-être de la population d'expression anglaise sur son territoire à partir des données (quantitatives et qualitatives) disponibles.

L'établissement peut également faire ses propres collecte et analyse de données socioéconomiques selon les caractéristiques propres à la communauté d'expression anglaise sur son territoire. Le portrait comprend les profils démographiques, socioéconomiques, sociosanitaires et d'utilisation des services pour la communauté d'expression anglaise pour chaque territoire de CLSC, selon les groupes d'âge, facilitant donc l'analyse des besoins. Il offre également un aperçu des besoins non comblés en matière d'accès aux services en langue anglaise. Le responsable de chaque établissement coordonne la collecte de données pour la définition des besoins, en consultant les sources d'information, les membres de son établissement, son comité régional ainsi que les partenaires clés du réseau, notamment les organismes communautaires travaillant dans le secteur de la santé et des services sociaux, plus particulièrement ceux qui interviennent auprès des communautés d'expression anglaise.

Notons que, sans remettre la totalité des données utilisées pour élaborer la liste des services offerts, l'établissement doit accompagner cette dernière d'un sommaire de gestion, afin que les comités régionaux, les autorités de Santé Québec, le comité national sur la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise et le gouvernement en prennent connaissance.

DONNÉES CLINIQUES ET ADMINISTRATIVES

Les données cliniques et administratives offrent un portrait juste de l'utilisation des services de santé et des services sociaux, mais faute de disponibilité et d'utilisation systématique de la variable linguistique dans les systèmes d'information, l'application de ces données à des fins de planification et d'évaluation demeure limitée. L'établissement peut tout de même utiliser d'autres sources d'information, notamment les données statistiques et de recensement, les sondages (aussi à l'interne sur les modalités d'accès) et les consultations auprès de partenaires connaissant bien les communautés d'expression anglaise, ainsi que d'effectuer des consultations avec les comités de l'établissement.

DONNÉES STATISTIQUES ET DE RECENSEMENT

L'établissement a recours à quelques sources de données pouvant contenir, entre autres, des indications quant à la langue maternelle et aux immigrants avec connaissance unique de l'anglais, notamment aux ressources suivantes :

- ❖ le dernier recensement produit par Statistique Canada ainsi que l'Enquête nationale auprès des ménages (ENM);
- ❖ les données provenant de la Direction de la Santé publique de la région concernée;
- ❖ les données en provenance de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), organisme responsable de la gestion des données de population officielles pour l'ensemble du territoire québécois;
- ❖ les études et rapports de l'INSPQ sur les personnes d'expression anglaise au Québec.

PARTICIPATION DES PARTENAIRES

Pour élaborer la liste de services disponibles en langue anglaise, la personne responsable sollicite la collaboration des partenaires de son réseau territorial de services (RTS) (centres hospitaliers universitaires, cliniques, groupes de médecine familiale, cliniques réseau, organismes communautaires, pharmacies communautaires, partenaires externes, etc.) et d'autres établissements dans d'autres régions ainsi qu'avec les représentants de la population d'expression anglaise pour pouvoir définir les modalités à mettre en place pour rendre accessibles les services en langue anglaise, incluant les mécanismes de référence des patients par les intervenants et les contributions attendues des différents partenaires du réseau local.

CARACTÉRISTIQUES SPÉCIFIQUES

À la lumière des données collectées, l'établissement s'assure d'offrir, dans la mesure du possible, les services qu'il assure en langue anglaise, dans les centres situés à proximité de la plus forte concentration de la population d'expression anglaise de la région. Par exemple, si la majorité de la population d'expression anglaise se situe dans l'est de la région, il est plus logique d'offrir les services en langue anglaise dans les centres situés dans ce secteur. Évidemment, pour les établissements dont le territoire couvre une vaste superficie, il est important de s'assurer que les personnes des régions éloignées connaissent les services offerts en anglais et les moyens qui seront mis à leur disposition pour qu'elles y aient accès (télésanté et autres).

Toujours dans le but de faciliter l'accès aux usagers, il est souhaitable que l'établissement prenne en considération, entre autres, les modes de transport disponibles aux usagers pour accéder aux services. En effet, il est plus facile pour les usagers d'accéder aux services s'ils peuvent se rendre à l'endroit où ils sont offerts en transport en commun aussi bien qu'en voiture.

ANALYSE DES ÉCARTS À COMBLER

L'analyse des écarts vise à connaître l'impact que représentent les barrières linguistiques sur l'accès, la continuité et la qualité des services auprès de la population d'expression anglaise. Elle se fait dans le cadre des services offerts en langue anglaise et ne fait pas l'objet d'une évaluation des services de santé et des services sociaux. L'analyse dégage les écarts entre les besoins en matière d'accès linguistique et les modes d'accès actuels.

Elle permet à l'établissement de dégager des pistes d'améliorations pouvant être apportées aux modes d'accès actuels. Dans le souci de répondre aux besoins de l'ensemble de la population d'expression anglaise, et surtout de ses groupes vulnérables, sur le territoire servi, l'analyse se fait par programme-service. Pour guider cette analyse, une série de questions est proposée en trois thèmes : accessibilité, continuité, qualité.

❖ Accessibilité

- Existe-t-il des manques à combler liés à l'accès aux services en langue anglaise, notamment en ce qui concerne :
 - l'offre de service en langue anglaise;
 - la proximité des services accessibles compte tenu de la nature des services (ex. : les services de proximité sont-ils offerts et accessibles localement en langue anglaise?);
 - les mécanismes d'accueil, d'évaluation, d'orientation et de prise en charge (sont-ils établis, connus et appliqués?);
 - la couverture horaire adéquate.
- Quelles sont les origines ou causes de ces lacunes?
- Quelles sont les pratiques novatrices ou réussites qui sont en place?
- Existe-t-il d'autres pratiques novatrices quant à l'offre de service ou à l'organisation des services qui pourraient améliorer l'accès aux services en langue anglaise?
- Comment peut-on les appliquer sur le territoire régional?

❖ Continuité

- Existe-t-il des ruptures dans le continuum de services qui sont liées aux barrières linguistiques?
- Quelles sont les causes ou origines de ces ruptures dans le continuum de services?
- Les responsabilités des différents dispensateurs de services tout au long du continuum sont-elles clairement définies?
- Quelles sont les pratiques novatrices ou réussites qui sont en place?

- Existe-t-il d'autres pratiques novatrices quant à l'offre de service ou à l'organisation des services qui pourraient améliorer la continuité des services en langue anglaise?
- Comment peut-on les appliquer sur le territoire régional?
- ❖ Qualité
 - Quel est le degré de satisfaction de la population d'expression anglaise en ce qui concerne l'accès aux services dans sa langue?
 - Par quels moyens assure-t-on la qualité des services en langue anglaise (ex. : la justesse de la communication en langue anglaise)?
 - Existe-t-il des pratiques novatrices quant à l'offre de service ou à l'organisation des services qui pourraient améliorer la qualité des services en langue anglaise?

MODES D'ACCÈS PRIVILÉGIÉS

À cette étape, il est important de réfléchir à la façon dont les services seront offerts en langue anglaise. L'établissement doit spécifier le(s) mode(s) d'accès privilégié(s) pour chaque service offert en langue anglaise, à savoir si le service sera offert par :

- ❖ le personnel de l'établissement;
- ❖ un interprète formel;
- ❖ un interprète informel;
- ❖ un corridor de service;
- ❖ une visioconférence (télésanté ou autre).

De plus, il est important de préciser si l'offre de service en langue anglaise dans un centre indiqué peut se faire en tout temps ou à l'intérieur de plages horaires précises (ex. : du lundi au vendredi de 9 h à 17 h).

SERVICES D'INTERPRÈTES

Outre le risque à la sécurité qu'entraînent les barrières linguistiques lors de la prestation de services, les personnes d'expression anglaise ayant une connaissance limitée du français ont plus de difficultés que les autres à naviguer dans le RSSS.

C'est pourquoi il est important de bien encadrer la communication avec les personnes d'expression anglaise pour s'assurer de l'exactitude des informations échangées, du consentement éclairé et du respect de la confidentialité en tout temps.

À cette fin et selon les modalités prévues aux Orientations ministérielles⁹, l'interprétariat représente un moyen adéquat pour offrir des services de qualité en langue anglaise.

Certains principes fondamentaux doivent guider l'utilisation des services d'interprétariat en langue anglaise pour le RSSS.

Ainsi :

- ❖ toute personne ayant besoin d'un interprète doit y avoir accès, dans la mesure du possible, si la qualité du service offert et la possibilité d'en bénéficier équitablement sont compromises par une barrière linguistique;
- ❖ l'interprétariat formel (interprète professionnel) doit toujours être priorisé; toutefois, s'il y a recours à l'interprétariat informel, celui-ci doit être balisé et encadré (par exemple, par l'évaluation des compétences linguistiques en langue anglaise de l'interprète informel);
- ❖ si l'interprétariat en présentiel n'est pas offert (limite géographique, notamment), l'interprétariat par téléphone ou en visioconférence doit être privilégié;
- ❖ il est important d'outiller les professionnels et les établissements du RSSS pour la prise de décision en matière de recours adéquat aux services d'interprétariat.

Les établissements qui utilisent ce mode d'accès pour offrir des services en langue anglaise sont encouragés à recourir à des services d'interprétariat offerts dans leur région ou à faire appel à la [Banque d'interprètes du réseau de la santé et des services sociaux](#) par des moyens technologiques permettant l'interprétariat à distance.

CORRIDOR DE SERVICE

L'élaboration des listes de services offerts en langue anglaise permet à chacun des établissements de mettre en place des mesures pour s'assurer que les personnes d'expression anglaise reçoivent des soins de santé et de services sociaux en langue anglaise, dans la mesure du possible sans bris de service et le plus proche possible du milieu de vie de ces dernières.

Pour ce faire, l'article 518 de la LGSSSS prévoit que Santé Québec peut conclure toute entente avec une personne ou un groupement concernant la fourniture, pour le compte d'un de ses établissements ou d'un établissement regroupé, de certains services de santé ou services sociaux requis par un usager de cet établissement ou encore pour la

⁹ [Orientations ministérielles concernant la pratique de l'interprétariat dans les services de santé et les services sociaux au Québec – Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux \(gouv.qc.ca\)](#)

prestation ou l'échange de services professionnels en matière de services de santé ou de services sociaux.

Par conséquent, s'il n'est pas doté d'un personnel bilingue suffisant pour répondre aux besoins d'accès en langue anglaise, un établissement de Santé Québec peut convenir de corridors de service fluides et fonctionnels avec un autre établissement public, un établissement privé conventionné ou un groupe de médecine familiale (GMF) en mesure d'offrir des services en langue anglaise, afin de faciliter la navigation des usagers, et de pallier les lacunes d'accès à certains services dans une région donnée.

Les corridors de services peuvent être régionaux ou interrégionaux et s'inscrivent dans les programmes-services existants de chaque établissement. Il est donc important de s'assurer que ceux-ci permettent à la population d'expression anglaise d'avoir accès aux continuums de services dans leur langue.

La nature des services requis en langue anglaise, la clientèle visée, ainsi que les ressources humaines, financières et matérielles requises devront être précisées. La collaboration peut être établie dans les deux sens : des professionnels qui se déplacent pour offrir des services au centre où se trouvent les usagers, ou des usagers qui se déplacent pour recevoir des services dans l'établissement où se trouvent les professionnels. Ce lien peut également être établi à l'aide d'outils de communication.

Par conséquent, si un corridor de service est établi pour acheminer la clientèle anglophone de l'établissement X à l'établissement Y pour le service d'hémodialyse, il est important que ce service soit mentionné dans les deux listes. En effet, la liste des services offerts de l'établissement X mentionnera que pour ce service, la clientèle anglophone est acheminée à l'établissement Y. De son côté, la liste des services offerts de l'établissement Y mentionnera qu'en plus d'assurer les services pour sa clientèle anglophone, il prend aussi en charge la clientèle anglophone de l'établissement X.

De même, si un centre dirige sa clientèle anglophone vers un autre centre du même établissement, cela doit être indiqué dans la liste des services offerts de l'établissement. Par exemple, si le CLSC DuHaut achemine sa clientèle anglophone au CLSC DuBas pour le service externe de psychiatrie, cela doit être indiqué dans la liste des services offerts.

Il est important de se rappeler qu'en tout temps, il n'incombe pas à l'utilisateur d'expression anglaise de naviguer dans le système, mais plutôt au système d'orienter l'utilisateur vers le service adéquat dans sa langue.

AUTRES MODES D'ACCÈS POSSIBLES

La collaboration avec les partenaires du réseau, notamment les organismes communautaires membres de l'Initiative de réseautage et de partenariats (IRP) et les bénévoles, peuvent soutenir l'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise par l'entremise d'approches novatrices. De nouveau, l'entente doit être conclue par Santé Québec.

Plusieurs projets sont documentés sur le site de partenaires communautaires et d'organismes provinciaux de promotion des intérêts des personnes d'expression anglaise.

RÉDACTION DE LA LISTE DES SERVICES OFFERTS EN LANGUE ANGLAISE QUI CONTRIBUERA AU PROGRAMME D'ACCÈS

Le responsable de l'établissement rédige la liste des services offerts en langue anglaise qui contribuera au programme d'accès, en s'inspirant du gabarit suggéré par les autorités de Santé Québec et leur achemine.

ÉLABORATION DU PROGRAMME D'ACCÈS PAR SANTÉ QUÉBEC

À partir des listes des services offerts de chacun de ses établissements, Santé Québec procède à l'élaboration du programme d'accès. Il incombe à Santé Québec de s'assurer que pour élaborer leur liste de services, ses établissements ont suscité la participation des parties clés, notamment :

- l'ensemble des directions concernées;
- les autres établissements avec lesquels il existe des corridors de service;
- les comités régionaux pour le programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise;
- les représentants de la communauté d'expression anglaise (les membres de l'IRP, le Réseau communautaire de santé et de services sociaux, etc.);
- les organismes communautaires tels les conseils scolaires, les églises, etc.;
- les membres de la communauté d'expression anglaise.

Finalement, le programme d'accès doit être conforme aux orientations ministérielles privilégiées, c'est-à-dire tenir compte de :

- la responsabilité populationnelle;
- la hiérarchisation des services;
- le cheminement facilité de la personne dans le réseau;
- l'intervention clinique réussie;

- la participation des personnes d'expression anglaise.

AVIS, ADOPTION ET APPROBATION DU PROGRAMME D'ACCÈS

L'approbation du programme d'accès est accordée par le gouvernement, sur recommandation du ministre de la Santé. Préalablement à son approbation par le gouvernement, le programme d'accès doit être soumis à une série d'avis, tels que détaillés ci-dessous et à l'adoption d'une résolution de Santé Québec.

AVIS DU COMITÉ RÉGIONAL SUR LE PROGRAMME D'ACCÈS

Une fois l'élaboration du programme d'accès terminée, Santé Québec le soumet aux comités régionaux qui, selon l'article 417 de la LGSSSS, sont chargés :

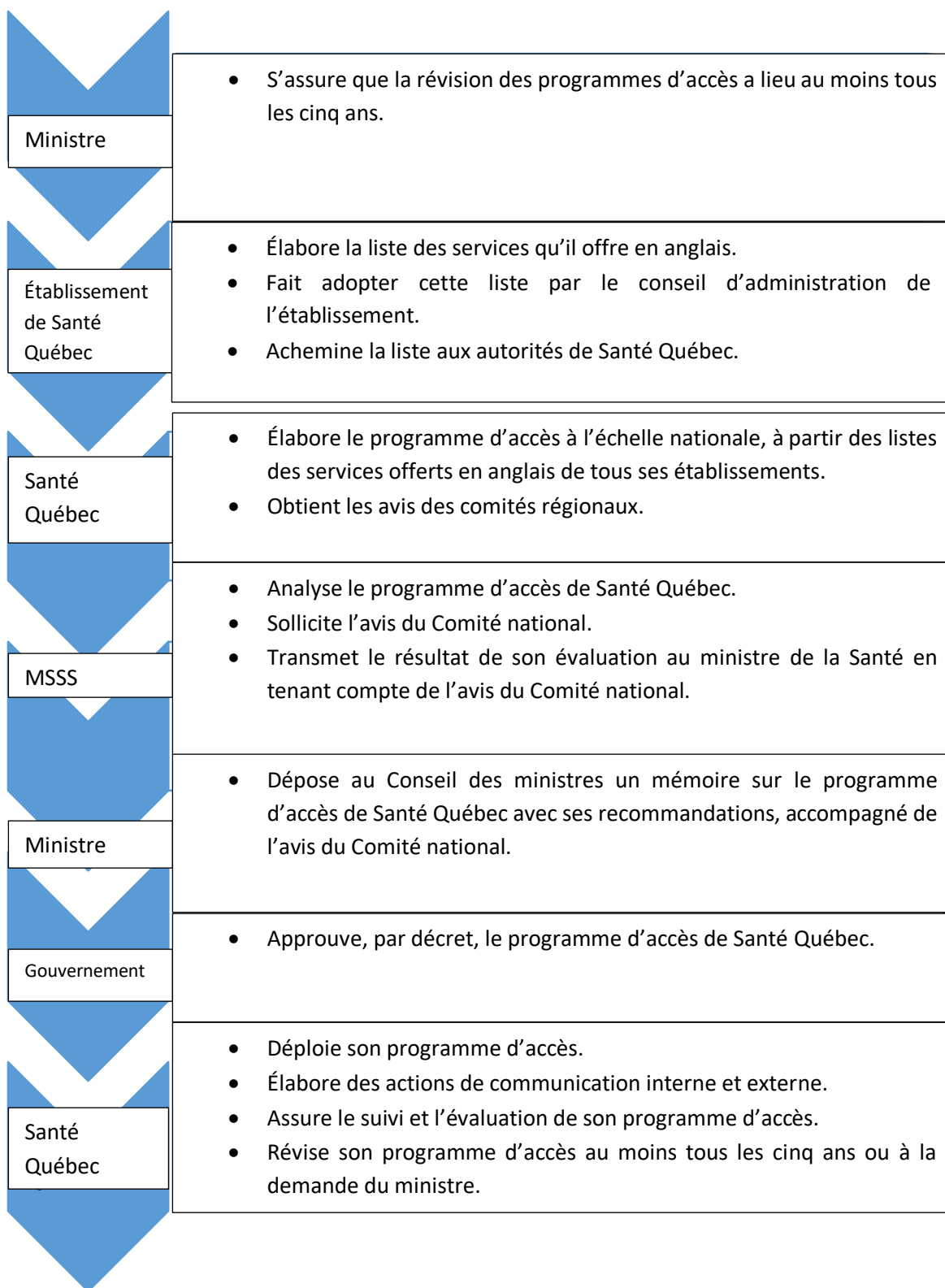
1. de donner leur avis à Santé Québec sur le programme d'accès qu'elle élabore conformément à l'article 415;
2. d'évaluer ce programme d'accès et, le cas échéant, d'y suggérer des modifications.

AVIS DU COMITÉ NATIONAL SUR LE PROGRAMME D'ACCÈS

Lorsque Santé Québec a reçu les avis de chaque comité régional, elle les achemine au Comité national avec le projet de programme d'accès, afin que ce dernier, conformément à l'article 416 de la LGSSSS, avise le gouvernement sur la prestation des services en langue anglaise ainsi que sur l'approbation, l'évaluation et les modifications du programme d'accès élaboré par Santé Québec. Pour ce faire, le Comité national analyse le programme d'accès et rédige un avis au ministre de la Santé sur ce dernier.

Dans le contexte d'amélioration continue de la qualité, le Comité national donnera son avis sur la progression du programme d'accès d'un renouvellement à l'autre et sur son évolution compte tenu des besoins changeants de la population d'expression anglaise.

DÉMARCHE



PLAN DE COMMUNICATION

Après l'adoption du programme d'accès, par décret du gouvernement, Santé Québec doit s'assurer de sa mise en œuvre, élaborer des actions de communication à l'interne et à l'externe pour le faire connaître tant auprès du personnel que des usagers, en assurer le suivi et l'évaluation, en plus de voir à sa révision au moins tous les cinq ans (art. 415, LGSSSS).

DIFFUSION DU PROGRAMME D'ACCÈS

Voici quelques suggestions pour sensibiliser le personnel au programme d'accès, de sorte de mieux diriger les usagers lorsque requis, de même que pour la diffusion auprès de la population et des personnes d'expression anglaise, à savoir les principaux concernés :

- ❖ Auprès du personnel
 - Section intranet avec l'information générale.
 - Section intranet contenant le programme d'accès.
 - Répertoire des services.
 - Outils de promotion : publication de nouvelles sur intranet.
- ❖ Auprès des partenaires et de la population.
 - Site Web de l'établissement (dès son adoption).
 - Section internet avec l'information générale.
 - Section internet contenant le programme d'accès.
 - Outils de promotion.
 - Diffusion du programme d'accès aux tables de concertation.

ANNEXE A

ÉTABLISSEMENTS SELON LA LGSSSS

Établissement public :

Selon les articles 42, 44 et 45 de la LGSSSS, un établissement de Santé Québec est une unité administrative de cette dernière qui se qualifie d'établissement public. Un établissement public peut être :

1) Territorial

Un **établissement territorial** exerce au moins les activités nécessaires à la prestation des services suivants :

- a) les services communautaires locaux;
- b) les services hospitaliers;
- c) les services d'hébergement et de soins de longue durée.

Au moins un établissement territorial doit être institué dans chaque région sociosanitaire.

2) Autre que territorial

Est considéré un établissement autre que territorial, un établissement non fusionné qui exerce **au moins** les activités nécessaires à la prestation de **services hospitaliers**. Un établissement autre que territorial **ne peut offrir** de services communautaires locaux ni de services de protection de la jeunesse.

Voici la liste des établissements « autre que territorial »¹⁰ :

- Centre hospitalier de l'Université de Montréal;
- Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine;
- Centre universitaire de santé McGill;
- Institut de cardiologie de Montréal;
- Institut Philippe-Pinel de Montréal;
- CHU de Québec – Université Laval;
- Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval.

3) Regroupé (article 328 de la LGSSSS)

¹⁰ https://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/salle-de-presse/2023-12-09_fiche-technique-glossaire-pl15.pdf.

Les établissements regroupés sont des établissements publics même s'ils ne sont pas institués en vertu de l'article 42 de la LGSSSS. Ils sont des personnes morales distinctes de Santé Québec, mais ils demeurent administrés par Santé Québec¹¹. Le ministre détermine à quel établissement de Santé Québec chacun d'eux est rattaché.

Chaque établissement regroupé fournit tout ensemble de services déterminé par le conseil d'administration de Santé Québec parmi ceux prévus à l'article 4, à l'exception des services de protection de l'enfance et de la jeunesse. À savoir :

- a) services communautaires locaux;
- b) services hospitaliers;
- c) services d'hébergement et de soins de longue durée;
- d) services de réadaptation.

Selon l'annexe II de la LGSSSS, les établissements suivants sont des établissements regroupés :

- | | |
|--|---|
| 1° Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's; | 10° Hôpital Mont-Sinaï; |
| 2° Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de l'Estrie; | 11° Corporation du centre hospitalier gériatrique Maimonides; |
| 3° Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke; | 12° Centre de réadaptation Lethbridge-Layton-Mackay; |
| 4° Institut universitaire en santé mentale Douglas; | 13° Hôpital chinois de Montréal (1963); |
| 5° Centre de soins prolongés Grace Dart; | 14° Hôpital Santa Cabrini; |
| 6° Centre hospitalier de St. Mary; | 15° Hôpital juif de réadaptation; |
| 7° Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis; | 16° Résidence de Lachute; |
| 8° Centre Miriam; | 17° Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-Laurent. |
| 9° CHSLD juif de Montréal; | |

¹¹ https://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/salle-de-presse/2023-12-09_fiche-technique-glossaire-pl15.pdf.

Centre : (selon art. 46 de la LGSSSS)

S'occupe de la dispensation des services (quels services? où peut-on les obtenir?), par exemple :

1. un centre exploité par un établissement (regroupé ou non) de Santé Québec, à savoir :
 - a. centre local de services communautaires (CLSC);
 - b. centre hospitalier (CH);
 - c. centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);
 - d. centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ);
 - e. centre de réadaptation (CR).

Une activité nécessaire à l'une de ces prestations, lorsqu'elle est exercée à l'extérieur du lieu où sont concentrées les autres activités nécessaires à la même prestation, est considérée être exercée en ce lieu.

ANNEXE B

PROGRAMMES SERVICES DU MSSS

NOM	ABRÉVIATION	DESCRIPTION
Santé publique	SP	Permet d’assurer la promotion, la prévention, la protection de la santé et du bien-être ainsi que la surveillance de l’état de santé de la population.
Services généraux – activités cliniques et d’aide	S. O.	Couvre les services de première ligne en matière de santé ou de problèmes sociaux ponctuels.
Soutien à l’autonomie des personnes âgées	SAPA	Problématiques particulières liées aux personnes âgées.
Déficiência physique, pour les incapacités liées à l’audition, à la vision, au langage et à la parole ou aux activités motrices	DP	Problématiques particulières liées au corps physique.
Déficiência intellectuelle et trouble du spectre de l’autisme	DI	Problématiques particulières liées à l’aspect intellectuel.
Troubles du spectre de l’autisme	TSA	Problématiques particulières liées aux troubles du spectre de l’autisme.
Jeunes en difficulté	S. O.	Contribue à la santé et au bien-être des jeunes en difficulté et de leur famille. Ils regroupent les services destinés aux jeunes.
Dépendances	S. O.	Concerne des problématiques telles que l’alcoolisme, la toxicomanie et le jeu pathologique.
Santé mentale	S. O.	Contribue à un état de bien-être permettant à une personne de surmonter les obstacles de la vie, de se réaliser, d’être productive et de participer à la vie de sa communauté. Les facteurs qui déterminent la santé mentale d’une personne sont nombreux et peuvent être d’ordre individuel, social, environnemental et génétique ¹² .
Santé physique	S. O.	Couvre les services d’urgence, les services spécialisés et surspécialisés, les services en continu exigeant un suivi systématique (ex. : maladies chroniques, cancer) ainsi que les soins palliatifs.

¹² <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-14W.pdf>

ANNEXE C

SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX SELON LGSSSS (ARTICLE 4)

1° les « services communautaires locaux » : un ensemble de services de santé et de services sociaux courants offerts en première ligne et, lorsqu'ils sont destinés à la population d'un territoire desservi, de services de santé et de services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion ainsi que d'activités de santé publique réalisées conformément aux dispositions prévues par la Loi sur la santé publique (chapitre S-2.2);

2° les « services hospitaliers » : un ensemble de services diagnostiques et de soins médicaux généraux et spécialisés;

3° les « services d'hébergement et de soins de longue durée » : la fourniture d'un milieu de vie substitut, d'un ensemble de services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que de services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le soutien de leur entourage;

4° les « services de protection de la jeunesse » : un ensemble de services de nature psychosociale, y compris des services d'urgence sociale, requis par la situation d'un jeune en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (chapitre P-34.1) ou de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (Lois du Canada, 2002, chapitre 1), et de services en matière de placement d'enfants, de médiation familiale, d'expertise à la Cour supérieure sur la garde d'enfants, d'adoption, de recherche des antécédents sociobiologiques et de retrouvailles;

5° les « services de réadaptation » : un ensemble de services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale destinés à des personnes qui, en raison de leurs déficiences physiques ou intellectuelles, de leurs difficultés d'ordre comportemental, psychosocial ou familial ou de leur dépendance à l'alcool, aux drogues, aux jeux de hasard et d'argent ou de toute autre dépendance, requièrent de tels services de même que des services d'accompagnement et de soutien destinés à l'entourage de ces personnes.

