CSSS - 049M
C. P. PL 15
Loi système de santé
et services sociaux

COMMUNITY HEALTH &
SOCIAL SERVICES NETWORK

RÉSEAU COMMUNAUTAIRE DE
SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Le projet de loi 15 et les garanties législatives en matière de santé et de services sociaux en anglais

Mémoire soumis à la
Commission de la santé et des services sociaux

Par le
Réseau communautaire de santé et de services sociaux (RCSSS)
Community Health and Services Network (CHSSN)

Mai 2023

Pavillon Jeffery Hale
1270, Chemin Sainte-Foy
Bureau 2106
Québec, QC, G1S 2M4

T 418.684.2289
T 1.855.684.2289 (sans frais)
F 418.684.2290
info@chssn.org | chssn.org | Facebook | LinkedIn

Table des matières

1. Introduction 3

2. Le Réseau communautaire de santé et de services sociaux (RCSSS) 3

3. Langue et accès : l'importance de la communication 4

4. Le droit à des services en anglais et à des programmes d'accès 5

4.1 Institutions et programmes d'accès 6

4.1.1 Amendement de l'article 348 7

4.1.2. Amendement de l'article 62 8

5. Les comités régionaux d'accès 8

5.1 Amendement de l'article 128 10

6. La gouvernance institutionnelle 11

7. Conclusion 12

1. Introduction

Ce mémoire analyse l'impact du projet de loi 15 sur certaines dispositions clés des garanties législatives en matière de santé et de services sociaux en anglais. Le projet de loi 15 propose de renouveler le cadre du système de santé et de services sociaux. L'élément central est la création de Santé Québec qui fusionnera et contrôlera le réseau public. Le Ministre conservera ses fonctions en matière de priorités, d'objectifs et d'orientations, et exercera certains pouvoirs de surveillance du réseau. En tenant compte des changements apportés à l'exploitation et à la gouvernance du réseau, le mémoire examine l'impact du projet de loi sur deux éléments clés de l'application du droit de recevoir des services en langue anglaise. Plus précisément, des modifications sont proposées aux fins suivantes : assurer l'élaboration de programmes d'accès au niveau institutionnel ; ajouter des mécanismes d'accès aux programmes d'accès ; et ancrer les comités régionaux d'accès aux institutions tenues de mettre en œuvre des programmes d'accès.

2. Le Réseau communautaire de santé et de services sociaux (RCSSS)

Le Réseau communautaire de santé et de services sociaux (RCSSS) a été fondé en 2000 par un groupe de leaders communautaires qui ont reconnu l'importance de mobiliser les communautés d'expression anglaise pour assurer un meilleur accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise. Depuis sa création, le RCSSS ne cesse de rendre les organismes communautaires associés tout entière plus aptes à devenir des experts en matière des besoins et des réalités des communautés d'expression anglaise et de leur donner les outils nécessaires pour participer activement à l'amélioration de l'accès aux services en anglais. Aujourd'hui, le RCSSS regroupe plus de 70 ressources communautaires, associations, fondations et autres intervenants qui se consacrent au développement, par le biais de partenariats, de services sociaux et de santé pour les communautés d'expression anglaise du Québec.

Le RCSSS et ses réseaux de santé communautaire associés souscrivent à un modèle de développement fondé sur des données probantes qui a réussi à mobiliser les communautés d'expression anglaise et à créer des partenariats avec le système de santé et de services sociaux du Québec. À l'aide d'un programme du RCSSS, les 22 réseaux communautaires coordonnent de multiples partenariats au niveau local. Un grand nombre de ces partenariats sont conclus directement avec des établissements de santé et de services sociaux, au profit de projets et d'initiatives faisant appel au secteur communautaire. D'autres partenariats sont créés avec des organisations communautaires qui s'efforcent de renforcer les ressources communautaires et la collaboration entre différents secteurs, tels que l'éducation, la santé et la justice.

3. Langue et accès : l'importance de la communication

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a affirmé l'importance de la langue dans la prestation de services sociaux et de santé de qualité. Selon son Guide pour l'élaboration du programme d'accès approuvé par le gouvernement, une communication efficace est jugée nécessaire pour s'assurer que les personnes d'expression anglaise soient en mesure de comprendre les services offerts. Une communication claire est considérée comme absolument nécessaire pour garantir la sécurité et la qualité des services fournis[1]. Le soutien d'une communication efficace avec les personnes d'expression anglaise « assure l'exactitude des informations échangées, le consentement éclairé et le respect de la confidentialité en tout temps[2] ». Voici un extrait du Guide du MSSS qui met ce principe en évidence :

> « Dans le domaine de la santé et des services sociaux, il est reconnu que la langue de l'usager 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 ou son bien-être 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, on doit s'assurer que l'information contenue dans le programme d'accès est connue et facile à utiliser pour l'intervenant qui doit répondre à l'usager et le guider. L'intervenant doit pouvoir informer ce dernier de l'endroit où les services en langue anglaise pourraient lui être rendus et de la façon dont ils pourraient l'être. À cette fin, les modes d'accès aux services doivent être publics, et facilement accessibles aux intervenants et à toute personne désireuse de les consulter. »

Le Guide cite des publications scientifiques qui contiennent des exemples de la manière dont les barrières linguistiques compromettent l'accessibilité et la qualité des services. Il s'agit notamment d'erreurs de médicaments ou de diagnostics, de visites moins fréquentes et plus longues dans les cliniques, etc.[3]. Outre les facteurs de sécurité associés à une mauvaise communication, les barrières linguistiques engendrent des difficultés pour les personnes d'expression anglaise qui naviguent dans le réseau des services sociaux et de santé. Pour les prestataires de services, les problèmes de communication font parfois en sorte que certains services ne sont pas fournis selon les mêmes normes que celles qui s'appliquent aux autres, ou que le consentement éclairé au traitement n'est pas assuré de manière adéquate.

[1] MSSS. Guide pour l'élaboration de programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise. Avril 2018.
[2] Ibid.
[3] Ibid.

4. Le droit à des services en anglais et à des programmes d'accès

Le RCSSS se réjouit que le projet de loi 15 inclue le droit aux services sociaux et de santé en anglais. La déclaration de ce droit est l'article fondamental qui sous-tend les autres dispositions régissant certains aspects bien précis de l'application de ce droit aux services en anglais. La formulation du projet de loi 15 ne déroge pas à la disposition de l'article 15 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (S-4.2). La déclaration de ce droit est en vigueur depuis l'adoption du projet de loi 142 en 1986.

> Projet de loi 15 :
>
> « 16. 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 fournissent ces services et dans la mesure où le prévoit le programme d'accès visé à l'article 348. »

Cependant, le projet de loi 15 propose un changement majeur dans l'élaboration des programmes d'accès, en obligeant Santé Québec à créer un programme d'accès pour la population d'expression anglaise :

> Projet de loi 15 :
>
> « 348. Santé Québec élabore un programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise. Le programme doit identifier les services offerts par les établissements qui sont accessibles en langue anglaise pour ces personnes. Santé Québec peut, avec l'accord d'un établissement privé, indiquer dans le programme d'accès les services pouvant être fournis en langue anglaise à ses usagers par cet établissement en vertu d'une entente. Ce programme doit être approuvé par le gouvernement et être révisé au moins tous les cinq ans. »

L'article modifie les formulations antérieures qui guidaient l'élaboration des programmes d'accès depuis 1989. Au début de l'année 2015, l'adoption du projet de loi 10, la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux* (O-7.2), a apporté des changements importants à l'élaboration des programmes d'accès, notamment le transfert de l'élaboration des programmes d'accès des anciennes agences aux établissements eux-mêmes. Cette mesure a été considérée comme positive, car les institutions qui fournissent leurs services en anglais doivent également dresser les plans voulus pour garantir l'accès en anglais.

Le projet de loi 15 transfère l'obligation légale d'élaborer un programme d'accès du niveau institutionnel à l'organisme central, Santé Québec. Il pourrait en résulter des programmes d'accès moins liés aux réalités institutionnelles et aux besoins particuliers de la population d'expression anglaise.

4.1 Institutions et programmes d'accès

Quelles sont les caractéristiques d'un programme d'accès qui favorisent son élaboration et sa mise en œuvre au niveau institutionnel ? Voici des extraits pertinents du Guide pour l'élaboration du programme d'accès du MSSS[4] :

> « Un programme d'accès indique la manière, le service et l'installation 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. »
>
> « 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 les programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise de l'ensemble des programmes-services.
>
> « Pour que le programme d'accès atteigne son potentiel de succès, la participation et la responsabilisation de l'ensemble des directions et des cadres sont essentielles. Les directions cliniques, la direction des ressources humaines et la direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique ont toutes des rôles importants à jouer afin d'assurer l'élaboration, la mise en œuvre et l'amélioration continue d'un programme d'accès efficace qui répond aux besoins de la population d'expression anglaise.
>
> « Les directions cliniques, au fait des caractéristiques particulières de la population de leur territoire en matière de santé et de bien-être, contribuent à établir le portrait des besoins et des enjeux liés à la prestation de services à la population d'expression anglaise de ce territoire. Une fois le portrait de leur population établi, les établissements analysent les écarts à combler entre l'offre de services et les besoins, pour ensuite définir les cibles cliniques et organisationnelles prioritaires à intégrer au programme d'accès, visant l'adéquation entre les besoins relevés et l'accès aux services en langue anglaise. »
>
> « Au-delà de l'engagement des gestionnaires de l'établissement, le conseil d'administration et le président-directeur général du centre intégré doivent promouvoir le développement d'un climat organisationnel qui reconnaît l'importance de l'accessibilité linguistique en tant que facteur contribuant à la qualité et à la sécurité des services. »
>
> « 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 leur bien-être est nécessaire à la réussite des interventions. Sur le plan collectif, la participation des personnes issues des communautés d'expression anglaise est indispensable à l'élaboration d'un programme d'accès efficace. Dans chaque région ou territoire, le programme d'accès doit être le résultat d'une démarche qui assure la participation de personnes issues de ces communautés et qui leur permet d'exprimer leurs besoins à l'égard de la prestation des services en langue

[4] MSSS. Guide pour l'élaboration du programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise. Avril 2018.

anglaise. Il incombe à l'établissement de prendre les moyens nécessaires afin de tenir compte de ces besoins dans l'organisation et la prestation des services. »

4.1.1 Amendement de l'article 348

Afin d'assurer le développement constant des programmes d'accès au niveau institutionnel, le RCSSS propose que le projet de loi 15 confie explicitement le mandat aux établissements, en collaboration avec Santé Québec. Le RCSSS a identifié une disposition du projet de loi 15 qui peut servir de principe pour un amendement à la formulation actuelle de l'article 348.

Projet de loi 15 :

« 29. Santé Québec doit suivre des pratiques de saine gestion respectant le principe de subsidiarité.

...

Pour l'application du premier alinéa, on entend par "principe de subsidiarité" le principe selon lequel les pouvoirs et les responsabilités doivent être délégués au niveau d'autorité approprié en recherchant une répartition adéquate des lieux de décision et en ayant le souci de les rapprocher le plus possible des usagers. »

La *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux* (O-7.2) contenait un libellé détaillant certaines étapes de l'élaboration d'un programme d'accès (article 76). Par exemple, l'établissement doit élaborer un programme conjointement avec d'autres établissements publics, identifier les services en langue anglaise qui sont disponibles dans les installations spécifiées et établir les exigences linguistiques pour le recrutement ou l'affectation du personnel nécessaire à la prestation de ces services. Or, ces dispositions ne figurent pas dans le projet de loi 15.

Afin d'assurer une plus grande certitude dans l'élaboration des programmes d'accès, et en reconnaissance du principe de subsidiarité de l'article 29, l'amendement suivant est proposé :

« Chaque établissement, en collaboration avec Santé Québec, doit élaborer, dans les centres qu'il indique, un programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour la population d'expression anglaise qu'il dessert ou, le cas échéant, élaborer un tel programme conjointement avec d'autres établissements publics dans les centres qu'il indique et qui sont exploités par ces établissements. Le programme doit identifier les services accessibles en langue anglaise dans les installations indiquées. Il doit, de plus, prévoir les exigences linguistiques pour le recrutement ou l'affectation du personnel nécessaires à la dispensation de tels services. Un établissement public peut, avec l'accord d'un établissement privé, indiquer dans le programme d'accès les services pouvant être fournis en langue anglaise à ses usagers par cet établissement en vertu d'une entente. Ce programme doit être approuvé par le gouvernement et être révisé au moins tous les cinq ans. »

4.1.2. AMENDEMENT DE L'ARTICLE 62

Le projet de loi 15 a identifié les mécanismes d'accès comme une fonction auxiliaire de Santé Québec dans sa prestation de services de santé et de services sociaux. L'article 62 exige que les mécanismes d'accès tiennent compte des caractéristiques socioculturelles et linguistiques de l'usager. Par conséquent, les mécanismes d'accès pourraient être une caractéristique supplémentaire d'un programme d'accès.

Le RCSSS propose que l'expression « et le programme d'accès » soit ajoutée à l'article 62.

> Projet de loi 15 :
>
> « 62. Lorsque Santé Québec met en place un mécanisme d'accès aux services du domaine de la santé et des services sociaux, elle détermine notamment des modalités encadrant la priorité de l'accès à tout ou partie de ces services. Elle peut également mettre en place des systèmes de répartition et de référencement des usagers entre les professionnels de la santé ou des services sociaux.
>
> Santé Québec doit s'assurer que son mécanisme d'accès aux services tient compte des particularités socioculturelles et linguistiques des usagers **et le programme d'accès**, et qu'il permet de coordonner les activités des établissements publics et des prestataires privés de services du domaine de la santé et des services sociaux. »

5. Les comités régionaux d'accès

Les organismes communautaires des communautés d'expression anglaise renforcent activement la capacité des membres de la communauté à la représenter efficacement dans les structures de gouvernance et de consultation du réseau de la santé et des services sociaux. L'une de ces structures est le comité régional d'accès qui, à la suite de la réforme de 2015, conseille un établissement sur l'élaboration et la mise en œuvre de son programme d'accès. Il s'agit d'une relation clé qui garantit que le programme répond aux besoins des communautés locales d'expression anglaise. Une autre caractéristique importante de la réforme était l'exigence que les membres du comité soient représentatifs de la population d'expression anglaise de la région et que les organisations défendant les intérêts des personnes d'expression anglaise interviennent dans la proposition de candidats. Le projet de loi 15 prévoit que les comités régionaux d'accès conseillent Santé Québec sur les programmes d'accès, et non les établissements. De plus, Santé Québec déterminera les règlements régissant les comités régionaux d'accès, ce qui remet en question les dispositions actuelles assurant la participation des représentants d'expression anglaise aux comités et de leurs organismes au processus de mise en candidature.

> Projet de loi 15 :
>
> « 350. Des comités régionaux, dont la formation est prévue par règlement de Santé Québec, sont institués au sein de Santé Québec et sont chargés :
>
> 1° de donner leur avis à Santé Québec sur le programme d'accès qu'elle élabore conformément à l'article 348 ;
>
> 2° d'évaluer ce programme d'accès et, le cas échéant, d'y suggérer des modifications.

> Santé Québec détermine, par règlement, la composition des comités régionaux, leur processus d'appel de candidatures, leurs règles de fonctionnement et de régie interne, les modalités d'administration de leurs affaires ainsi que leurs fonctions, devoirs et pouvoirs. »

Il est utile de se référer aux articles des lois antérieures qui ont décrit de manière détaillée la formation du comité régional d'accès.

> S-4.2
>
> « 510. Le gouvernement prévoit, par règlement, la formation de comités régionaux chargés:
>
> 1° de donner leur avis à une agence sur les programmes d'accès que cette agence élabore conformément à l'article 348 ;
>
> 2° d'évaluer ce programme d'accès et, le cas échéant, d'y suggérer des modifications.
>
> L'agence 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.

Cet article de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* a été modifié en 2015 par l'article 108 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux* (O-7.2).

> O-7.2
>
> « 108. Pour l'application de l'article 510 de cette loi, les références à une agence au premier alinéa sont des références à un établissement public...
>
> De plus, le règlement visé au deuxième alinéa de l'article 510 de cette loi doit prévoir qu'un comité régional est composé d'au moins sept et d'au plus 11 membres représentatifs des personnes d'expression anglaise de la région. Il doit en outre prévoir que les membres du comité sont nommés par le conseil d'administration du centre intégré à partir de listes de noms fournies par les organismes de promotion des intérêts des personnes d'expression anglaise identifiés par le comité provincial formé conformément à l'article 509 de cette loi.
>
> Dans la région de Montréal, les listes de noms sont fournies par les organismes de promotion des intérêts des personnes d'expression anglaise identifiées par les centres intégrés reconnus en vertu de l'article 29.1 de la *Charte de la langue française*.
>
> Dans les régions comptant plusieurs établissements publics, le règlement visé au deuxième alinéa est adopté après consultation de ceux-ci. »

À la lumière de la loi antérieure, la disposition du projet de loi 15 soulève une interrogation quant à l'efficacité du rattachement du comité régional d'accès à Santé Québec et une préoccupation quant au manque de détails concernant la formation d'un comité régional et la représentativité des communautés d'expression anglaise. Le RCSSS propose donc un amendement pour répondre à ces questions.

Certaines dispositions du projet de loi 15 ouvrent la voie à un amendement qui rétablirait le comité régional d'accès au niveau de l'établissement. L'article 106 stipule qu'un conseil d'établissement est institué dans chaque établissement de Santé Québec. Le conseil d'administration de Santé Québec doit, lors de la nomination d'un membre du conseil d'établissement, tenir compte de la composition socioculturelle, ethnoculturelle, linguistique ou démographique de la population des différentes parties du territoire desservi par cet établissement (108).

Entre autres fonctions, le conseil d'établissement donne son avis au président-directeur général sur les besoins sociaux et de santé et les caractéristiques distinctives des communautés formant la population desservie par l'établissement (117). Ceci permet que le conseil d'établissement puisse également donner son avis sur un programme d'accès. L'article 118 stipule ce qui suit :

> « 118. Le conseil d'établissement maintient des relations avec les communautés composant la population desservie par l'établissement. Au besoin, il procède à des consultations, sollicite des opinions, et reçoit et entend les requêtes et les suggestions de personnes, d'organismes ou d'associations. Il peut aussi créer des sous-comités.

5.1 Amendement de l'article 128

Le RCSSS propose un amendement à l'article 128 afin d'ajouter un comité régional d'accès aux deux autres comités du conseil d'établissement nommés dans la loi :

> « 128. Outre le comité de vigilance et de la qualité, le comité consultatif et **le comité régional d'accès**, le conseil d'établissement peut former tout autre comité pour le conseiller dans l'exercice de ses fonctions. Il détermine sa composition, ses fonctions, ses devoirs et ses pouvoirs, les modalités d'administration de ses affaires ainsi que les règles de sa régie interne. »

Si cet amendement était retenu, des dispositions devraient être ajoutées à l'article : *Comités formés par le conseil d'établissement* pour préciser la composition, les fonctions, les devoirs, les pouvoirs et les règles d'administration et de gestion interne du comité régional d'accès. Afin de maintenir l'intégrité des comités régionaux d'accès tels qu'ils existent actuellement, le RCSSS recommande d'intégrer la substance de l'article 108 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux* (O-7.2).

6. La gouvernance institutionnelle

Le projet de loi 15 est conséquent en ce qu'il supprime la structure de gouvernance institutionnelle actuelle pour la remplacer par la fusion des établissements au sein de Santé Québec et leur administration par le conseil d'administration de Santé Québec (1087). Parmi les nombreuses implications, on note la perte de la représentation des communautés d'expression anglaise dans la gouvernance institutionnelle des institutions non désignées[5]. Par exemple, la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux* (O-7.2) prescrit que le Ministre doit établir des profils avant de nommer des administrateurs indépendants :

> O-7.2
>
> « 15. Avant de procéder à la nomination des membres indépendants d'un conseil d'administration, le ministre doit établir des profils de compétence, d'expertise ou d'expérience....En outre, pour le conseil d'administration d'un centre intégré de santé et de services sociaux, un des membres indépendants correspondant à l'un des profils visés aux paragraphes 1° à 4° du premier alinéa doit être nommé à partir d'une liste de noms fournie par le comité régional formé conformément à l'article 510 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. »

De plus, il n'est pas évident que la représentation de la communauté d'expression anglaise et de ses institutions soit assurée lors de la nomination des membres du conseil d'administration de Santé Québec. Hormis une référence à la sélection d'un membre du conseil d'administration après consultation des comités d'usagers, il n'y a aucune autre référence à des exigences qui garantiraient qu'un membre du conseil d'administration soit sélectionné après consultation des communautés d'expression anglaise (30-36).

Le RCSSS recommande que le gouvernement consulte les institutions désignées à l'annexe II, ainsi que les organisations représentatives des communautés d'expression anglaise au sujet d'un amendement visant à garantir qu'un membre d'un conseil d'administration soit nommé à partir d'une liste de noms fournie par les institutions de l'annexe II et les organisations représentatives des communautés d'expression anglaise.

[5] Le RCSSS signale que le projet de loi 15 comporte plusieurs dispositions qui portent précisément sur le statut des établissements désignés au sein de Santé Québec (Annexe II de la Loi). Ces dispositions (282-293) touchent surtout les aspects suivants : structure organisationnelle et gestion de l'établissement regroupé; droits et obligations des membres de l'établissement regroupé; formation d'un bureau de gouverneurs ou de délégués; accord par les membres pour toute décision relative à l'accès aux services de nature culturelle ou linguistique; aliénation des immeubles.

Le RCSSS signale que le projet de loi 15 contient trois articles décrivant le statut consultatif de l'Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's auprès du conseil d'administration de Santé Québec. Ces dispositions (1171-1173) portent sur les points suivants : administration des services de l'établissement regroupé ; nomination du directeur ; liaison avec le conseil d'administration de Santé Québec, y compris la formulation de recommandations sur divers sujets administratifs et communautaires.

7. Conclusion

La collaboration entre le RCSSS, ses réseaux communautaires associés et le système de santé et de services sociaux du Québec reflète l'objectif commun d'améliorer l'accès aux services de santé et aux services sociaux en anglais pour les communautés d'expression anglaise. Cette approche de partenariat a permis d'établir une base solide de mesures qui sont fermement ancrées dans les garanties législatives de services en anglais. Ces mesures contribuent au renforcement des communautés, à l'adaptation du système de santé et de services sociaux pour mieux répondre aux besoins, et à la création d'une base de connaissances soutenant la gamme d'actions visant à améliorer l'accès aux services en anglais. Le RCSSS croit que les modifications proposées à la Commission de la santé et des services sociaux contribueront à une plus grande certitude dans l'application des garanties législatives et affirmeront que les communautés d'expression anglaise sont des partenaires à part entière du système de santé et de services sociaux du Québec.

Nous vous remercions de votre attention.