

**FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES DE RÉADAPTATION POUR LES
PERSONNES ALCOOLIQUES ET TOXICOMANES**

**MÉMOIRE PRÉSENTÉ À LA COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE
SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX**

22 SEPTEMBRE 2000

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION

LES PRÉMISSSES DE DÉPART À CONSIDÉRER

- Des acquis issus des réformes antérieures à maintenir et à consolider
- La modération dans les regroupements de structures et les fusions
- Une coordination régionale à renforcer en toxicomanie
- La toxicomanie : une problématique multidimensionnelle exigeant une approche non linéaire des services

L'ORGANISATION DES SERVICES : NOS POINTS DE VUE SUR LES OPTIONS PRÉSENTÉES

- Une organisation territoriale de services sous autorité unique
- La responsabilité clinique et financière confiée à une équipe
- Le médecin de famille coordonnateur de l'ensemble des services à la personne
- L'organisation des services spécialisés et surspécialisés sur une base régionale ou nationale
- Un dossier informatisé unique par usager
- La rémunération des médecins adaptée aux responsabilités qui leur sont confiées
- Le budget des établissements en fonction de la population, des services et des résultats
- La participation du secteur privé et du secteur communautaire
- Autres options

LE FINANCEMENT DES SERVICES : NOS POINTS DE VUE SUR LES OPTIONS PRÉSENTÉES

- La désassurance de services
- L'augmentation des impôts
- La contribution des usagers
- La gestion et la production privée de services médicaux spécialisés ou hospitaliers
- L'impartition des services de support et de soutien
- La création de caisses spéciales
- La vente de services spécialisés aux non résidents
- Les modes de distribution budgétaire

CONCLUSION

INTRODUCTION

La Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes est heureuse de participer à la consultation à laquelle nous convie la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (CESSSS). La Fédération estime, en effet, nécessaire que des solutions soient trouvées aux problèmes d'organisation et de financement des services de santé et des services sociaux au Québec.

La Commission d'étude a soumis à la consultation un ensemble d'options ou de solutions dont huit (8) ont trait à l'organisation des services de santé et de services sociaux et huit (8) autres au financement. Les membres de la Fédération ont examiné attentivement chacune de ces options et ont utilisé le guide d'animation proposé par la Commission pour faire valoir leurs points de vue.

Le présent document est divisé en trois grandes parties. Dans un premier temps, la Fédération tient à soumettre à l'attention des commissaires un certain nombre de préalables qu'il nous paraît important à considérer avant d'aborder toute nouvelle "réforme" dans un système de santé et de services sociaux déjà passablement éprouvé par les nombreux changements et réorganisations qui ont eu cours ces dernières années.

Dans un deuxième temps, nous nous exprimons sur chacune des options soumises à la consultation en ce qui a trait à l'organisation des services de santé et des services sociaux.

Dans la troisième partie, nous nous exprimons sur chacune des options soumises également à la consultation en matière de financement.

Nous terminons ce mémoire avec quelques réflexions de nature générale sur le processus de déploiement des mesures qui seront éventuellement retenues par la Ministre de la Santé et des Services Sociaux et sur l'importance de préserver le capital humain de nos établissements face à tous ces changements.

LES PRÉMISSSES DE DÉPART À CONSIDÉRER

Des acquis issus des réformes antérieures à maintenir et à consolider

Disons d'entrée de jeu que les membres de la Fédération estiment que le réseau de la santé et des services sociaux a connu à ce jour passablement de réformes et que l'heure ne devrait pas être aux changements de cap majeurs par rapport

aux orientations prises dans les réformes antérieures. Ainsi, la Fédération estime que le gouvernement devrait continuer d'appuyer toute mesure qui favorise le développement de services de type ambulatoire. De plus, le mouvement vers la régionalisation devrait, selon nous, être maintenu de façon à permettre à chaque région de faire des choix éclairés et surtout adaptés à leur réalité régionale. Il faut maintenir et consolider les acquis : déplacement des activités vers l'ambulatoire, confirmation du caractère spécialisé de certains services dont les services de réadaptation en toxicomanie offerts sur le plan régional, maintien d'un système avec un palier régional fort, etc.

Le maintien des orientations issues des réformes précédentes nous paraît d'autant plus pertinent que, de l'avis même du groupe de travail Arpin, les gains de productivité et les économies découlant des réorganisations (dont le virage ambulatoire) ont été réalisés.

La modération dans les regroupements de structures et les fusions

La Fédération est également d'avis qu'il faut chercher dorénavant ailleurs que dans les formules de regroupement de structures et les fusions, les moyens d'améliorer l'organisation et le financement des services de santé et des services sociaux. La Fédération estime en effet que les "mégastructures" ne constituent pas une panacée aux problèmes d'organisation et de financement des services de santé et des services sociaux. Aux problèmes de coordination externe, de complémentarité et de continuité entre établissements se sont substitués des problèmes de coordination interne au sein des établissements regroupés ou fusionnés avec des confrontations sur le plan des cultures, de modes de pratique et des missions. Les membres de la Fédération souhaitent que les énergies soient dorénavant consacrées à la mise en place de réseaux intégrés de services ; ces modèles nous paraissent plus pertinents pour atteindre les objectifs de coordination, de cohésion et de continuité dans les interventions auprès des clientèles.

Une coordination régionale à renforcer en toxicomanie

L'évaluation générale du rôle des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes est globalement plutôt positive selon la Fédération. Les services qui y sont offerts sont de qualité et sont généralement adaptés aux clientèles à desservir. L'une des difficultés majeures des centres de réadaptation, c'est l'absence de coordination tant sur le plan inter-ministères qu'au sein même des instances relevant du Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Ceci crée un manque de continuum et un manque d'intégration dans les services offerts à la clientèle.

La Fédération tient, dans un premier temps, à souligner le manque de coordination interministérielle dans l'organisation des services en toxicomanie au Québec. En effet, les établissements du réseau de la santé et des services sociaux ont à composer avec une réalité complexe où à la fois le Ministère de la Santé et des Services sociaux, le Ministère de la Sécurité publique, le Ministère de l'Éducation et le Ministère de la Sécurité du Revenu interviennent auprès de la clientèle toxicomane. Le plan d'action ministériel en toxicomanie reconnaît que *"les partenaires, tant au sein du réseau sociosanitaire que dans les autres réseaux, éprouvent des difficultés à concilier des objectifs différents, à s'entendre sur un langage commun et à harmoniser les messages."*

C'est pourquoi la Fédération propose qu'il y ait une meilleure coordination régionale dans l'accès aux services spécialisés de réadaptation en toxicomanie. Les établissements membres de la Fédération pourraient exercer un leadership en matière de coordination. D'ailleurs, le plan d'action ministériel en toxicomanie souligne que *"les travaux réalisés en matière de toxicomanie ont mis en lumière l'importance d'une coordination intersectorielle pour assurer la mobilisation sociale sur le plan local et régional."*

La Fédération est d'avis que les actions entreprises auprès des personnes aux prises avec une problématique de toxicomanie au Québec gagneraient en cohérence et en efficacité si ces actions étaient coordonnées par un acteur régional possédant l'expertise requise dans ce domaine. Les membres de la Fédération sont prêts à jouer ce rôle.

Il y a aussi un manque de coordination entre les divers acteurs qui interviennent au sein des services de santé et des services sociaux, en particulier pour ce qui touche la prise en charge de la clientèle toxicomane : on note, sur le terrain, des difficultés d'arrimage entre les intervenants sociaux et les psychiatres d'une part, entre les intervenants des urgences psychiatriques et ceux des services de désintoxication d'autre part, pour n'en nommer que quelques-unes. Une coordination régionale renforcée dans laquelle les centres de réadaptation pourraient jouer un rôle de leadership seraient de nature, croyons-nous, à concrétiser la mise en place d'un réseau intégré de services.

La toxicomanie : une problématique multidimensionnelle exigeant une approche non linéaire des services

Les textes à l'appui des travaux de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux distinguent les services de base des services spécialisés. Tout en comprenant bien la portée et le sens que ces concepts

recouvrent, nous croyons que cette différenciation entre ces deux niveaux de services ne doit pas être d'application trop rigide lorsque l'on touche au domaine de la toxicomanie.

La toxicomanie est une problématique complexe, multidimensionnelle et intersectorielle. La toxicomanie présente donc de multiples facettes et rejoint plusieurs aspects de la personne. Conséquemment, elle sollicite plus d'un secteur d'intervention. L'évolution de l'état des personnes alcooliques et toxicomanes auprès desquelles des interventions professionnelles sont menées se fait de façon non linéaire et progressive ; les services rendus auprès de ces personnes doivent pouvoir être adaptés de façon souple et flexible puisqu'il faut tenir compte de cette évolution "en dents de scie".

Plutôt qu'une différenciation trop rigide, nous proposons la mise en commun de nos connaissances et le partage dans le développement d'outils communs, en matière de dépistage et d'évaluation de premier niveau notamment.

L'ORGANISATION DES SERVICES : NOS POINTS DE VUE SUR LES OPTIONS PRÉSENTÉES

La Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes partage l'avis de la CESSSS quant à la nécessité d'une meilleure coordination et d'une meilleure continuité dans les services qui sont offerts aux usagers des services de santé et des services sociaux. Nous partageons l'avis que des services de base bien organisés constituent l'une des clés de voûte dans notre système.

Sans préconiser un modèle au détriment d'un autre dans l'étude des options soumises par la CESSSS, la Fédération appuie tout ce qui va dans le sens de la consolidation de réseaux intégrés de services qui permettent à la clientèle d'avoir accès à un ensemble coordonné de services.

Les membres de la Fédération sont d'avis que l'expertise acquise par les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes doit être préservée, ceci afin de garantir à la clientèle l'accès aux meilleurs services dans ce domaine spécifique. À cet égard, il nous semble qu'il faut éviter de regrouper ensemble des services de réadaptation aussi divers que ceux qui sont offerts, notamment, en déficience physique, en déficience intellectuelle et en alcoolisme et toxicomanie. Les services spécialisés de réadaptation ne sont pas tous de même nature et nous voyons mal comment leur regroupement permettrait d'atteindre les objectifs de qualité et de continuité qui sont au cœur de la philosophie actuelle en matière de prestation de services de santé et de services sociaux. Nous croyons que le regroupement de services spécialisés de secteurs extrêmement diversifiés serait contraire à l'énoncé de principe exprimé dans l'un

des documents support à la CESSSS (*Organisation des services. État de situation et perspectives*) à l'effet de recentrer les établissements spécialisés autour de leur mission première qui est le traitement. Une solution alternative est proposée à la CESSSS.

1. Une organisation territoriale des services sous autorité unique

Nous sommes d'accord avec cette proposition. Nous croyons, en effet, que le temps est venu de réunifier les forces de tous les acteurs en première ligne, et plus particulièrement celles des CLSC et des cliniques médicales. À défaut de services de base bien organisés et intégrés, la population continue de se rendre dans les urgences des centres hospitaliers, ce qui tend à causer de l'engorgement. Nous croyons que l'utilisateur serait le grand gagnant de cette réunification des services de base; l'accessibilité et la continuité des services en seraient grandement améliorées. En outre, des services de base bien organisés constituent un préalable essentiel à des références et des liaisons fonctionnelles avec les services spécialisés et, notamment, ceux offerts par les centres de réadaptation en toxicomanie.

Il faudra, par ailleurs, prendre soin de bien définir les balises territoriales. La MRC a été, dans la plupart des régions en dehors des communautés urbaines, l'assise territoriale de référence. Mais quelle sera celle qui sera retenue pour les territoires urbains comme ceux de la région de Montréal et de Québec notamment ? Y aura-t-il lieu d'agrandir ou de revoir la sphère territoriale sur laquelle est fondée le départage des territoires de CLSC ? Les membres de la Fédération souhaiteraient être consultés sur cette question des territoires car elle a un impact sur les liens avec le niveau régional de services. Nous aurions tendance à privilégier le maintien de territoires locaux à dimension humaine, près des quartiers et des milieux de vie.

2. La responsabilité clinique et financière confiée à une équipe

Les membres de la Fédération ont une position mitigée par rapport à cette proposition de la CESSSS. Les modèles de gestion de cas (*case management*) nous semblent prometteurs et il faut les encourager, bien qu'ils se soient heurtés à des difficultés dont celle de la *légitimité* de l'établissement ou du professionnel coordonnateur du plan de services. Pour contrer cette difficulté, il faut identifier un établissement, en l'occurrence le CLSC, ayant le mandat de désigner le coordonnateur.

Les modèles de gestion intégrée tels que ceux qui sont en expérimentation notamment dans le secteur des personnes âgées en perte d'autonomie (nous pensons ici au projet de Services Intégrés aux Personnes Âgées ou SIPA) peuvent être une source de réflexion et d'inspiration. Mais concrètement, les membres de notre Fédération auraient besoin de plus d'éclairages sur les résultats des expérimentations en cours au Québec, ainsi que sur la pertinence de leur application dans le domaine de l'alcoolisme et de la toxicomanie. Ces modèles présupposent, en outre, un cadre budgétaire différent de celui qui a cours actuellement, soit la capitation, un cadre sur lequel nos membres sont partagés.

La responsabilité clinique peut et doit être confiée à une équipe multidisciplinaire; par contre, nous avons plus de mal avec le principe de la responsabilité financière de l'équipe. Des clarifications sur ce point nous paraissent essentielles avant de généraliser un tel modèle dans le domaine de la toxicomanie.

Il faudra, de plus, clarifier les règles d'imputabilité et rendre la pratique de gestion de cas compatible avec les exigences requises par la législation professionnelle, en particulier dans le domaine médical. Il faudra également rendre cette pratique compatible avec la liberté de choix du professionnel qu'a l'utilisateur tel que stipulée à l'article 6 de la LSSSSQ.

Soulignons également que l'une des conditions de réussite dans l'implantation de tels modèles est sans aucun doute la formation au rôle de *case manager* ou de coordonnateur du plan de services, un rôle que peu d'intervenants ont l'habitude de jouer dans le système actuel. Nous croyons que l'exercice de ce rôle suppose des habiletés de base en matière de supervision et d'encadrement clinique ou professionnel de même que des habiletés de négociation et de courtage. L'exercice de ce rôle exige des habiletés sur le plan clinico-administratif.

Enfin, le temps mis dans la coordination des services auprès de l'utilisateur de même que les diverses modalités à mettre en place pour assurer cette coordination (comités cliniques, comités de discussion de cas, etc.) ne doivent pas être excessifs et se faire en équilibre avec le temps consacré à la prestation de services directs auprès de l'utilisateur. À défaut de quoi, aucun gain d'efficacité ne sera réalisé.

3. Le médecin de famille coordonnateur de l'ensemble des services à la personne

Nous sommes d'accord pour renforcer le rôle et la place du médecin de famille dans le système de santé et de services sociaux. La médecine familiale est sans doute celle qui permet le mieux de concilier les volets préventif et curatif dans la réponse aux problèmes de santé de la population. Encore faut-il, par ailleurs, que les médecins, et ceux des cliniques médicales privées plus particulièrement, acceptent de s'intégrer au services médicaux publics.

En outre, tout en étant en accord avec la reconnaissance du médecin de famille, nous croyons que le coordonnateur du plan de services d'un usager (*le case manager*) est un rôle qui n'est pas exclusif au médecin. Ce rôle doit être confié à l'intervenant qui est le mieux placé pour faire le lien avec l'ensemble des intervenants impliqués auprès d'un même bénéficiaire. La pratique montre que ce rôle peut être partagé alternativement par divers professionnels de la santé et des services sociaux.

4. *L'organisation des services spécialisés et surspécialisés sur une base régionale ou nationale*

Nous sommes en désaccord avec cette proposition. Nous croyons qu'intégrer ensemble des services spécialisés de nature différente conduirait à une dilution de l'expertise en particulier dans le domaine social. Nous estimons que les "corridors" de services peuvent être créés par la pratique extensive du *case management* telle que décrite et discutée dans l'option 2 (voir texte ci-dessus).

Nous serions, par ailleurs, favorables à une intégration sur la base des huit (8) grands programmes-clientèles définis par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux; l'un de ces programmes-clientèles concernent les personnes alcooliques et toxicomanes. Bref, nous souhaitons que l'expertise acquise depuis de nombreuses années en matière d'interventions en alcoolisme et en toxicomanie soit préservée.

5. *Un dossier clinique informatisé par usager*

Nous suggérons que la CESSSS parle plutôt d'usager, terme consacré dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux, plutôt que de patient dans ce cas-ci. Nous sommes en accord avec cette proposition. Nous croyons que l'harmonisation des systèmes d'information faciliterait la coordination inter-établissements et interprofessionnelle ainsi que la réalisation des plans cliniques. Elle permettrait, en outre, aux professionnels et aux gestionnaires de partager la même information sur un usager.

6. La rémunération des médecins adaptée aux responsabilités qui leur sont confiées

Nous sommes en accord avec cette proposition et nous croyons même qu'une rémunération différenciée pourrait être envisageable pour d'autres catégories de professionnels et non seulement pour les médecins, ce qui permettrait éventuellement d'améliorer la productivité dans la prestation de services à la clientèle.

7. Le budget des établissements en fonction de la population, des services et des résultats

Nous sommes en accord avec cette proposition. Nous croyons aussi que la budgétisation des établissements devrait tenir compte non seulement du bassin de population, de la nature des services offerts et des résultats (ce dernier volet suppose que des indicateurs de performance seront développés, ce qui en soi, n'est pas une mince tâche), mais aussi de la complexité dans l'intervention auprès de certaines clientèles. Nous attirons aussi l'attention sur le fait que certaines clientèles peuvent échapper à une telle formule de budgétisation; nous pensons ici plus particulièrement à la clientèle toxicomane ou itinérante, aux jeunes de la rue, clientèles qui ont pour caractéristique d'être mobiles et non identifiées ou rattachées à un secteur spécifique.

Nous croyons en même temps qu'une telle transformation dans la budgétisation des établissements devrait se faire progressivement; elle devrait s'appliquer dans un premier temps aux allocations nouvelles accordées puis sur une partie croissante du budget, tel que le propose le groupe de travail Arpin.

Nous croyons également qu'une budgétisation *en fonction des résultats* suppose que plus de souplesse soit apportée dans l'organisation actuelle du travail au sein de nos établissements de manière à permettre aux gestionnaires plus de marge de manœuvre dans la gestion des ressources humaines et financières.

8. La participation du secteur privé et du secteur communautaire

Nous ne pouvons qu'être en accord avec une telle proposition puisque le secteur privé, avec et sans but lucratif, de même que le secteur communautaire sont déjà présents au sein du système de santé et de services sociaux. D'ailleurs, la Fédération des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes comptent déjà parmi ses membres des organismes privés qui

offrent des services spécialisés en toxicomanie. La présence du secteur privé et du secteur communautaire est souhaitée dans la mesure où les critères de qualité et l'équité dans l'accès aux services sont préservés. Par ailleurs, l'action du secteur privé et du secteur communautaire doit se coordonner avec celle du secteur public à défaut de quoi on risque de reproduire l'incohérence et la discontinuité qui sont souvent rencontrées.

Autres options

La Fédération estime que plus de souplesse devrait être consentie sur le plan de l'organisation du travail dans les établissements au plan local et qu'une décentralisation dans les règles administratives régissant les conditions de travail du personnel apporterait beaucoup d'oxygène aux gestionnaires. Un assouplissement aux conventions collectives est absolument nécessaire pour permettre l'innovation en matière de gestion. Il s'agit là d'une avenue qu'il nous semble essentielle d'intégrer dans les recommandations à faire à la Ministre de la Santé et des Services Sociaux. Nous sommes convaincus que la décentralisation en matière de gestion des ressources humaines générerait des gains d'efficacité et d'efficience dont tout le monde profiterait, à commencer par le bénéficiaire dont on dit qu'il doit être au cœur du système.

LE FINANCEMENT DES SERVICES : NOS POINTS DE VUE SUR LES OPTIONS PRÉSENTÉES

Sur la base des études et analyses issues du Ministère de la santé et des services sociaux relativement au financement, la Fédération des centres de réadaptation en toxicomanie partage le diagnostic à l'effet qu'il existe un problème structurel important dans le financement des services de santé et des services sociaux et que des solutions nouvelles doivent être trouvées à défaut de voir s'effriter graduellement la capacité de l'État de répondre à tous les besoins consécutifs au vieillissement de la population et à l'essor des nouvelles technologies. L'augmentation de la part des dépenses privées dans les dépenses totales en santé n'ont pas, jusqu'à présent, mis en péril les principes fondamentaux du régime public de santé au Québec. Nous comprenons également que le marché des services privés porte essentiellement et, de façon globale, sur des biens et des services autres que ceux couverts par le régime public et qu'il ne s'agit pas de services substitutifs.

Force est toutefois de constater que la part des dépenses privées est appelée à augmenter, même si cela se fait à un rythme moins rapide que celui observé au cours des dernières années.

En conséquence, il semble évident pour la Fédération que le réseau public devra de plus en plus se conformer à une approche fondée sur la performance au sens

de produire des services de qualité au coût le plus bas possible. Nous appuyons par conséquent toute mesure qui favorise une allocation des argents sur la base d'indicateurs de performance, tout en tenant compte de la complexité des problématiques et des clientèles à traiter. Nous appuyons également toute mesure permettant d'aplanir les obstacles structurels (nous pensons ici à des mesures d'allègement de la réglementation) et la rigidité qui, à l'intérieur du système public, limite la capacité de s'adapter rapidement aux changements.

1. La désassurance de services

Sans que nous ayons des suggestions précises à faire, nous croyons que la population québécoise est mûre pour un nouveau contrat social dans l'identification du panier de services assurés. Une telle réflexion devra s'appuyer sur des consensus populationnels et des choix de société éclairés.

2. L'augmentation des impôts

Nous estimons que le fardeau fiscal des Québécois est suffisamment lourd à l'heure actuelle. Nous aurions même plutôt tendance à considérer que les gains d'efficacité et les économies réalisées dans le domaine de la santé et des services sociaux devraient conduire non pas à une hausse mais bien à une *baisse* des impôts des particuliers.

3. La contribution des usagers

Le principe d'une contribution de l'utilisateur existe déjà dans le système de santé et des services sociaux. Il existe même dans le secteur de la toxicomanie. Des contradictions seraient d'ailleurs à aplanir en matière de contributions de l'utilisateur. En effet, comment justifier qu'une contribution du parent pour le jeune toxicomane âgé de moins de 18 ans soit exigée par certains centres pour ce qui touche le gîte et l'hébergement alors que le toxicomane adulte n'ait rien à payer ? Une harmonisation dans les modalités relatives aux contributions doit être apportée. Des contributions additionnelles sont donc envisageables selon nous. Toutefois, ces contributions ne devraient en aucun cas toucher la prestation de services professionnels. La contribution des usagers devrait, en outre, tenir compte de la capacité de payer de ceux-ci de manière à préserver un filet de sécurité sociale.

4. La gestion et la production privée de services médicaux spécialisés ou hospitaliers

La pratique de la gestion privée existe déjà dans le secteur de l'hébergement des soins de longue durée où bon nombre de centres sont privés conventionnés. L'opportunité d'étendre une telle formule au domaine des services médicaux spécialisés ou hospitaliers est sans doute à considérer. Les membres de notre Fédération estiment que ce débat devrait se faire avec les représentants des secteurs concernés.

5. L'impartition des services de support et de soutien

Cette pratique a déjà cours dans le système de santé et de services sociaux. Nous croyons que le mouvement en ce sens peut être consolidé et poussé plus loin. L'expérience du Techno-centre paraît intéressante à cet égard.

6. La création de caisses spéciales

Les membres de la Fédération ne sont pas en mesure de se prononcer sur cette option qui exigerait une meilleure documentation. Le texte de la CESSSS ne nous semble pas suffisamment explicite et demanderait à être enrichi.

7. La vente de services spécialisés aux non-résidents

Nous ne sommes pas en mesure de nous prononcer sur cette option et, tout comme pour l'option précédente, des compléments d'information nous semblent nécessaires.

8. Les modes de distribution budgétaire

Le document de la CESSSS nous paraît plutôt vague sur ce point. L'intention est-elle de modifier le rôle des régies régionales quant à la distribution des fonds ? Si c'est le cas, la Fédération tient à réitérer son appui au principe d'équité régionale et au rôle actuel des régies régionales en matière d'allocation budgétaire. En même temps, nous sommes ouverts à toute proposition permettant d'améliorer les modalités d'allocation des ressources tant aux établissements qu'aux régies régionales.

CONCLUSION

La Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes a présenté ses points de vue relativement aux options proposées par la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux.

En terminant ce mémoire, nous souhaitons faire connaître aux commissaires notre volonté de participer activement à la mise en place des options et recommandations qui seront retenues par la Ministre de la Santé et des Services Sociaux. La Fédération est prête à mettre à la disposition de la Commission et de la Ministre l'expertise qu'elle possède en matière d'intervention spécialisée en toxicomanie. À cet égard, nous réitérons notre disponibilité à exercer un leadership régional en matière de coordination dans l'accès aux services spécialisés, coordination qui pourrait se faire tant à l'intérieur du secteur de la santé et des services sociaux qu'avec les autres secteurs d'intervention publique. Nous croyons que l'utilisateur ayant besoin d'aide spécialisée en toxicomanie gagnerait à pouvoir être orienté par une ressource compétente à travers le réseau de services publics.

La Fédération appuie plusieurs mesures mises de l'avant dans le cadre de cette consultation. Nous sommes cependant en désaccord avec les modèles de regroupement qui affaiblirait le leadership et l'expertise acquise au niveau des services spécialisés de réadaptation pour les personnes alcooliques et toxicomanes depuis près de trente ans. La clientèle doit continuer de bénéficier des services offerts par les experts en matière d'alcoolisme et de toxicomanie. Nous sommes, par ailleurs, favorables à des réseaux intégrés de services où le client a accès à un ensemble coordonné de services offerts par diverses organisations.

Enfin, bien que la CESSSS soit plutôt muette sur cette question, il nous semble que des assouplissements importants en matière d'organisation du travail devraient être apportés et que les gestionnaires dans les établissements devraient disposer de plus de marge de manœuvre à cet égard. Une décentralisation s'impose en matière de gestion des ressources humaines.

La Fédération tient aussi à ce que l'implantation des options retenues se fasse avec tout le discernement possible de manière à préserver la motivation et le goût au travail du personnel et des gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux.

La Fédération est en effet préoccupée par les résultats faisant état de problèmes de santé mentale (épuisement professionnel, stress, fatigue, etc.) et de santé

physique du personnel du réseau de la santé et des services sociaux. Encore récemment, La Presse dans son édition du 10 septembre présentait les données d'études tant nationales qu'internationales qui illustrent ces problèmes de façon éloquente. Il est important de rendre viables les futurs projets de transformation pour l'ensemble des intervenants, sinon on risque de se retrouver avec des résultats contraires à ceux recherchés.