



**SUZANNE
DESHAIES, M. Ps.**

Courtière de
connaissances
OQRLS
Professionnelle
de recherche
InterActions
centre de recherche
et de partage des
connaissances du CSSS
Bordeaux-Cartierville
Saint-Laurent
Centre affilié
universitaire

**HUGO
POLLENDER, M. Sc.**
Courtier de
connaissances, OQRLS

LES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES : PERSPECTIVES DU TERRAIN

Article n° 10.02.08 Mots-clés : réseaux locaux de services (RLS), initiatives de collaboration, retombées, pratique des intervenants, organisation des services.

Introduits par la réforme de 2005, les réseaux locaux de services (RLS) ont évolué en fonction des contextes dans lesquels ils se sont implantés. L'Observatoire québécois des réseaux locaux de services (OQRLS) a documenté un ensemble d'expériences de collaborations et d'actions conjointes. Cet article présente une compilation des retombées sur la pratique des intervenants et l'organisation des services telles qu'identifiées par les parties prenantes des initiatives documentées. Cette description révèle que les RLS travaillent en proportion égale à une plus grande accessibilité, à l'optimisation et à la continuité des services. Ce portrait, loin de rendre compte de la complexité de l'action en réseau, renseigne sur l'apport des RLS aux services de santé. Un exercice plus exhaustif et des évaluations scientifiques des effets permettraient de dégager d'autres types d'enseignements.

Introduction

Les réseaux locaux de services (RLS) ont été introduits par le Projet de loi n° 83 (en 2005), *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*. Ils sont fondés sur un modèle qui sollicite la collaboration entre les partenaires pour favoriser l'action conjointe. Les centres de santé et de services sociaux (CSSS) ont un mandat d'animation et de coordination du RLS sur leur territoire.

Depuis sa création en 2008, l'Observatoire soutient les acteurs des RLS dans leurs questionnements et documente des expériences en RLS qui contribuent à améliorer l'accessibilité, la continuité, la qualité des services ainsi que l'état des déterminants sociaux de la santé. Ces expériences s'articulent le plus souvent autour des services de première ligne, des stratégies de promotion-prévention de la santé et, dans une moindre proportion, des actions sur les déterminants sociaux de la santé. Cet

article vise à illustrer les retombées pour la pratique des intervenants et pour l'organisation des services telles qu'identifiées par les parties prenantes des RLS qui orientent principalement leur action conjointe vers les services de première ligne.

Processus de documentation des RLS

Pour documenter les collaborations au cœur des RLS, l'Observatoire a développé un processus en cinq étapes :

1. Repérage d'initiatives par différentes stratégies comme la veille documentaire, les personnes-ressources de l'Observatoire, le site Web de l'Observatoire, le bouche à oreille, etc.
2. Analyse de chaque initiative repérée en fonction des critères suivants :
 - L'initiative doit découler d'un problème de santé ou social dans la population exigeant une intervention en santé, ou encore découler d'un besoin de services



- de santé et de services sociaux dans le territoire du RLS ;
- L'initiative doit engager une collaboration de nature institutionnelle entre un CSSS et au moins un partenaire autonome du RLS. Cette collaboration doit se matérialiser dans l'offre de service ou dans les activités de santé à la population ;
 - L'initiative doit avoir mené à un changement concret, de petite ou de grande envergure, dans l'action sur les déterminants sociaux de la santé ou encore dans l'offre de service, qu'elle soit de nature préventive ou curative.
3. Collecte d'information sur les collaborations et l'action conjointe auprès de cinq à huit représentants de l'initiative retenue.
 4. Rédaction d'une synthèse des entretiens qui, par la suite, est mise en forme dans un récit d'une dizaine de pages qui se décline de la façon suivante :
 - brève description de l'initiative,
 - façon dont l'initiative a pris forme,
 - ce que l'initiative offre de plus à la population,
 - partenaires engagés dans l'initiative,
 - ressources nécessaires pour mettre en œuvre l'initiative,
 - retombées associées à la mise en place de l'initiative,
 - avis des partenaires et de la population au regard de cette initiative,
 - leçons à tirer de l'initiative,
 - suites de l'initiative.
- Ce format sera abrégé à l'automne 2014 pour mieux répondre aux besoins du lectorat tout en gardant l'essentiel des rubriques mentionnées.

5. Le récit est soumis aux personnes rencontrées pour être validé avant d'être édité et envoyé sous format électronique à plus de 500 abonnés.

Au 31 mars 2014, une cinquantaine d'initiatives s'inscrivaient à l'une ou l'autre des étapes de collecte, rédaction ou publication. Ces initiatives provenaient de 15 régions du Québec, visaient un large éventail de populations (p. ex., personnes âgées isolées ; en perte d'autonomie physique ou cognitive ; ayant des troubles de santé mentale ou de dépendances ; jeunes et les familles) et rassemblaient une grande variété de collaborateurs sectoriels et intersectoriels.

Le travail en RLS

Chaque initiative s'appuyant sur le travail en RLS est singulière et adaptée à son contexte. Il s'agit là d'une caractéristique de l'action en RLS. Il est donc difficile de rendre compte du travail en RLS à travers une seule initiative comme il est risqué de les considérer dans un seul ensemble. Dans le cadre de cet article, nous avons retenu dix-sept initiatives documentées par l'Observatoire qui se caractérisent par la réponse aux besoins de la première ligne.

Il est également important de préciser que l'évolution du travail en RLS est considérée ici sous l'angle des retombées identifiées par les acteurs eux-mêmes. En effet, les personnes rencontrées lors du processus de documentation ont exprimé leurs perceptions des retombées de l'action conjointe pour la population ciblée, les partenaires, la pratique des intervenants et l'organisation des services. C'est plus particulièrement en se référant aux deux derniers que les retombées de l'action en RLS sont présentées ici.

Retombées perçues par les personnes rencontrées lors du processus de documentation de dix-sept initiatives par l'Observatoire

Région administrative Programme/ Services Type de partenariat associé	Problématique au départ (pour la première ligne)	Services mis en place	Retombées perçues au regard de la pratique des intervenants	Retombées perçues au regard de l'organisation des services
# 1 Montérégie Programme/ Services : perte d'autonomie liée au vieillessement Partenariat : sectoriel (santé)	Optimisation des services Délais importants pour l'évaluation de la perte cognitive (2 ans) Peu de continuité entre les interventions offertes à cette clientèle	Services de dépistage en GMF – soutenus par un neuropsychologue Plan d'intervention individualisé pour les cas complexes Prise en compte de l'ensemble des facteurs de vulnérabilité de cette clientèle	Décloisonnement des tâches - Vision systémique de l'intervention à offrir	Délai d'attente plus court, diagnostic précoce
# 2 Abitibi-Témiscamingue Programme/ Services : santé publique Partenariat : intersectoriel (santé et entreprises privées)	Accessibilité aux services Problème d'accès à un médecin de famille Occurrences élevées d'hospitalisation et de mala- dies liées aux habitudes de vie chez les hommes adultes	Équipe multidisciplinaire ambulante pour faire : portrait et suivi de l'état de santé des travailleurs; promotion de la santé et des saines habitudes de vie	Développement d'une nou- velle forme de prévention des maladies cardiorespiratoires Mise en place d'une équipe multi et transdisciplinaire	Plus grande accessibilité à un médecin

Région administrative Programme/ Services Type de partenariat associé	Problématique au départ (pour la première ligne)	Services mis en place	Retombées perçues au regard de la pratique des intervenants	Retombées perçues au regard de l'organisation des services
# 3 Mauricie et Centre-du-Québec Programme/ Services : perte d'autonomie liée au vieillessement Partenariat : intersectoriel (santé et résidences privées)	Accessibilité aux services Fermeture d'un centre de jour du CSSS sur le territoire Grande distance à parcourir pour se rendre au centre de jour pour une clientèle en perte d'autonomie impor- tante : diminution du nombre d'usagers rencontrés par les «services centre de jour » du CSSS	Centre de jour mobile en mi- lieu rural dans les résidences : services de centre de jour (1/2 journée/sem.) et activités adaptés à la condition de cette clientèle	Autonomisation (empower- ment) communautaire	Diminution du cout unitaire du service Diminution des couts d'opération reliés au transport (par rapport au centre de jour fermé) Désert territorial et augmentation du nombre de personnes qui bénéficient des activités
# 4 Lanaudière Programme/ Services : santé mentale Partenariat : intersectoriel (santé et communautaire)	Accessibilité aux services Difficulté d'accès aux services en santé mentale pour les personnes avec des troubles mentaux sévères Nombre réduit de lits d'hospitalisation en psychiatrie	Équipe de soutien intensif intersectorielle (santé et communautaire) qui intervient dans le milieu de vie de la personne	Traitement pharmacologique novateur Mélange du social et du médical : complémentaire et enrichissant Références plus rapides des professionnels	Diminution du taux d'hospitalisation Valeur ajoutée par le regroupement des établisse- ments et d'expertises
# 6 Laurentides Programme/ Services : services généraux – activités cliniques Partenariat : intersectoriel (santé et communautaire)	Optimisation des services Services de l'urgence engorgés Services de l'urgence non adaptés aux besoins com- plexes d'une clientèle aux prises avec un problème de santé chronique, complexifiés par des problèmes sociaux ou de santé mentale	Accompagnement et soutien de ces utilisateurs par une gestionnaire de cas Liaison systématique établie entre de ces utilisateurs et les autres programmes/services de l'établissement	Sensibilisation des interve- nants à une meilleure utilisation de l'urgence Une plus-value de l'interdisciplinarité pour la gestionnaire de cas	Total des visites à l'urgence de cette clientèle diminué Accès plus facile aux médecins et spécialistes
# 8 Chaudière-Appalaches Programme/ Services : santé mentale Partenariat : intersectoriel (santé, communautaire, privé, sécurité publique)	Optimisation des services Un taux élevé d'hospitalisation des personnes vivant une détresse psychologique Discontinuité des services	Trajectoire de services com- mune à toutes les organisa- tions en prévention du suicide : nom de code intervention ; suivi 24 h/48 h assuré par le CSSS ; premier suivi par appel téléphonique dans les premières 24 h : consultation avec l'intervenant du CSSS dans les 48 heures : dans situa- tion urgente, l'intervenant de l'accueil psychosocial se déplace sur les lieux. Le cas échéant, suivi postévénement aux membres de la famille et des proches	Trajectoire qui facilite le travail de chacun Développement du réflexe « Trajectoire de services commune »	Amélioration des délais de prise en charge des personnes suicidaires Diminution des hospitalisa- tions non nécessaires Consignation et conserva- tion des informations sur les personnes, peu importe l'établissement qui les a collectées
# 9 Mauricie et Centre-du-Québec Programme/ Services : perte d'autonomie liée au vieillessement Partenariat : intersectoriel (santé et municipal)	Optimisation des ressources Besoins de plus en plus grands des résidents âgés en HLM avec une perte d'autonomie importante entraînant le transfert vers centre d'hébergement ou résidence privée à des couts élevés pour leurs moyens	Services de longue durée aux résidents en perte d'autonomie des HLM	Décloisonnement des tâches : certains intervenants assument des tâches traditionnellement réservées à des titres d'emplois plus scolarisés	Formule d'hébergement moins couteuse que l'hébergement institutionnel Présence du gestionnaire de cas sur place favorisant une meilleure coordination

Les RLS sont fondés sur un modèle qui sollicite la collaboration entre les partenaires pour favoriser l'action conjointe.

Région administrative Programme/ Services Type de partenariat associé	Problématique au départ (pour la première ligne)	Services mis en place	Retombées perçues au regard de la pratique des intervenants	Retombées perçues au regard de l'organisation des services
# 10 Montérégie Programme/ Services : services généraux – activités cliniques Partenariat : sectoriel (santé)	Accessibilité aux services Vaste territoire, isolé et n'ayant pas de centre hospitalier Pénurie de médecins en première ligne. Cliniques sans rendez-vous mais peuvent attendre plusieurs années avant d'avoir un médecin de famille. Les médecins de première ligne doivent composer avec une forte pression de la clientèle	Centrale d'appels pour la clientèle orpheline du territoire	Médecins ayant accès à des dossiers clients préparés par l'équipe du guichet Médecins ayant une « reconnaissance » pour la prise en charge de clientèles vulnérables Médecins qui ne sont plus sollicités directement dans les cliniques	Médecins qui acceptent de prendre de nouveaux patients référés par le CSSS Autre façon de prendre en charge la clientèle Demandes d'accès à un médecin de famille centralisées en un seul endroit Outils de compilation permettant d'avoir un portrait global des patients sans omnipraticien
# 14 Laurentides Programme/ Services : santé mentale Partenariat : intersectoriel (santé, communautaires, privé et sécurité publique)	Continuité des services Malgré l'ajout d'un psychiatre au centre de détention, un fort taux de récurrence est constaté. Désorganisation des ex-personnes détenues à leur sortie de prison	Accompagnement individualisé de l'utilisateur en communauté Suivi psychiatrique régulier de l'utilisateur à l'extérieur de la prison Habiller les ressources du milieu à accueillir une ex-personne détenue	Intervenants du CSSS qui se sentent moins seuls : un cadre de pratiques (langage et objectif communs) est mis en place Intervenants du CSSS qui adaptent leurs pratiques aux besoins spécifiques des usagers Intervenants des partenaires qui améliorent leurs connaissances de cette clientèle (symptômes, médicaments, etc.)	Meilleure compréhension des caractéristiques de cette clientèle, ce qui facilite le lien entre les organisations et ex-détenus
# 15 Côte-Nord Programme/ Services : services généraux – activités cliniques Partenariat : intersectoriel (santé, municipal, privé, communautaire)	Continuité des services Absence de soutien aux proches-aidants, de lieu de convalescence qui ne requiert pas de services hospitaliers, de lieu de transition après une crise psychosociale	Lieu d'hébergement multiclientèle avec services et ressources adaptés aux besoins des personnes qui y séjournent	Soutien ponctuel et formation des intervenants, ce qui améliore leur pratique Interventions plus ciblées à la suite d'échanges entre intervenants Mise en réseau des intervenants du CSSS	Augmentation de l'offre de services sur le territoire Facilite les liens interorganisationnels lors de situations ponctuelles, p.ex., pandémie
# 16 Montérégie Programme/ Services : dépendances Partenariat : intersectoriel (santé, communautaire, scolaire, sécurité publique, économique communautaire)	Continuité des services Difficile pour une personne sortant de thérapie de trouver elle-même le soutien dont elle a besoin ; plusieurs sollicitent régulièrement les services, sans changer leurs habitudes de vie Peu de liens de collaboration existaient entre les diverses ressources de la région	Ateliers individuels et/ou de groupe Suivi psychosocial individuel Accompagnement lors de rencontres avec les organismes partenaires Service de transport	Communication plus facile entre les partenaires Meilleur partage des connaissances entre les partenaires concernant la situation de l'utilisateur Amélioration de l'utilisation des services offerts par les partenaires grâce au réseautage	Mise en place d'outils communs Utilisation plus efficace des services offerts par les partenaires; meilleure connaissance des services, procédures et limites de chacun
# 17 Outaouais Programme/ Services : jeunes en difficulté Partenariat : intersectoriel (santé et communautaire)	Continuité des services Des parents au bord de l'épuisement qui éprouvent le besoin d'être davantage soutenus pour composer au quotidien avec leur enfant Des jeunes qui présentent des problèmes multiples et qui ont des besoins complexes Les ressources du système qui ne sont pas toujours en mesure de répondre adéquatement à ces besoins	Équipe mixte (Centre jeunesse et CSSS) dédiée pour faire référence ; évaluation des besoins de la famille ; observation à domicile ; intervention	Intervenants se sentant plus près de la réalité des familles Intervenants éprouvant un plus grand sentiment d'efficacité en agissant sur plusieurs sphères de la vie du jeune Intervenants embauchés apportant aux intervenants des établissements une autre perspective sur la réalité des familles suivies	Liaison de l'expertise de 1 ^{re} ligne, 2 ^e ligne et celle du milieu communautaire Plus grande intensité de services Plus grande souplesse organisationnelle Permet l'accès à l'hospitalisation et la durée du séjour

Région administrative Programme/ Services Type de partenariat associé	Problématique au départ (pour la première ligne)	Services mis en place	Retombées perçues au regard de la pratique des intervenants	Retombées perçues au regard de l'organisation des services
# 35 Abitibi-Témiscamingue Programme/ Services : perte d'autonomie liée au vieillessement Partenariat : intersectoriel (santé et communautaire)	Accessibilité aux services Dépister les problématiques liées à l'isolement (abus, violence, négligence et autres types de détresse) vécues par certaines personnes âgées qui n'étaient pas rejointes par les intervenants du soutien à domicile du CSSS et par les organismes communautaires	Travailleuse de milieu qui crée un lien de confiance et fait « le pont » entre la personne âgée et les ressources dis- ponibles, tant dans le réseau de la santé que dans les organismes communautaires	Approche milieu adaptée aux caractéristiques des personnes âgées ciblées Échange d'expertise entre travailleuses de milieu (jeunes et personnes âgées)	Échanges de références entre l'intervenante de milieu et les intervenants du CSSS et des autres organismes
# 45 Bas Saint-Laurent Programme/ Services : déficience physique Partenariat : intersectoriel (santé, municipal, économique et communautaire)	Qualité des services Adultes avec déficience phy- sique vivant dans des milieux qui ne sont pas adaptés à leur condition physique	Logements adaptés à leurs déficiences physiques, situés dans un milieu de vie social et communautaire près des services; surveillance 24/7 ; services de soutien aux AVD et AVQ; activités sociales et de loisirs offertes tant à la rési- dence même qu'à l'extérieur	Milieu de travail plus sécuri- taire pour les préposées aux bénéficiaires Préposées aux bénéficiaires développant une expertise en matière d'AVQ en lien avec une clientèle vivant avec une ou des déficiences physiques	Plus facile et rentable pour le CSSS d'offrir des services à des gens regroupés à proximité et au même endroit Quelques places en CHSLD se sont libérées
# 48 Montréal Programme/ Services : jeunes en difficulté Partenariat : intersectoriel (santé et communautaire)	Accessibilité aux services Certains jeunes cumulent des difficultés importantes aux plans personnel, social et économique, qui complexifient leur démarche d'insertion professionnelle	Séances de coaching données par le psychologue de l'équipe santé mentale du CSSS aux intervenants du CJE Mise en place de mécanismes d'accès aux ressources du CSSS : lors d'un suivi théra- peutique et lorsque le jeune a besoin de services psycho- sociaux Ateliers thématiques offerts aux jeunes par les intervenants	Conseillers en emploi inté- grant de nouvelles stratégies d'intervention adaptées à ces jeunes - augmentation du sentiment d'efficacité	Intervention plus précoce en santé mentale (max. 1 semaine) Jeunes orientés (ne cherchent plus) vers les services du CSSS Psychologue agissant comme un agent pivot facilitant la cir- culation de l'info entre le CSSS et le CJE et entre les différents services du CSSS
# 53 Montréal Programme/ Services : services généraux – activités cliniques Partenariat : intersectoriel (santé et communautaire)	Optimisation des ressources Absence fréquente de suivi cli- nique périnatal pour femmes qui semblent présenter des facteurs de vulnérabilité Limite de l'intervention traditionnelle sur certains facteurs de risque, par exemple, familles issues de l'immigration (barrières avec les services, stress d'accu- luration, isolement, etc.)	Équipe multidisciplinaire offrant des services de « péri- natalité sociale »; suivi préna- tal des mères; suivi médical, éducatif et psychosocial de leurs enfants d'âge préscolaire	Intervenants bénéficiant d'un niveau élevé d'autonomie professionnelle Renforcement des liens théra- peutiques entre intervenants et usagers Engagement plus personnel des intervenants contribuant à les motiver Interventions concertées parce qu'il y a une approche inter- disciplinaire; dossier partagé	CSSS parvenant mieux à rejoindre une clientèle vulnérable La proximité des intervenants et le travail interdisciplinaire favorisent la coordination et la continuité des soins et l'orientation des usagers vers le professionnel adéquat
# 56 Lanaudière Programme/ Services : services généraux – activités cliniques Partenariat : sectoriel (santé)	Optimisation des ressources Suivis de grossesse à l'hôpital, à 200 km - Sur place, il y a un centre de santé services de 1 ^{re} ligne - équipe constituée d'infirmières - aucun médecin Plusieurs heures de route ; absence de la mère pour deux jours et une nuit; absence du père; mère ne se présentant pas à tous ses rendez-vous; lacunes dans le suivi de grossesse; augmentation des risques de complications; difficultés pour le personnel médical à créer une relation de confiance avec la femme enceinte	Grâce à la télémédecine et à l'optimisation de la pratique des infirmières en santé maternelle du CS de la com- munauté, offre aux femmes enceintes d'un suivi de gros- sesse complet	Élargissement de la pratique de l'infirmière en santé maternelle; leadership du suivi de grossesse en collaboration avec le médecin Formation élargie de l'infirmière Gestion des situations d'urgences obstétricales Diminution de l'isolement professionnel Lien de confiance renforcé entre l'infirmière et l'usagère	Augmentation significative de l'implication de l'infirmière dans le suivi de grossesse ; pour 71 grossesses, 152 con- sultations au centre de santé et 154 séances de télésanté Diminution des déplacements, donc diminution des coûts (500 déplacements évités en 2010-2011)

Les retombées pour la pratique des intervenants

De manière générale, le travail en RLS permettrait aux intervenants de première ligne de se sentir plus efficaces et d'avoir une pratique plus centrée sur la personne. La pratique en réseau, par le développement d'outils communs et une approche intégrée, serait une plus-value. Par cette pratique en réseau, les acteurs perçoivent également un meilleur soutien. Enfin, les RLS ont également favorisé les innovations dans les pratiques de première ligne, comme l'élargissement de la pratique professionnelle, la mise en place de nouveaux cadres de pratique et administratifs et de nouvelles formes d'intervention.

De manière plus détaillée, la documentation produite par l'Observatoire nous renseigne sur le fait que l'action conjointe en RLS comporte également des objectifs de partage des savoirs entre les intervenants et de transfert d'informations entre les organisations partenaires. Les deux expériences suivantes complètent les informations précédentes en les illustrant.

L'un des intervenants rencontrés, un premier répondant, a exprimé le fait qu'il a reçu peu de formation sur les concepts de base en santé mentale (désorganisation, tendances suicidaires, etc.). Ce qui, selon lui, complexifiait ses interventions avec les personnes manifestant des idées suicidaires. Il croit même que dans certains cas, ce manque de connaissance aggravait la situation. La mise en réseau avec des intervenants spécialisés soutient maintenant son intervention. Son travail s'inscrit dans une trajectoire de services et les suivis sont assurés par un ensemble de partenaires.⁽¹⁾

Dans le même ordre d'idées, un médecin rencontré exprime sa perception de la valeur ajoutée d'une pratique partagée et intégrée. Les outils communs entre tous les partenaires, le décloisonnement des tâches professionnelles, la confiance mutuelle sont des manifestations d'une pratique en réseau. Ce médecin précise qu'en opérant dans une initiative de collaboration, il a appris à travailler en équipe, à connaître le rôle de chacun des intervenants et à mieux référer à la bonne ressource. Mais son plus grand apprentissage, précise-t-il, c'est de se faire confiance. Et que pour faire confiance, poursuit-il, il faut connaître les compétences et les limites de chacun.⁽²⁾

La recherche de solutions communes par le travail en RLS a également permis l'innovation dans l'intervention de première ligne. À titre d'exemples - l'élargissement de la pratique de l'infirmière en santé maternelle pour permettre aux mères d'une région éloignée d'avoir un suivi régulier dans leur milieu de vie, tout en restant en lien avec des équipes spécialisées du centre hospitalier régional⁽³⁾ - le développement d'un nouveau cadre de pratique qui introduit une autre façon de prendre en charge la clientèle en centralisant les demandes d'accès à un médecin de famille en un seul endroit⁽⁴⁾ - la mise en place d'une trajectoire de services qui permet aux personnes avec des idées suicidaires d'être constamment sur les radars des services de santé et des services sociaux.⁽⁸⁾

Les retombées pour l'organisation des services

De manière générale, les retombées en lien avec l'organisation des services identifiées par les acteurs des RLS permettraient une plus grande accessibilité aux services, une diminution des coûts et une meilleure réponse aux besoins de la population. Le travail en RLS favoriserait également la continuité des services et une gestion simplifiée.

De manière spécifique, les intervenants rencontrés parlent de services plus efficaces en termes de plages horaires étendues. Plus efficaces parce que partagés par un plus grand nombre d'organisations, ou parce que les services sont regroupés au même endroit. Par exemple, cette initiative⁽⁵⁾ pour laquelle la directrice adjointe des programmes et des activités cliniques du CSSS note qu'il est plus facile et plus rentable d'offrir des services adaptés à des gens regroupés à un seul endroit qu'à des gens isolés. Elle précise, entre autres, les économies en frais de déplacement parce qu'avant, les préposées devaient se déplacer sur un vaste territoire, et que maintenant les mêmes services sont concentrés à un seul endroit.

D'autres personnes rencontrées parlent de services du CSSS démythifiés, parce que prodigués à l'extérieur du cadre traditionnel, ce qui permettrait de rejoindre des populations plus marginales. D'autres encore soulignent le fait que les interventions sont plus rapides parce que les intervenants, mieux formés, suivent un plan d'intervention partagé par plusieurs organisations ou sont formés pour des tâches spécifiques. Comme dans le cas de la clinique de soutien au dépistage qui favorise l'implication plus active des personnes formées à l'évaluation de perte cognitive, notamment dans les Groupes de médecine familiale, qui a permis de réduire le délai d'attente de deux ans à un mois ou deux.⁽⁶⁾

Conclusion

Si cette présentation des retombées est beaucoup trop fragmentaire pour en tirer des conclusions généralisables à l'ensemble des RLS du Québec, elle permet de tracer un portrait qualitatif de l'action conjointe réalisée en RLS. Que peut-on en dégager? Que les collaborations en RLS documentées mettent beaucoup l'accent sur le partage des responsabilités entre les partenaires et sur la recherche de solutions adaptées à leur contexte.

L'Observatoire, témoin privilégié des réalités singulières des collaborations qui se mettent en place dans les RLS et de la pluralité de leurs actions conjointes, encourage la diffusion des savoirs pour soutenir les acteurs des RLS qui contribuent à améliorer l'accessibilité, la continuité, la qualité des services ainsi que l'état des déterminants sociaux de la santé. Au cours des prochaines années, il souhaite poursuivre son travail de documentation sur l'impact des actions de collaborations réalisées en RLS en regard des services de première ligne et, de manière plus globale, sur la logique des services par des approches empiriques aussi bien que par des méthodes scientifiques. ●

Références bibliographiques

1. BOLDUC, N., A.-M. ROYER, J. ARCHAMBAULT, A. BATTAGLINI, J. GERVAIS (2010). *La prévention du suicide : une priorité collective sur un territoire pour mieux soutenir les personnes vulnérables*, Observatoire québécois des réseaux locaux de services (OQRLS).
2. ROYER, A.-M., J. ARCHAMBAULT, J. GERVAIS, A. BATTAGLINI, N. BOLDUC (2010). *Adultes ayant des problèmes de santé mentale : quatre organisations font équipe pour le maintien dans la communauté*, OQRLS.
3. BAZINET, J., S. DESHAIES, A. BATTAGLINI, M.-È. NADEAU (2012). *La technologie au service des femmes enceintes d'une communauté autochtone*, OQRLS.
4. ROYER, A.-M., J.-G. NTEBUTSE, J. ARCHAMBAULT, A. BATTAGLINI, J. GERVAIS (2010). *Guichet d'accès à des services de santé pour la population sans omnipraticien*, OQRLS.
5. POLLENDER, H., J. ARCHAMBAULT, A. BATTAGLINI, J. GERVAIS, N. GOSSELIN, M.-È. NADEAU (2012). *Offrir un chez-soi adapté aux personnes vivant avec une déficience physique sévère et persistante*, OQRLS.
6. GERVAIS, J., J. ARCHAMBAULT, N. BOLDUC, A. BATTAGLINI, A.-M. ROYER (2010). *Les personnes âgées avec troubles cognitifs : un repérage précoce pour un maintien dans la communauté*, OQRLS.