

The logo for aqesss, featuring the word 'aqesss' in a bold, lowercase sans-serif font, flanked by vertical bars on either side.

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE
D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ
ET DE SERVICES SOCIAUX

**Résultats du sondage sur la
collaboration entre les CSSS et la
première ligne médicale hors
établissement**

Janvier 2015

Contributions

Équipe de travail

Réal Cloutier, Hôpital Rivière-des-Prairies

Louise Quesnel, coordonnatrice de la table des chefs des DRMG*

Lucie Raymond, Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux

* A changé de fonction depuis.

Avec la collaboration de Serge Dulude, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

Édition

Rédaction : Lucie Raymond

Traitement des données : Flora N'Gbesso

Programmation du questionnaire : Sonia Beaugendre

Révision et mise en page : Jocelyne Perron

Distribution

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux

Bureau des affaires médicales et universitaires

505, boulevard de Maisonneuve Ouest, Bureau 400, Montréal (Québec) H3A 3C2

Téléphone : 514 842-4861

© Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux

Dépôt légal : Premier trimestre de 2015

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives du Canada

ISBN : 978-2-89636-207-3 (pdf)

Ce document est disponible gratuitement sur le Web : www.aqesss.qc.ca

La reproduction d'extraits est autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source.

Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé.

TABLE DES MATIÈRES

CONTEXTE	4
INFORMATIONS GÉNÉRALES.....	5
Provenance des répondants.....	5
Répartition des répondants selon leur fonction	6
PRÉSENCE ET FONCTIONNEMENT DE LA TABLE LOCALE DU DRMG	7
Présence d’une table locale du DRMG	7
Fonctionnement de la table locale du DRMG	7
Autres mesures en l’absence d’une table locale du DRMG	10
LIENS ENTRE LES PARTENAIRES DE LA PREMIÈRE LIGNE MÉDICALE ET LE CSSS AU SEIN DU TERRITOIRE.....	12
COLLABORATION ENTRE LE CSSS ET LA PREMIÈRE LIGNE MÉDICALE HORS ÉTABLISSEMENT	13
Niveau de collaboration	13
Attentes du CSSS.....	14
Obligations des médecins de première ligne	16
Obligations du CSSS pour le soutien des médecins.....	17
MÉCANISMES DE COLLABORATION ET IMPACTS	19
Mécanismes actuels mis en place	19
Mesures mises en place afin de favoriser la collaboration	19
Niveau d’importance accordé à ces mesures	21
Services mis en place à la suite d’une plus grande collaboration	21
Niveau d’importance accordé à ces services	22
Résultats tangibles obtenus lors des collaborations	23
CONCLUSION.....	25

CONTEXTE

Dans le cadre de travaux de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) sur les moyens d'améliorer les services médicaux de première ligne, l'objectif de mieux arrimer les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) avec les cliniques médicales de leur territoire est rapidement apparu comme étant une priorité.

Afin de bien documenter la situation, l'AQESSS, en collaboration avec la Table des chefs de département régional de médecine générale (DRMG), souhaitait connaître les mécanismes de coordination entre les CSSS et les cliniques médicales de leur territoire et l'offre de service partagée entre les CSSS et la première ligne médicale hors établissement.

Un sondage a été réalisé en octobre 2014 auprès des directeurs des services professionnels (DSP) des établissements membres de l'AQESSS ainsi que des représentants locaux du DRMG à ce sujet. Il a été réalisé en collaboration avec la Table des chefs de département régional de médecine générale afin de joindre les représentants locaux du DRMG au sein de l'ensemble des territoires. Ce sondage visait notamment à :

- recenser et faire connaître le niveau de déploiement des tables locales¹ du DRMG au sein des différents réseaux locaux de services (RLS);
- dresser le portrait du mode de fonctionnement des Tables locales du DRMG en arrimage avec les CSSS;
- recenser les mécanismes de collaboration autre que les tables locales du DRMG;
- préciser les attentes réciproques entre les CSSS et les cliniques médicales;
- préciser le niveau de collaboration entre les CSSS et la première ligne médicale hors établissement;
- dresser le portrait des mécanismes favorisant cette collaboration et des impacts en découlant sur le plan de l'offre de service.

¹ Le nom de « Table locale du DRMG » est retenu afin de désigner le regroupement des médecins d'un territoire donné. Il est probable que ce terme varie d'une région à l'autre.

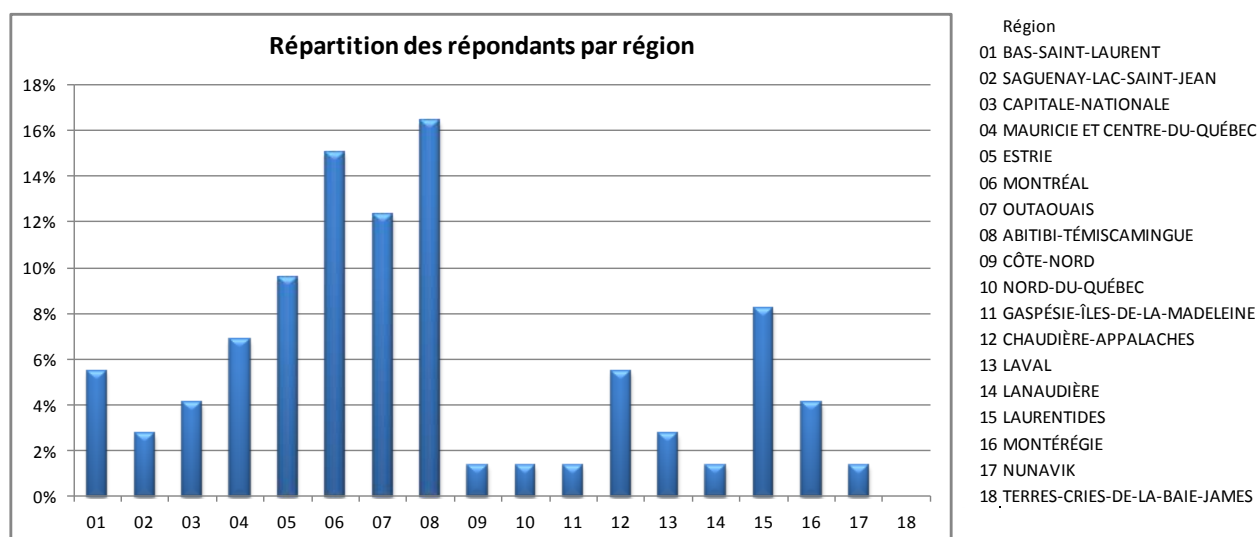
INFORMATIONS GÉNÉRALES

Provenance des répondants

Le sondage a été acheminé aux DSP des établissements membres de l'AQESSS et aux chefs de DRMG de chacune des 18 régions du Québec qui l'ont fait suivre aux représentants locaux du DRMG de leur région. À l'issue de la période de collecte de données, 73 répondants avaient rempli le questionnaire. Le taux de réponse est difficile à mesurer puisque le nombre de représentants locaux du DRMG ayant reçu le sondage par le biais de leur chef du DRMG ne peut être connu avec exactitude. Les résultats de ce sondage reflètent la situation qui prévalait en octobre 2014, moment où le questionnaire a été rempli.

Le Graphique 1 présente la répartition des répondants selon les régions administratives du Québec. Les régions de l'Abitibi, de Montréal et de l'Outaouais sont celles qui comptent la plus grande proportion de répondants. Il y a toutefois des répondants pour chacune des régions du Québec ce qui permet d'obtenir un portrait plus complet de la situation.

Graphique 1 : Répartition des répondants selon leur région



Répartition des répondants selon leur fonction

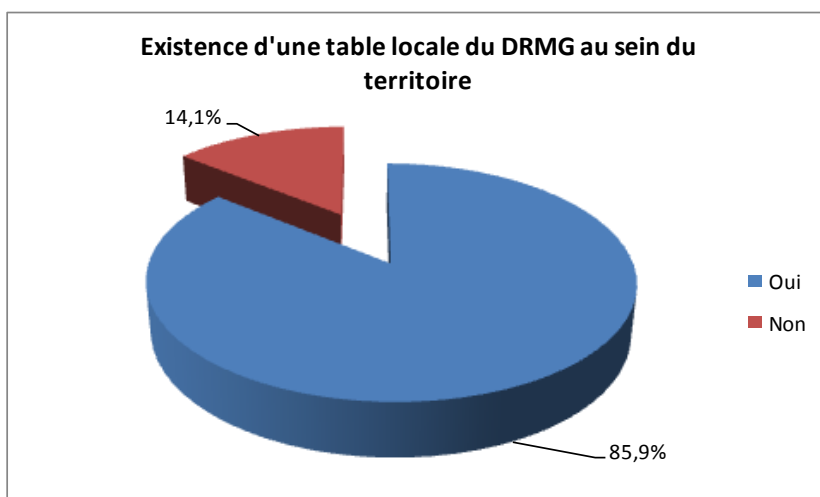
La répartition des répondants selon leur fonction nous permet de considérer l'échantillon comme représentatif de chacun des groupes. Ainsi 53 % des répondants sont des DSP alors que 47 % sont des représentants locaux du DRMG. Parmi les répondants du groupe des DSP, certains occupent la fonction d'adjoint au DSP alors que le directeur général a répondu pour le compte du DSP pour certains établissements. Pour le groupe des représentants locaux du DRMG, les répondants occupent parfois la fonction de chef du DRMG ou celle de responsable de GMF.

PRÉSENCE ET FONCTIONNEMENT DE LA TABLE LOCALE DU DRMG

Présence d'une table locale du DRMG

Une table locale du DRMG est présente au sein de plusieurs territoires de CSSS. Ainsi, 85,9 % des répondants ont déclaré qu'il existe une table locale au sein de leur territoire comme l'illustre le Graphique 2.

Graphique 2 : Existence d'une table locale du DRMG au sein du territoire



Fonctionnement de la table locale du DRMG

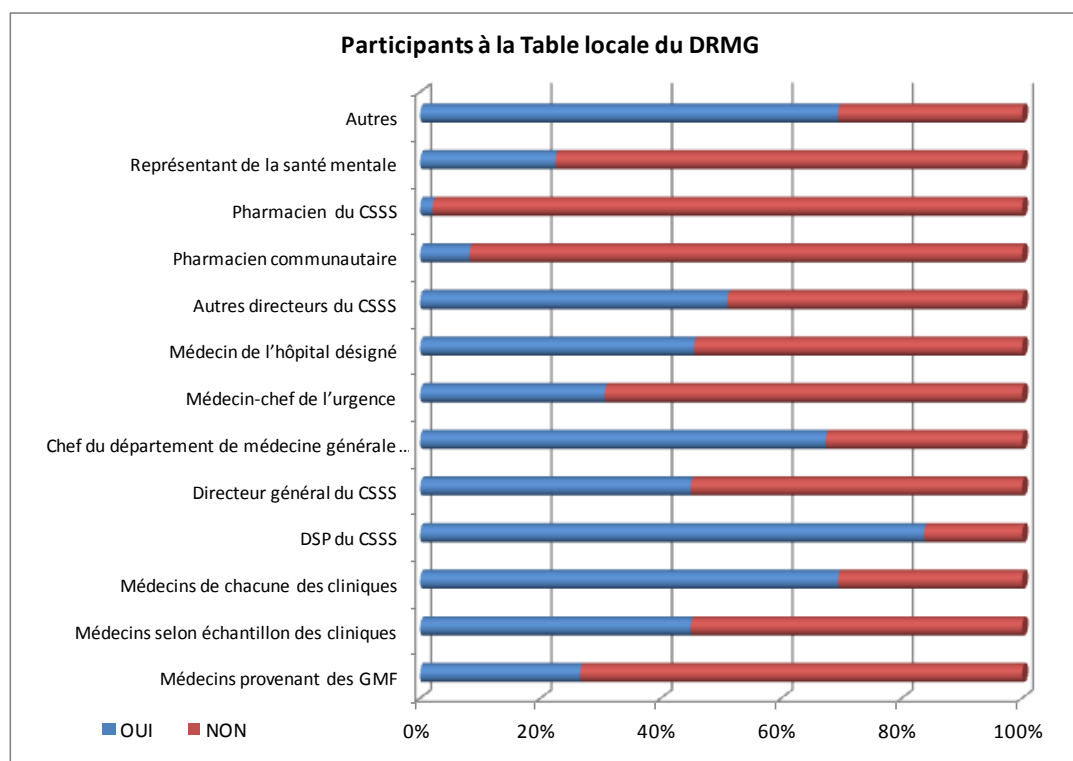
Participants à la table locale du DRMG au sein du territoire

Lorsqu'une table locale est en place, les participants sont généralement les médecins de chacune des cliniques médicales du territoire. Le DSP du CSSS y participe dans la grande majorité des cas (pour 83,7 % des répondants), alors que le chef de département de médecine générale du CSSS y participe dans 67,3 % des cas. De même, les répondants estiment que des directeurs du CSSS y participent dans une proportion de 51,0 %. D'autres directeurs du CSSS que le DSP participent à la table locale, principalement les directeurs des soins infirmiers (DSI) et les directeurs des programmes-clientèles, selon les besoins et les sujets abordés. Toutefois, les pharmaciens, tant ceux du CSSS que ceux

du milieu communautaire, sont ceux qui sont le moins souvent inclus comme participants à la table locale du DRMG.

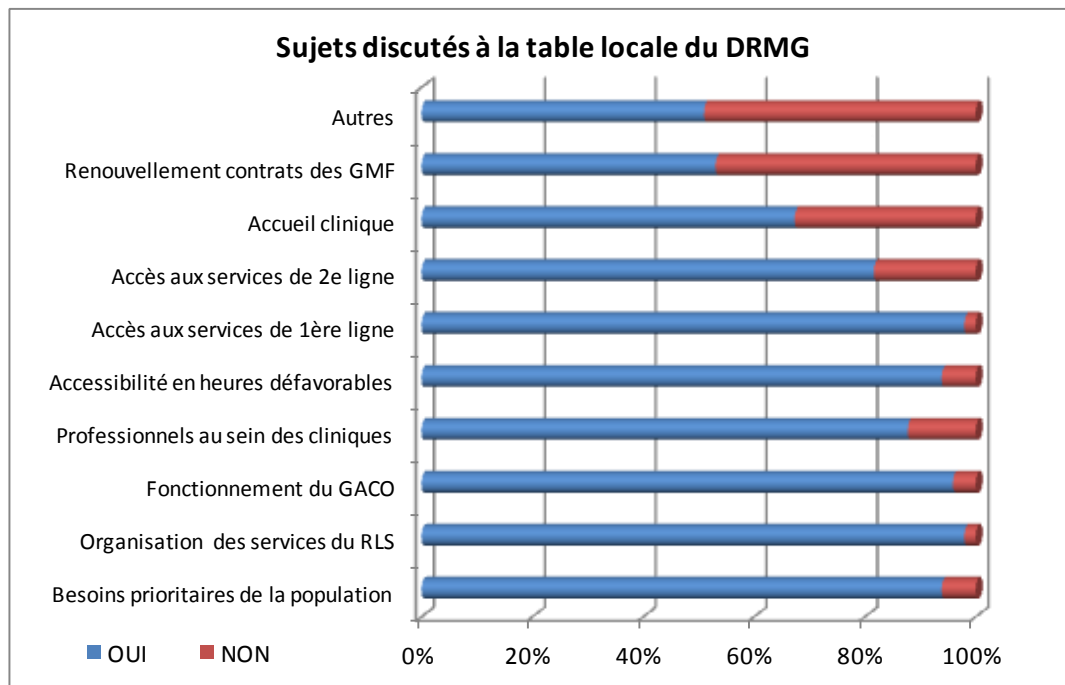
Le Graphique 3 illustre la proportion des participants à la table locale selon leurs fonctions. Outre les participants identifiés dans le graphique, 69 % des répondants ont mentionné, que d'autres personnes assistent à la table locale parmi lesquelles on retrouve le médecin coordonnateur local du guichet d'accès, le gestionnaire responsable de ce guichet, des membres du personnel administratif provenant du CSSS en soutien aux activités de la table locale et le directeur régional des affaires médicales (DRAM).

Graphique 3 : Personnes qui participent à la Table locale du DRMG



Sujets discutés à la Table locale du DRMG au sein du territoire

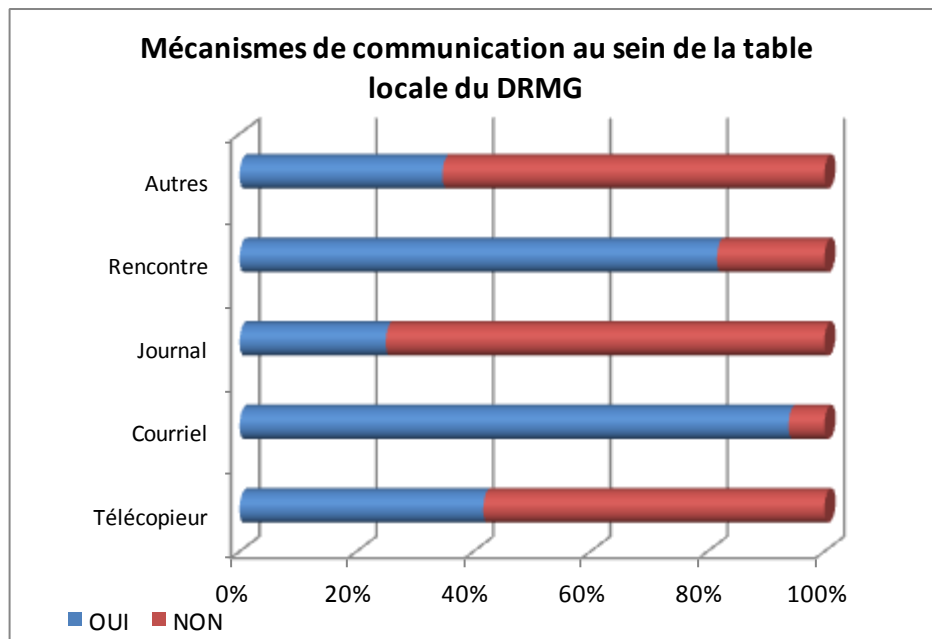
Les sujets les plus souvent discutés à la table locale du DRMG sont l'organisation des services au sein du réseau local de services (RLS), l'accès aux services de première ligne du CSSS, le fonctionnement du guichet d'accès pour la clientèle orpheline (GACO), les besoins prioritaires de la population ainsi que l'accessibilité médicale en heures défavorables. Le Graphique 4 illustre les résultats à ce sujet.

Graphique 4 : Sujets discutés à la table locale du DRMG

Parmi les autres sujets cités par les répondants, notons ceux portant sur le rôle des infirmières en groupe de médecine de famille (GMF) de même que les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) et les activités médicales particulières (AMP) en lien avec le recrutement des médecins. La fluidité des services et les trajectoires de services avec le CSSS, le déploiement des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPSSPL) ou encore l'informatisation des cabinets sont aussi des sujets qui ont été cités.

Mécanismes de communication entre la Table locale du DRMG et les médecins du territoire

Les mécanismes de communication les plus souvent utilisés entre la table locale et les médecins du territoire sont le courriel, dans une proportion de 95,8 % et la tenue de rencontres, dans une proportion de 83,3 %. Celles-ci se tiennent à une fréquence variant de 2 à 6 fois par an. Lorsqu'un journal est utilisé, la fréquence de parution varie généralement de 3 à 6 fois par an. Le Graphique 5 résume les informations relatives aux mécanismes de communication.

Graphique 5 : Mécanismes de communication utilisés au sein de la table locale du DRMG**Utilité et efficacité de la Table locale du DRMG**

On note que 87,8 % des répondants affirment que la table locale du DRMG est utile contre 12,2 % qui la jugent non utile.

Les raisons évoquées justifiant l'utilité de la table locale sont, entre autres, l'intégration des cliniques médicales comme partenaires, l'amélioration de la fluidité des services entre la communauté et le CSSS l'arrimage avec la deuxième ligne, le partage d'expériences concernant l'organisation clinique, l'uniformisation des pratiques ainsi que le partage d'une vision commune au regard de la responsabilité populationnelle. Bien que certains répondants jugent la table locale utile, ils la perçoivent non efficace surtout en raison de communications sous-optimales.

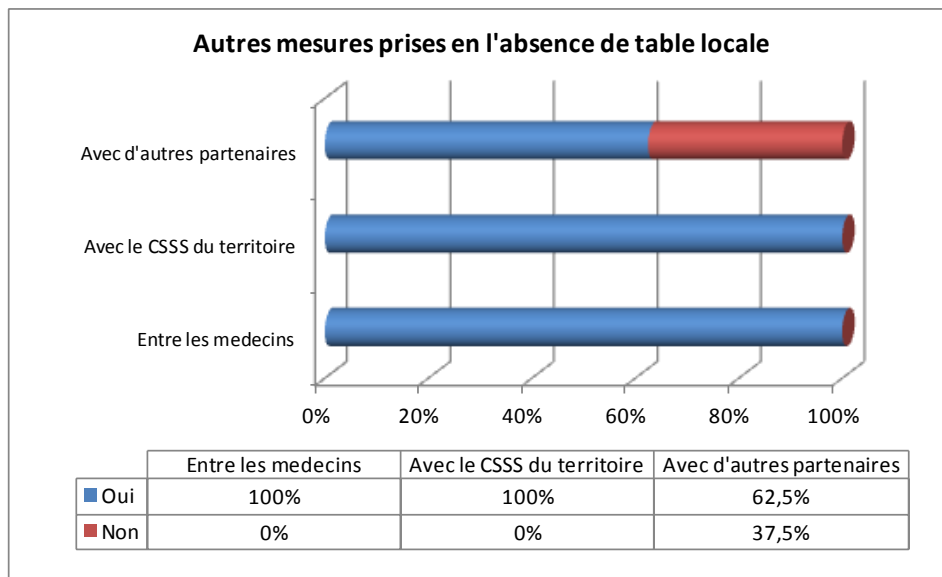
Autres mesures en l'absence d'une table locale du DRMG

Pour les territoires où il n'existe pas de table locale, d'autres mesures sont mises en place afin de favoriser l'arrimage des services de première ligne au sein de ces territoires. Il s'agit de mesures prises entre les médecins du territoire, d'autres prises avec le CSSS du territoire ou encore avec d'autres partenaires.

Parmi les personnes ayant souligné l'absence d'une table locale, 100 % ont signifié l'existence de telles mesures entre les médecins pour favoriser l'arrimage entre eux. De la même façon, 100 % de ces répondants ont noté la mise en place de mesures avec le

CSSS du territoire tandis que 62,5 % ont noté la mise en place de mesures avec d'autres partenaires. Le Graphique 6 illustre ces résultats.

Graphique 6 : Autres mesures prises en l'absence de table locale



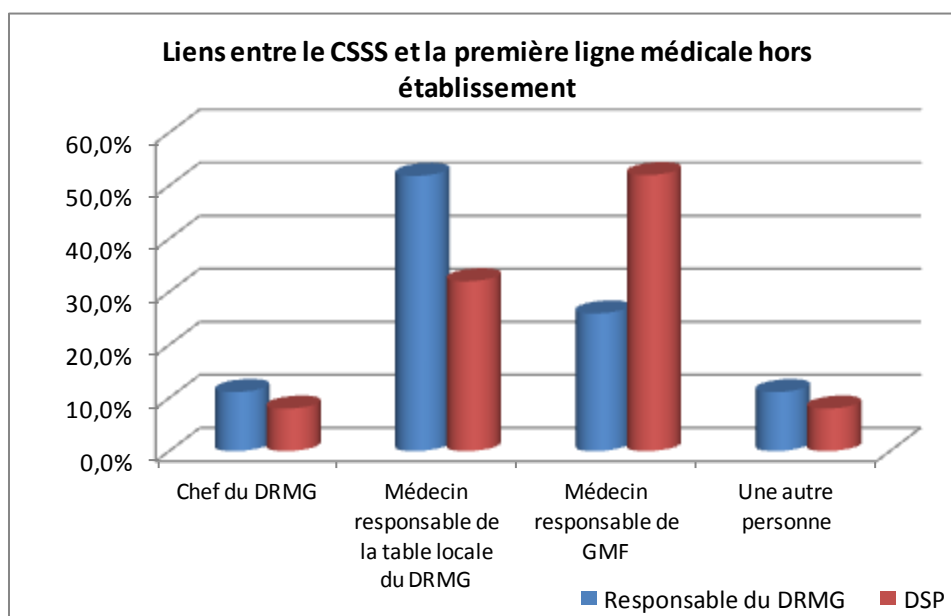
En ce qui a trait aux mesures prises avec le CSSS, on note la participation du DSP aux réunions annuelles du GMF, la tenue de rencontres fréquentes entre les médecins responsables de GMF, le DSP, le chef de département de médecine générale et les médecins responsables du guichet d'accès pour la clientèle orpheline, de même que l'existence de comités de coordination CSSS – GMF.

Des contacts établis avec les médecins des autres MRC et avec l'agence de santé et des services sociaux de la région par le biais du DRMG, ainsi que des contacts avec les pharmaciens communautaires, les communautés autochtones et certains organismes communautaires sont cités comme des mesures prises avec les partenaires en l'absence de table locale.

LIENS ENTRE LES PARTENAIRES DE LA PREMIÈRE LIGNE MÉDICALE ET LE CSSS AU SEIN DU TERRITOIRE

Les liens entre le CSSS et les médecins du territoire se font généralement par le biais des DSP, des représentants locaux du DRMG et des médecins responsables de GMF, et ce, pour les deux groupes de répondants. C'est ce qu'illustre le Graphique 7.

Graphique 7 : Liens entre le CSSS et la première ligne médicale hors établissement



COLLABORATION ENTRE LE CSSS ET LA PREMIÈRE LIGNE MÉDICALE HORS ÉTABLISSEMENT

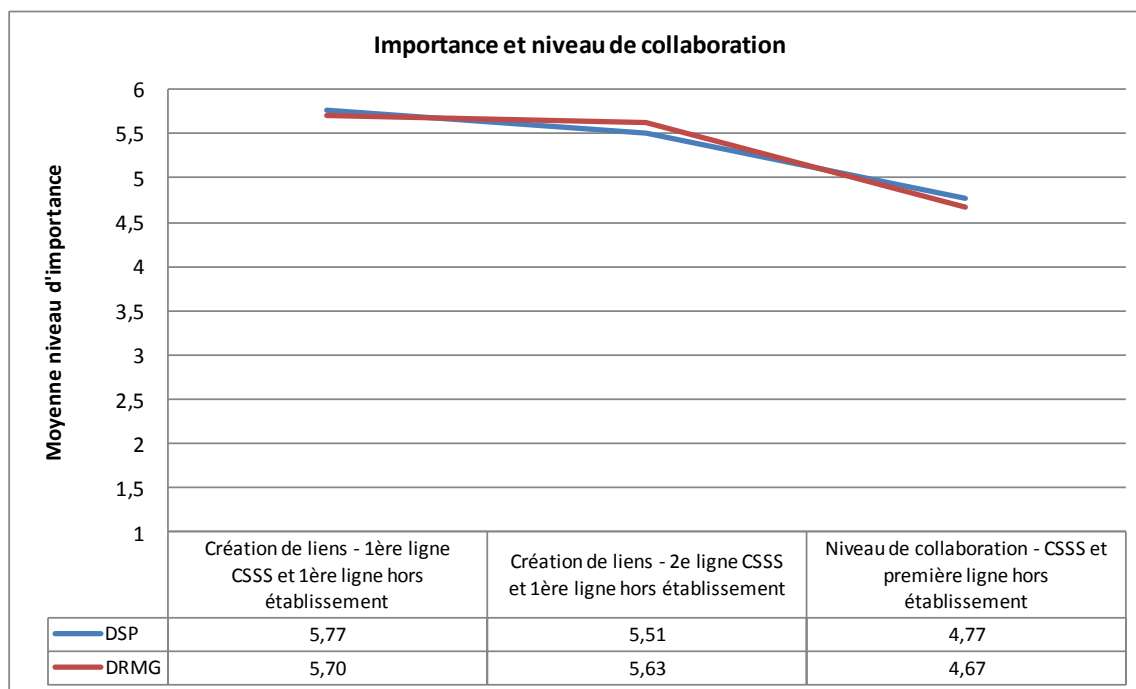
L'un des objectifs du sondage consistait à préciser les attentes réciproques et le niveau de collaboration entre le CSSS et la première ligne médicale hors établissement.

Niveau de collaboration

Les deux groupes de répondants (DSP ou représentants locaux du DRMG) ont accordé le niveau d'importance le plus élevé à la création de liens entre la première ligne du CSSS (accès à des équipes professionnelles de soins palliatifs, de santé mentale de première ligne, des services psychosociaux, des services de prélèvements, etc.) et la première ligne hors établissement. Sur une échelle de 6, où 6 représente le niveau d'importance le plus élevé, les DSP estiment à 5,77 le niveau d'importance de la création de ces liens alors que les représentants locaux du DRMG le situent à 5,70. La création de liens entre la deuxième ligne du CSSS (consultations spécialisées, examens diagnostiques complexes, etc.) et la première ligne hors établissement est aussi perçue comme importante, mais dans une moindre mesure (5,51 pour les DSP et 5,63 pour les représentants locaux du DRMG).

Le niveau de collaboration entre le CSSS et la première ligne médicale au sein du territoire est perçu comme relativement important. Il se situe à 4,77 pour les DSP et à 4,67 pour les représentants locaux du DRMG.

Le Graphique 8 illustre les résultats du niveau de collaboration entre le CSSS et la première ligne médicale hors établissement.

Graphique 8 : Niveau de collaboration entre le CSSS et la première ligne médicale hors établissement

Attentes du CSSS

Les répondants devaient situer le niveau d'importance qu'ils accordaient aux différentes attentes du CSSS envers la première ligne médicale hors établissement. Il s'agissait d'identifier les niveaux d'importance sur une échelle de 1 à 6, le chiffre 1 correspondant à *peu d'importance*, et 6, à un niveau *très important*.

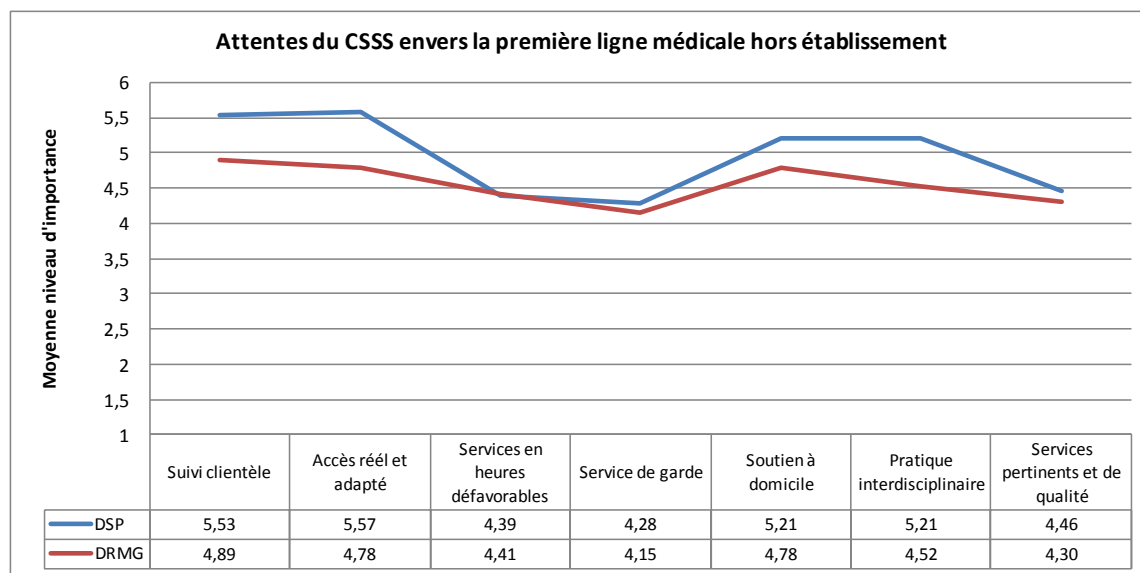
Les répondants accordent un niveau d'importance élevé à l'ensemble des attentes du CSSS. Le Graphique 9 présente le niveau d'importance relatif aux attentes du CSSS en tenant compte de la fonction des répondants.

L'accès adapté et en temps opportun de la population à un médecin de famille est l'attente perçue comme la plus importante par les DSP (5,57 sur une échelle de 6). Le suivi de la clientèle en première ligne occupe le deuxième rang en importance avec un résultat de 5,53. Même si le niveau d'importance demeure élevé, le service de garde pour la clientèle inscrite est l'attente jugée la moins importante par les DSP (4,28 sur une échelle de 6).

Le suivi de la clientèle en première ligne est l'attente dont le niveau d'importance est le plus élevé pour les représentants locaux du DRMG avec un résultat de 4,89. L'accès

adapté en temps opportun de la population à un médecin de famille et le suivi de la clientèle du soutien à domicile du CSSS arrive au deuxième rang (4,78 dans les deux cas), alors que le service de garde pour la clientèle inscrite se situe au dernier rang (4,15).

Graphique 9 : Attentes du CSSS envers la première ligne médicale hors établissement



On constate que les DSP et les représentants locaux du DRMG ont des perceptions similaires quant au niveau d'importance relatif aux attentes du CSSS envers la première ligne médicale. Généralement, les DSP estiment l'importance de ces attentes à un niveau légèrement plus élevé que celui des représentants locaux du DRMG.

Parmi les autres attentes mentionnées par les répondants, notons, pour les DSP, l'arrimage entre les services de première ligne du CSSS et les activités des médecins et des professionnels en GMF afin d'éviter les dédoublements et un accès adapté pour la clientèle hospitalisée lors d'un congé. Ceci est aussi une attente jugée importante par les représentants locaux du DRMG. Ceux-ci soulignent également l'importance de la communication entre le CSSS et la première ligne médicale hors établissement.

Les répondants soulignent également les enjeux relatifs à l'accroissement de l'offre de service par la première ligne médicale particulièrement dans les régions où les mêmes médecins œuvrent en établissement. L'importance de soutenir les médecins afin qu'ils puissent mieux répondre aux besoins de la population est également précisée.

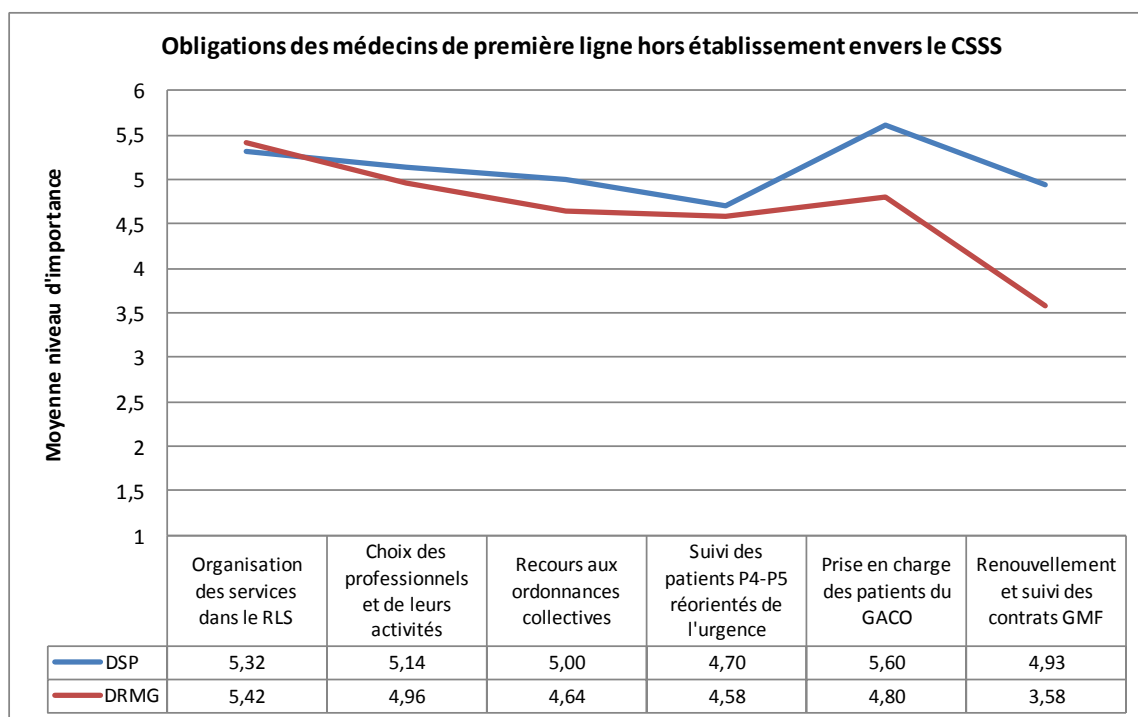
Obligations des médecins de première ligne

Les répondants ont également situé le niveau d'importance qu'ils accordent aux obligations des médecins de première ligne envers le CSSS.

Selon les résultats recueillis chez les DSP, le niveau d'importance le plus élevé accordé aux obligations des médecins de première ligne hors établissement envers le CSSS touche la prise en charge des patients du GACO (5,60 sur une échelle de 6) et la collaboration à l'organisation des services au sein du RLS afin de répondre aux besoins de la population (5,32 sur une échelle de 6).

Quant aux résultats recueillis chez les représentants locaux du DRMG, le niveau d'importance le plus élevé accordé aux obligations des médecins de première ligne hors établissement envers le CSSS porte sur la collaboration à l'organisation des services au sein du RLS afin de répondre aux besoins de la population (5,42 sur une échelle de 6) ainsi que sur la collaboration avec le CSSS dans le choix du type de professionnels et des activités cliniques lors de l'ajout de professionnels au sein des cliniques du territoire (4,96 sur une échelle de 6). Le Graphique 10 illustre ces résultats.

Graphique 10 : Obligations des médecins de première ligne hors établissement envers le CSSS



Hormis la prise en charge des patients du GACO, le niveau d'importance relatif aux obligations des médecins de première ligne hors établissement envers le CSSS est similaire pour les DSP et les représentants locaux du DRMG. Tout comme pour les attentes du CSSS envers la première ligne médicale hors établissement, les DSP jugent le niveau d'importance des obligations des médecins de première ligne hors établissement plus élevé que les représentants locaux du DRMG.

Parmi les autres obligations mentionnées par les représentants locaux du DRMG, on note la nécessité que le médecin hors établissement soit perçu comme un partenaire et contribue à l'offre de service au sein du territoire afin de partager la responsabilité populationnelle du CSSS. Pour les DSP, la notion de pertinence clinique est notée comme une obligation. Pour les deux groupes, on constate une certaine ambiguïté du rôle du CSSS au regard du renouvellement et du suivi des contrats de GMF avec une perception différente selon les groupes de répondants.

Obligations du CSSS pour le soutien des médecins

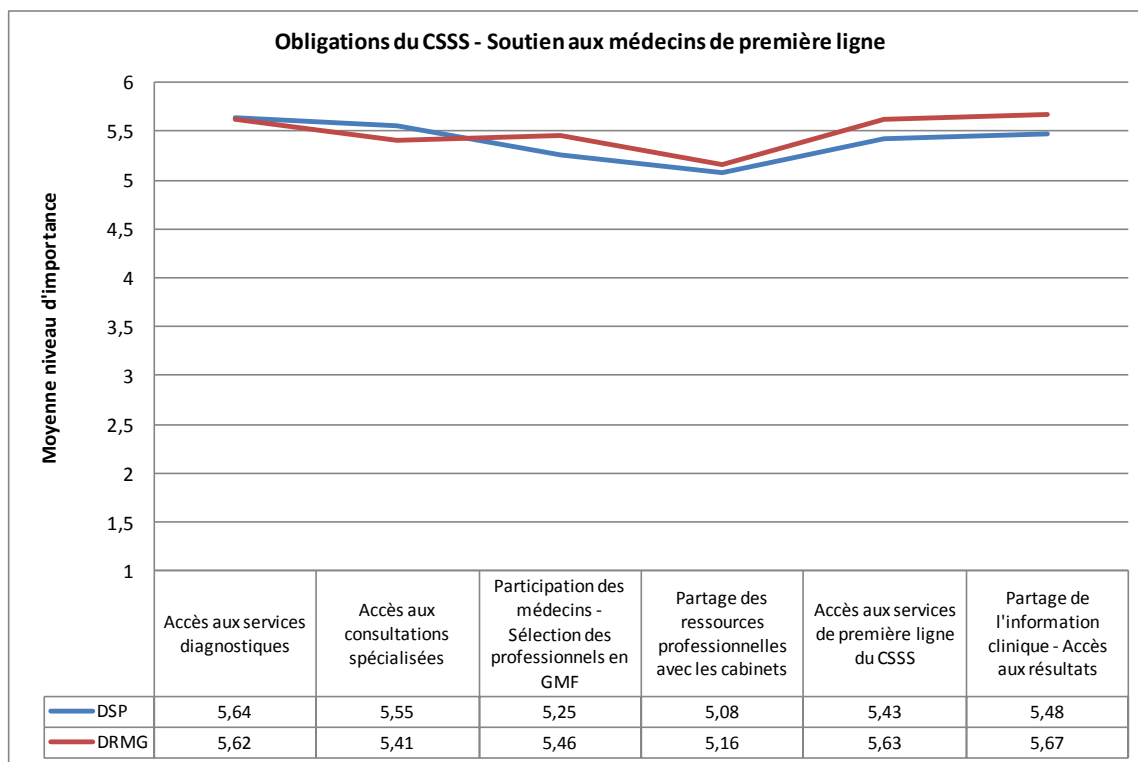
Finalement, les répondants devaient évaluer le niveau d'importance relatif aux obligations du CSSS en ce qui a trait au soutien des médecins de première ligne.

On note que toutes ces obligations sont jugées importantes par les répondants avec des résultats variant de 5,08 à 5,67 sur une échelle de 6, ce qui est illustré au Graphique 11.

Pour ces obligations, ce sont généralement les représentants locaux du DRMG qui jugent le niveau d'importance le plus élevé, même si les résultats sont, ici encore, assez similaires. Le partage de l'information clinique, joint à l'accès aux résultats de laboratoires et d'imagerie, est l'obligation qu'ils placent au premier rang avec un résultat de 5,67. L'accès aux services de première ligne du CSSS arrive au deuxième rang (5,63) alors que l'accès aux services diagnostiques suit de près avec un résultat de 5,62.

L'accès aux services diagnostiques et aux consultations spécialisées sont les obligations pour lesquelles le niveau d'importance est le plus élevé pour les DSP avec des résultats de 5,64 et 5,55 respectivement.

Pour les deux groupes de répondants, le partage de ressources professionnelles avec les cliniques médicales du territoire est l'obligation dont le niveau d'importance est le moins élevé, même s'il demeure très important, avec un résultat de 5,08 pour les DSP et de 5,16 pour les représentants locaux du DRMG.

Graphique 11 : Obligations du CSSS en ce qui a trait au soutien des médecins de première ligne

MÉCANISMES DE COLLABORATION ET IMPACTS

Cette section traite des résultats du sondage touchant les mécanismes mis en place ou à développer au sein du territoire afin de favoriser la collaboration entre le CSSS et les cliniques médicales. Elle aborde également les résultats positifs de cette collaboration en ce qui a trait à l'offre de service et aux résultats tangibles obtenus lors des collaborations entre le CSSS et la première ligne médicale hors établissement.

Mécanismes actuels mis en place

L'un des aspects abordés dans le questionnaire touchait la présence de mécanismes au sein du territoire qui favorisent la collaboration. Parmi les mécanismes questionnés, notons la présence d'un service d'accueil clinique et l'existence d'ententes formelles entre le CSSS et les cliniques médicales du territoire pour le partage d'effectifs professionnels.

Dans une proportion de 43 %, les répondants mentionnent que des services d'accueil clinique sont en place au sein de leur territoire alors que des ententes portant sur le partage d'effectifs professionnels sont présentes pour 54 % des répondants. Lorsqu'une telle entente existe, 20 % des répondants mentionnent qu'elle est en lien avec le GACO. La prise en charge par les médecins de nouveaux patients orphelins en fonction du niveau de ressources professionnelles du CSSS est la principale mesure mentionnée par les répondants. Le manque de ressources, les espaces physiques insuffisants en cabinet ou le budget insuffisant du CSSS sont les principales raisons évoquées justifiant l'absence d'entente formelle entre le CSSS et les cliniques médicales au regard du partage d'effectifs professionnels.

Mesures mises en place afin de favoriser la collaboration

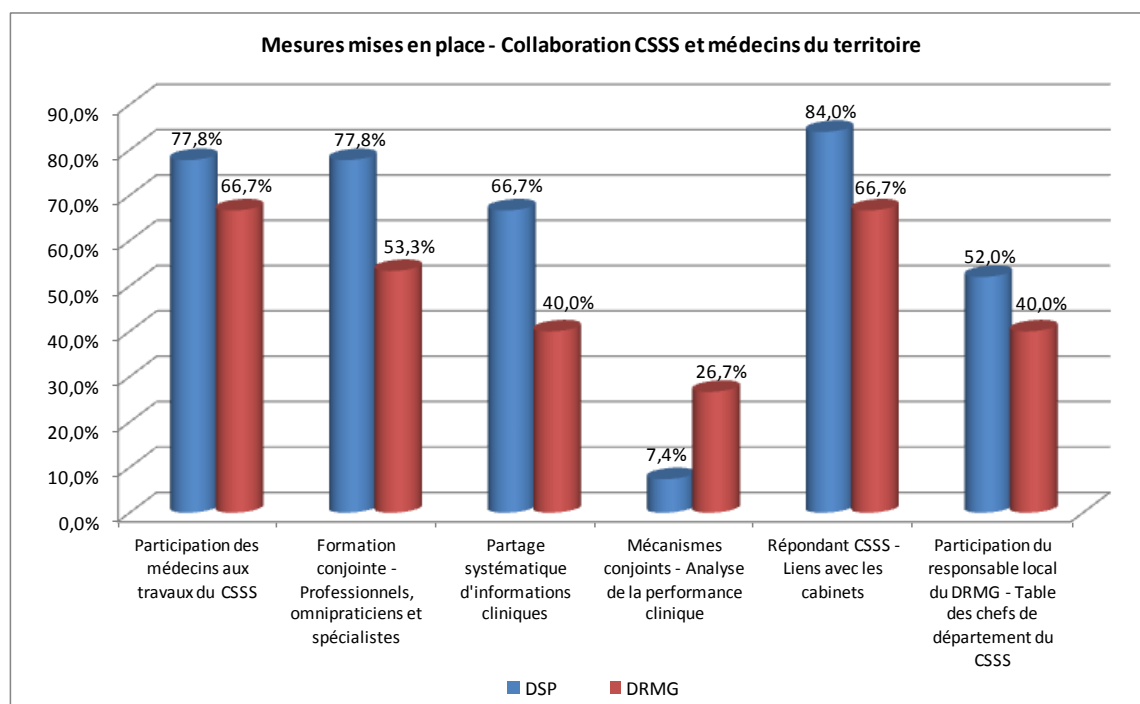
Plusieurs mesures ont été prises pour favoriser la collaboration entre le CSSS et les cliniques médicales du territoire. Parmi les mesures suggérées dans le sondage, les DSP retiennent principalement trois mesures mises en place pour favoriser cette collaboration. Il s'agit en l'occurrence de la désignation d'un répondant du CSSS pour les liens avec les cliniques du territoire (dans une proportion de 84,0 % des répondants DSP), la participation régulière des médecins du territoire à des travaux du CSSS et la

formation conjointe des professionnels, des médecins de famille et des spécialistes (dans une proportion de 77,8 % des DSP répondants pour ces deux dernières mesures).

Les mêmes résultats sont observés chez les représentants locaux du DRMG, mais avec des proportions différentes. En effet, seulement 66,7 % des représentants locaux du DRMG ont mentionné la désignation d'un répondant du CSSS pour les liens avec les cliniques du territoire et la participation des médecins aux travaux du CSSS. La formation conjointe des professionnels, des médecins de la première ligne et des spécialistes est une mesure mentionnée par 53,3 % des répondants.

Le Graphique 12 illustre de manière détaillée la proportion des différentes mesures prises dans les territoires selon les deux catégories de répondants.

Graphique 12 : Mesures mises en place afin de favoriser la collaboration entre le CSSS et les médecins du territoire



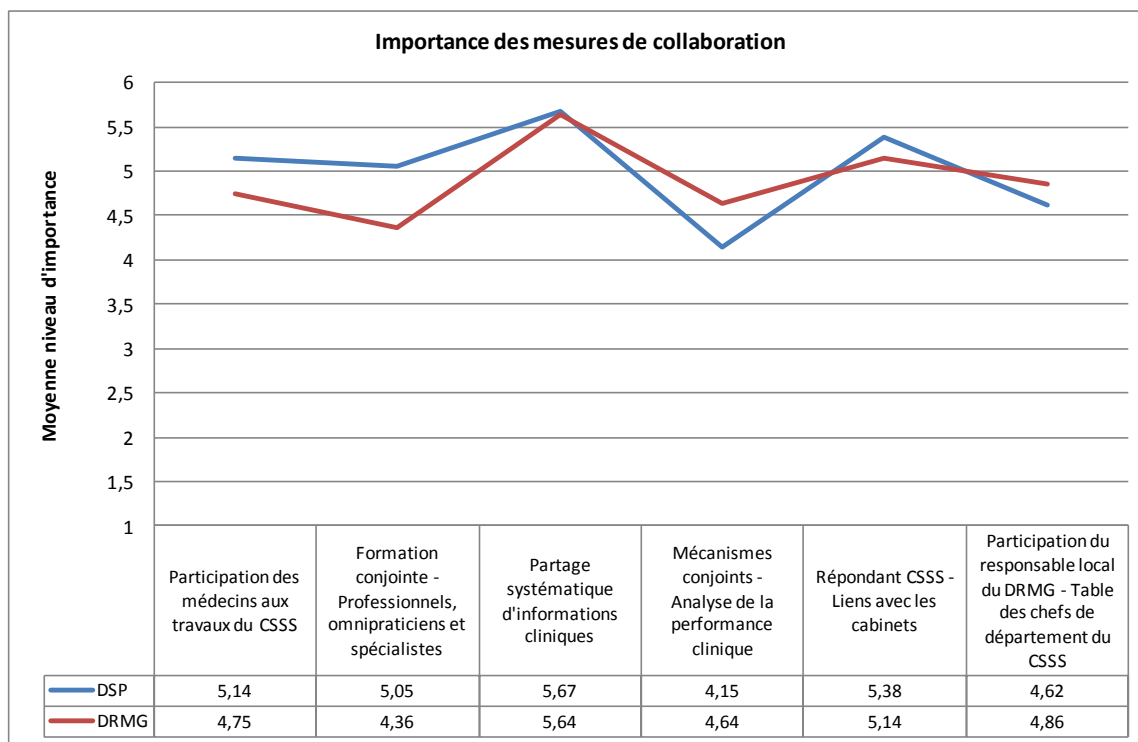
Les répondants ont souligné d'autres mesures mises en place afin de favoriser la collaboration comme la participation du DSP aux rencontres du GMF dans les dossiers d'organisation des services et la mise en place d'un comité de coordination CSSS – GMF, alors que la présence d'une table locale du DRMG à laquelle participe le DSP est aussi perçue comme une mesure pertinente.

Niveau d'importance accordé à ces mesures

Le sondage a également permis de préciser le niveau d'importance accordé à ces mesures par les répondants. Le Graphique 13 présente ces résultats pour chacun des groupes de répondants.

Le partage systématique d'informations cliniques est la mesure jugée la plus importante tant par les DSP que par les représentants locaux du DRMG avec des résultats respectifs de 5,67 et de 5,64 sur une échelle de 6. La désignation d'un répondant du CSSS pour les liens avec les cliniques du territoire arrive au deuxième rang pour les deux groupes de répondants (5,38 pour les DSP et 5,14 pour les représentants locaux du DRMG). Les DSP placent au troisième rang la participation des médecins aux travaux du CSSS (5,14 sur une échelle de 6) alors que les représentants locaux du DRMG situent leur participation à la table des chefs de département du CSSS au troisième rang (4,86).

Graphique 13 : Niveau d'importance des mesures visant à favoriser la collaboration entre le CSSS et les cliniques médicales du territoire



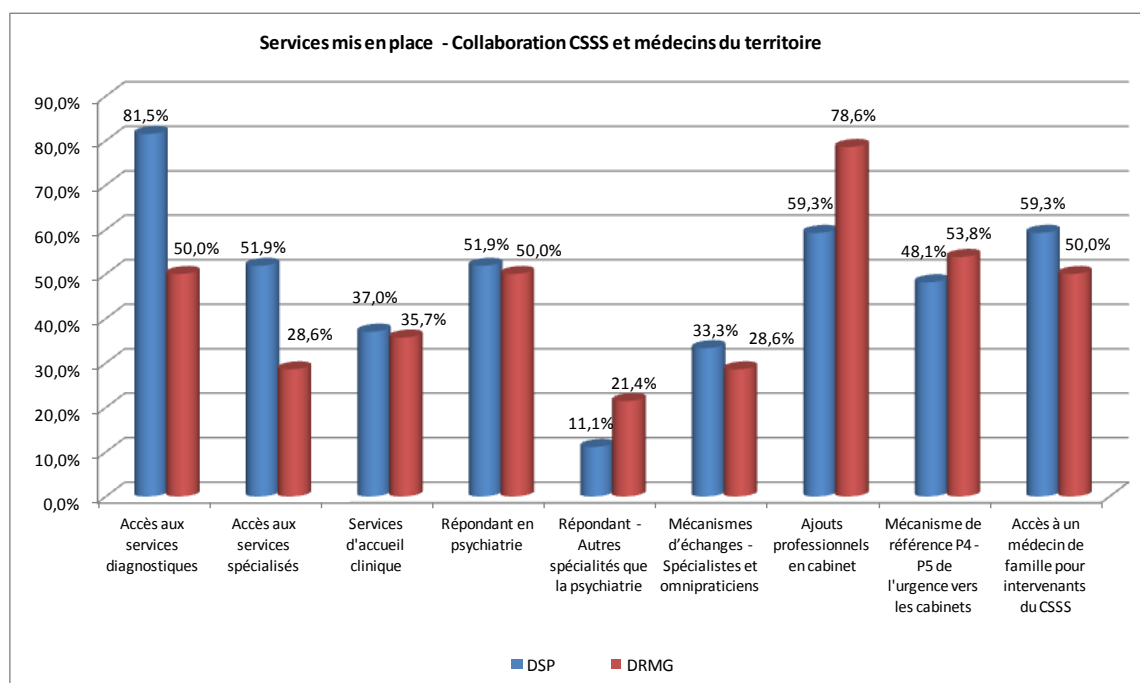
Services mis en place à la suite d'une plus grande collaboration

L'un des objectifs du sondage était aussi d'évaluer les résultats positifs sur l'offre de service lorsqu'une bonne collaboration existe entre le CSSS et les cliniques médicales.

Certains services ont été mis en place grâce à une plus grande collaboration entre le CSSS et les cliniques médicales du territoire. Le Graphique 14 illustre les résultats à ce sujet en fonction des deux catégories de répondants.

L'accès formalisé aux services diagnostiques est le service le plus fréquemment mentionné par les DSP, dans une proportion de 81,5 %. L'ajout de professionnels en clinique médicale et l'accès plus facile à un médecin de famille pour les intervenants du CSSS lors d'interventions auprès de la clientèle suivent avec une proportion de 59,3 % chacun. Quant aux responsables locaux du DRMG, l'amélioration la plus fréquente ayant découlé d'une meilleure collaboration avec le CSSS est l'ajout de professionnels en clinique médicale (78,6 %). La mise en place de mécanismes de référence des cas de priorité 4 ou 5 au service de l'urgence vers les cliniques médicales suit dans une proportion de 53,8 % des répondants représentant locaux du DRMG.

Graphique 14 : Services mis en place en raison d'une plus grande collaboration entre le CSSS et les cliniques médicales



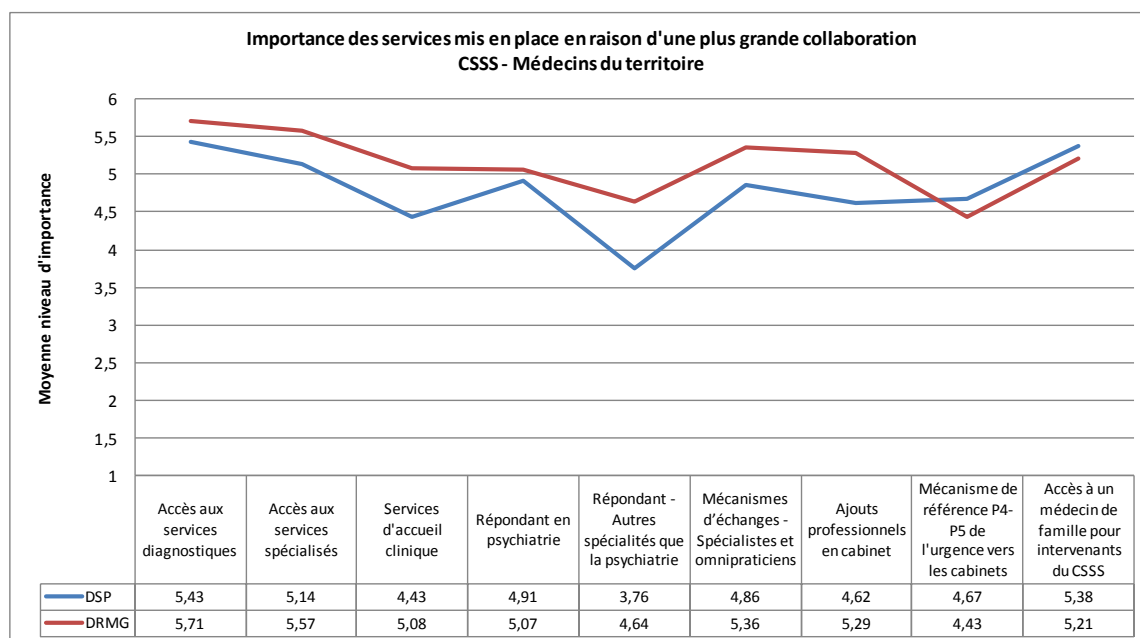
Niveau d'importance accordé à ces services

Pour ce qui est du niveau d'importance accordé, l'accès formalisé aux services diagnostiques a été jugé le plus important tant au niveau des DSP que des représentants locaux du DRMG avec des résultats respectifs de 5,43 et de 5,71 sur une échelle de 6. Généralement, les représentants locaux du DRMG accordent un niveau d'importance

plus élevé aux différents services. Le Graphique 15 présente le niveau d'importance accordé à ces différents services par les deux catégories de répondants.

L'accès plus facile à un médecin de famille pour les intervenants du CSSS lors d'interventions arrive au deuxième rang pour les DSP (5,38) alors que l'accès formalisé aux services spécialisés (5,14) se situe au troisième rang. Les représentants locaux du DRMG placent l'accès formalisé aux services diagnostiques au deuxième rang (5,71), alors que la mise en place de mécanismes d'échanges formels entre les spécialistes et les omnipraticiens se situent au troisième rang (5,36).

Graphique 15 : Niveau d'importance des services mis en place en raison d'une plus grande collaboration entre le CSSS et les cliniques médicales



Résultats tangibles obtenus lors des collaborations

Le Tableau 1 présente la perception des deux groupes de répondants en ce qui a trait aux résultats tangibles découlant d'une bonne collaboration entre le CSSS et la première ligne médicale hors établissement.

Les DSP estiment que les résultats les plus tangibles sont la diminution du nombre de patients orphelins au sein du territoire, l'accès plus rapide aux services diagnostiques et spécialisés pour la clientèle provenant des cliniques médicales ainsi que la participation accrue des médecins aux rencontres portant sur l'organisation des services au sein du CSSS et du RLS.

Quant aux représentants locaux du DRMG, ils jugent que les résultats tangibles découlant d'une plus grande collaboration avec le CSSS sont une meilleure accessibilité pour la clientèle vulnérable du CSSS (par exemple, celle en soutien à domicile ou en soins palliatifs), l'accès plus rapide aux services diagnostiques et spécialisés pour leur clientèle ainsi que la participation accrue des médecins aux rencontres portant sur l'organisation des services au sein du CSSS et du RLS.

Tableau 1 : Résultats tangibles obtenus en raison d'une plus grande collaboration entre le CSSS et la première ligne hors établissement, selon les groupes de répondants

Résultats tangibles	Répondants DSP	Répondants Représentants locaux du DRMG
Participation accrue des médecins aux rencontres sur l'organisation des services	1	1
Accès plus rapide aux services diagnostiques et spécialisés	1	1
Diminution du nombre de patients orphelins au sein du territoire	1	2
Meilleure accessibilité pour la clientèle vulnérable du CSSS	3	1
Accroissement de l'accessibilité en heures défavorables	2	2
Réduction des visites à l'urgence (cas de priorité 4 ou 5)	4	3

Note : Le chiffre 1 représente l'énoncé ayant été le plus souvent retenu par les répondants comme un résultat tangible d'une plus grande collaboration entre le CSSS et la première ligne hors établissement, alors que le chiffre 4 représente l'énoncé le moins souvent retenu comme un résultat tangible.

CONCLUSION

Les résultats de ce sondage permettent de comprendre la perception des directeurs des services professionnels et des représentants locaux du DRMG en ce qui a trait à la collaboration entre le CSSS et la première ligne médicale hors établissement. On peut constater que la perception des répondants des deux groupes est similaire sur les différents aspects du sondage.

La présence d'une table locale est une mesure qui est jugée gagnante par une grande majorité des répondants afin de créer des liens de collaboration entre les médecins du territoire, mais également avec le CSSS. La participation du DSP et d'autres acteurs du CSSS ou des cliniques médicales contribue à enrichir la discussion et favorise une organisation optimale des services pour la population.

On note également une compréhension commune des attentes et des obligations respectives entre les deux groupes qui leur accordent un niveau d'importance élevé reflétant une bonne adhésion à celles-ci, même si certaines ambiguïtés perdurent et peuvent engendrer des difficultés.

Le regard commun posé sur la situation par les deux groupes de répondants laisse entrevoir les actions à privilégier afin de favoriser une plus grande collaboration. Les solutions sont connues et partagées, il faudra poursuivre leur mise en œuvre pour accroître la collaboration et ainsi offrir, ensemble, des services mieux coordonnés au sein des territoires pour la population à desservir.