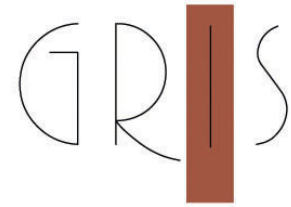




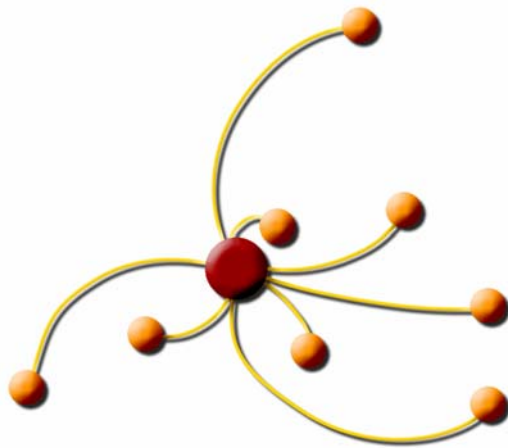
**Centre de recherche  
Hôpital Charles LeMoyne**

Centre affilié universitaire  
et régional de la Montérégie



## Évaluation du réseau intégré de soins et de services en oncologie : l'expérience de la Montérégie

### Rapport final de recherche



Danièle Roberge, Ph.D.<sup>1, 2</sup>

Jean-Louis Denis, Ph. D.<sup>3, 4</sup>

Linda Cazale, Ph.D.<sup>1</sup>

Élise Comtois, M.B.A.<sup>5</sup>

Raynald Pineault, M.D., Ph.D.<sup>3, 6</sup>

Nassera Touati, Ph.D.<sup>1, 2</sup>

Dominique Tremblay, Ph.D.(c)<sup>1</sup>

Avec la collaboration de :

Jean Latreille, M.D., FRCPC<sup>1, 7</sup>

**Novembre 2004**

**Cette recherche a bénéficié du soutien financier des organismes suivants :**



Canadian Health Services Research Foundation  
Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé



1. Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoyne (CR-HCLM)
2. Université de Sherbrooke - Département des Sciences de la santé communautaire(DSSC)
3. Université de Montréal - Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS)
4. Département d'administration de la Santé de l'Université de Montréal (DASUM)
5. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS)
6. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)
7. Centre intégré de lutte contre le cancer de la Montérégie (CICM)

## Table des matières

	<b>Page</b>
Liste des sigles et acronymes.....	i
Remerciements.....	ii
Messages principaux pour les décideurs.....	iii
Sommaire.....	vi
Conclusion.....	ix
1. Contexte.....	1
2. L'intervention mise en œuvre en Montérégie.....	2
3. Implications.....	3
4. Approche.....	5
4.1 Cadre conceptuel.....	5
4.2 Plan de l'étude et caractéristiques de l'échantillon.....	7
4.2.1 Type d'étude.....	7
4.2.2 Sélection des cas.....	7
4.3 Méthodes de collecte de données et d'analyse.....	8
4.4 Stratégie d'analyse des données.....	9
5. Résultats.....	9
5.1 Création du centre régional en oncologie.....	9
5.2 Mise en œuvre de l'intégration dans les cas étudiés.....	11
5.2.1 A-t-on réussi à développer une vision partagée du projet et à générer de la confiance?.....	11
5.2.2 Les milieux ont-ils créé les conditions administratives pour inciter les individus à coopérer?.....	13
5.2.3 Observe-t-on des changements dans les pratiques professionnelles des équipes locales?.....	14
5.2.3.1 Les équipes se sont-elles dotées d'outils et de mécanismes pour coordonner leurs actions?.....	14
5.2.3.2 Les pratiques se rapprochent-elles de celles préconisées par le PQLC?.....	15
5.3 Le processus d'intégration : des dynamiques variables selon les milieux.....	18
6. Conclusion.....	22
7. Recherche ultérieure.....	23
Références.....	24

## ANNEXES

1. Tableau A - Caractéristiques des cas.....	28
2. Exemple d'une grille d'entrevue utilisée .....	29
3. Processus d'appréciation de degré de mise en œuvre des dimensions de l'intégration dans les cas étudiés .....	32
4. Appréciation des processus de prise en charge par les infirmières pivots et les équipes .....	40
5. Gouverne et stratégies d'implantation du réseau .....	47

## TABLEAUX

1 – Degré de mise en œuvre de l'intégration normative : Résultats pour les cas .....	11
2 – Degré de mise en œuvre de l'intégration fonctionnelle : Résultats pour les cas .....	13
3 – Degré de mise en œuvre de l'intégration clinique : Résultats pour les cas .....	14
4 – Attributs du processus de prise en charge des infirmières pivots dans les hôpitaux étudiés durant les mois de mai, juin, octobre et novembre 2003 .....	16
5 – Répartition des cas selon le degré de mise en œuvre de l'intégration normative, fonctionnelle et clinique.....	18
A – Caractéristiques des cas.....	28
B – Liste des indicateurs de l'intégration normative et définitions .....	35
C – Liste des indicateurs de l'intégration fonctionnelle et définitions .....	36
D – Liste des indicateurs de l'intégration clinique des équipes et définitions .....	37
E – Grille de codification : Intégration normative.....	38
F – Cote par indicateur et cote totale pour la mise en œuvre de l'intégration normative dans chacun des cas.....	39
G – Cote par élément constitutif et cote totale pour la mise en œuvre de l'intégration fonctionnelle dans chacun des cas.....	39
H – Cote par indicateur et cote totale pour la mise en œuvre de l'intégration clinique dans chacun des cas.....	39
I – Stratégies mises en place pour implanter le réseau en Montérégie.....	49

## FIGURES

1 – La Montérégie et les hôpitaux du réseau cancer.....	2
2 – Cadre conceptuel pour l'analyse de la mise en œuvre de l'intégration et des effets .....	6
3 – Attributs des processus de prise en charge des équipes interdisciplinaires locales .....	17
4 – Structure organisationnelle du Réseau cancer Montérégie.....	48

## Liste des sigles et acronymes

ADRLSSSS	Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
ADRLSSSSM	Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie
CH	Centre hospitalier
CICM	Centre intégré de lutte contre le cancer de la Montérégie
CLSC	Centres locaux de services communautaires
IPO	Infirmière pivot en oncologie
MSSS	Ministère de la Santé et des services sociaux
PQLC	Programme québécois de lutte contre le cancer
RCM	Réseau cancer Montérégie

## **Remerciements**

L'équipe de recherche tient d'abord à exprimer sa gratitude aux promoteurs du réseau et aux nombreux professionnels et gestionnaires des établissements participants, tant des hôpitaux que des CLSC, qui oeuvrent au déploiement du Réseau Cancer Montérégie (RCM). Ces personnes ont généreusement donné de leur temps pour nous aider à comprendre comment s'implantait le RCM et les enjeux qui y sont associés. Cette recherche n'aurait pas été possible sans leur précieuse collaboration.

Nous tenons également à remercier les membres de notre comité consultatif qui nous ont nourris de leurs commentaires et réflexions à différents moments du projet. Ce comité était composé des personnes suivantes : Mme Christine Bertrand (ADRLSSSS de la Montérégie), Mme Patricia Caris (Ministère de la Santé et des Services sociaux), M. Dominique Cloutier (Centre hospitalier Pierre-Boucher), Mme Johanne Fournier (ADRLSSSS de la Montérégie), Mme Gisèle Houle (représentante des patients), Mme Louise Lavoie (représentante des patients), Mme Pauline Plourde (CLSC Simonne-Monet-Chartrand) et le Dr Denis Roy (Centre de coordination de la lutte contre le cancer au Québec).

De nombreuses personnes ont collaboré à un moment ou à un autre à nos travaux. Nous pensons tout particulièrement aux intervenantes-pivot de la Montérégie, ambassadrices du RCM dans leur milieu, ainsi qu'aux experts cliniques qui nous ont contribué à l'élaboration de la vignette : Mmes Christine Mimeault, Anne Plante et Linda Roy et le Dr Jean Latreille. Nous les remercions de leur contribution.

Finalement, nous tenons à souligner le travail de recherche effectué à différents moments du projet par Mmes Nadine Chagnon, Louise Paquet, Martine Remondin et Carole St-Hilaire et le support soutenu de Mme Marie Denise Guay, commis senior, au Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoine.

## **Messages principaux pour les décideurs**

L'analyse du processus d'implantation et des effets du Réseau Cancer Montréal (RCM) permet de tirer les leçons suivantes :

- Le développement de la coopération entre professionnels et entre des organisations autonomes exige du temps et des ressources spécifiquement dédiées.
- Le développement de la coopération entre professionnels et entre organisations exige un effort de sensibilisation des différents partenaires afin qu'ils comprennent bien leurs rôles, leurs responsabilités et la vision sous-jacente au projet.
- Pour atteindre les objectifs de coordination et d'intégration des soins, il faut investir dans le développement d'une instrumentation appropriée (p. ex : rehaussement des compétences des acteurs, développement d'outils de coordination). Cette instrumentation appuie les efforts de coopération des professionnels et des producteurs de soins.
- La mise en œuvre d'un réseau exige la participation d'acteurs diversifiés et dispersés dans différentes organisations et milieux de pratique. Le besoin de rassembler ces acteurs autour d'un projet commun voire même de les impliquer dans la définition de la vision accroît les investissements à faire sur le plan de la sensibilisation et de la formation.
- Le leadership d'un réseau peut reposer sur des professionnels. Il doit par contre donner lieu à des initiatives sur le plan organisationnel qui assurent son développement et sa pérennité.
- L'hôpital peut être un puissant moteur de développement d'un réseau. Un effort particulier doit par contre être porté pour s'assurer de la cooptation de ressources indispensables qui se trouvent au niveau communautaire ou dans les cliniques médicales privées. Encore là, il est possible qu'un réseau évolue à travers le temps et puisse s'assurer à travers les années de la collaboration d'un éventail plus large d'acteurs.
- La participation des médecins est cruciale et elle constitue un défi important dans tous les projets de développement de réseaux. Elle nécessite le recours à des stratégies diversifiées et persistantes. Notamment, miser sur les professionnels de l'équipe clinique davantage mobilisés par le projet pour intéresser et coopter graduellement les médecins semble une stratégie à privilégier.
- Le développement de réseaux organisés par maladie peut permettre de mieux canaliser les efforts de coordination des soins. Par ailleurs, il pose le problème d'assurer une

« spécialisation » des effectifs (infirmière, médecin généraliste avec une niche dans le domaine du cancer) dans un contexte où les ressources humaines sont rares et où la demande est élevée pour l'ensemble des soins.

- L'approche volontariste fondée sur une incitation positive pour la création des réseaux (investissement de nouvelles ressources, formation, information) peut produire des résultats sur le plan de la qualité des soins. Le présent projet ne permet toutefois pas de se prononcer sur les bénéfices à plus long terme d'une telle approche ni sur les besoins d'une formalisation plus élevée des mécanismes de coordination du réseau.
- Même si les équipes interdisciplinaires à la base de ce réseau sont implantées localement, une cohérence d'approche au plan des politiques d'organisation des soins est nécessaire aux différents niveaux d'intervention du système de soins (Ministère, agences régionales).
- La mise en place de nouveaux modèles d'organisation dépend de l'engagement de leaders solides et convaincus, porteurs d'une vision et qui la soutiennent avec détermination aux différentes étapes du processus d'implantation.
- Le développement et la pérennité d'un réseau ne peut se faire sans systèmes d'information efficaces permettant de lier les professionnels entre eux, d'améliorer les activités cliniques et de soutenir la gestion. De même, la mise en place de nouveaux modèles d'organisation a avantage à être accompagnée d'un processus d'évaluation formative.
- Répondre adéquatement aux besoins d'un nombre croissant de personnes aux prises avec des conditions chroniques constitue une des priorités des systèmes de soins. On tend de plus en plus à reconnaître la complémentarité des réseaux organisés par maladie et des services de première ligne dans la prise en charge des conditions chroniques. L'articulation des réseaux organisés par maladie avec les services de première ligne devrait constituer un enjeu majeur pour les responsables de l'organisation des services de santé.
- Le projet des réseaux locaux de services est porteur d'éléments structurants pour actualiser le déploiement de réseaux organisés par maladie et favoriser leur articulation avec les services de première ligne. Il s'appuie sur une logique de gestion par continuum de soins et préconise notamment la pratique de l'interdisciplinarité et un renforcement de l'intégration de la première ligne (médecins généralistes, cabinets privés) dans ce continuum. Or, l'expérience montre qu'il est plus facile de mobiliser les professionnels

autour d'un projet d'intégration lorsque ceux-ci ont des assises institutionnelles. Un rattachement institutionnel de professionnels (médecins, infirmières) de services de première ligne aux réseaux locaux de services pourrait faciliter l'articulation de réseaux par maladie avec la première ligne et favoriser une meilleure qualité des soins (continuité, accessibilité, globalité, etc.).



## Sommaire

Le *Programme québécois de lutte contre le cancer*<sup>1</sup> préconise la mise en place dans chacune des régions du Québec, d'un réseau intégré de services pour les personnes atteintes de cette maladie et leurs proches. La Montérégie est la première région au Québec à avoir formellement initié l'implantation d'un tel réseau. Son déploiement est caractérisé par la création d'un centre régional d'excellence en oncologie, par la mise en place d'infirmières pivots dans les cliniques externes d'oncologie des centres hospitaliers de la région et par le développement d'équipes interdisciplinaires dans ces milieux. L'implantation du réseau en Montérégie s'inscrit dans un projet de régionalisation des services en oncologie qui a connu un parcours sinueux et qui n'a pas été sans créer des tensions entre le centre régional et les autres hôpitaux de la région. Les questions auxquelles cette étude tente de répondre sont : *Quelles stratégies ont été mobilisées pour déployer le Réseau cancer Montérégie (RCM)? Comment et dans quelle mesure ces stratégies ont produit de l'intégration au niveau local? Quels sont les facteurs qui ont favorisé ou contraint l'émergence du réseau et ses effets?*

Le devis utilisé est l'étude de cas multiples. Les cas ( $n=5$ ) sont des hôpitaux de la région offrant des services en oncologie et leurs partenaires communautaires. La période d'observation couverte par l'étude est d'une durée d'environ quatre années (1999-2003). L'analyse de l'implantation s'appuie principalement sur du matériel qualitatif et sur une diversité de méthodes et sources de données dont des observations non participantes de comités ( $n=50$ ) et des entrevues semi-dirigées ( $n=69$ ). L'analyse des effets s'appuie sur des indicateurs du processus de prise en charge de la clientèle des cliniques externes par les infirmières pivots et par les équipes interdisciplinaires.

### **Quels sont les principaux changements induits par l'intervention en Montérégie?**

**Chez les hôpitaux de la région :** leurs résistances en regard du RCM se sont apaisées, la confiance envers le centre régional s'est développée et des collaborations avec ce dernier pour favoriser l'accès aux services spécialisés sont maintenant amorcées.

**Au sein des équipes locales :** un climat de confiance entre les professionnels s'est développé et les équipes se sont dotées d'outils et de mécanismes pour coordonner leurs actions. De l'intérêt envers les guides de pratique se manifeste chez les professionnels davantage interpellés dans le projet (infirmières et intervenants psychosociaux). Les autres professionnels (p. ex : pharmaciens,

nutritionnistes) sont maintenant sensibilisés aux bénéfices de la coopération et manifestent de l'intérêt à travailler en équipe.

**Concernant l'offre de services:** les pratiques professionnelles en cliniques externes des hôpitaux semblent évoluer vers une offre de services qui considère l'ensemble des besoins des patients et qui favorise l'autonomisation, l'humanisation et la continuité des soins. Des améliorations ont été apportées à la gestion des urgences oncologiques dans la plupart des hôpitaux. Des efforts ont été faits dans quelques-unes des sous-régions pour développer la prestation de chimiothérapie à domicile et pour améliorer la coordination des services spécifiques à la clientèle en oncologie entre les hôpitaux et les centres locaux de services communautaires (CLSC).

### **Quels sont les facteurs facilitants ?**

**Un contexte favorable au changement : - Des leaders cliniques forts - Un appui de l'Agence régionale.** Plusieurs facteurs convergents ont milité en faveur de l'émergence du réseau: (1) le projet de régionalisation des services en oncologie; (2) des leaders cliniques forts et crédibles qui ont été des catalyseurs de la collaboration dans un contexte où les ressources spécialisées en oncologie sont limitées et où le projet de réseau n'était pas prioritaire pour tous les hôpitaux locaux ; (3) un appui financier de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie (ADRLSSSSM) et son implication dans la gouverne du réseau.

**Les professionnels comme agents de changement et des stratégies de mobilisation et d'appui.** La gouverne régionale a misé sur les acteurs principaux, les professionnels, pour amorcer le changement. Diverses stratégies (p. ex : communication, création de comités régionaux de professionnels) ont été employées pour susciter l'intérêt des individus à coopérer et pour mettre en relief la valeur ajoutée de la coopération. Ces stratégies ont contribué au partage d'une vision commune du projet et à développer la confiance entre les professionnels. Un accent a été mis sur le rehaussement des compétences des infirmières en oncologie et des intervenants psychosociaux oeuvrant auprès des malades atteints de cancer (p. ex : programmes régionaux de formation) et sur le soutien et l'encadrement régulier de ces professionnels dans leurs efforts de coopération en interdisciplinarité. Au niveau local, l'appui des administrateurs et les moyens mis en place pour favoriser le travail en interdisciplinarité sont des éléments importants.

## **Quels sont les facteurs contraignants ?**

**Une gouverne identifiée à l'hôpital.** Le choix de déléguer, au point de départ, le mandat à un hôpital d'implanter le réseau a favorisé un accent marqué pour la prestation de services cliniques spécialisés et de la confusion autour des rôles respectifs de l'hôpital et de l'ADRLSSSS dans le déploiement du réseau et autour des relations d'autorité entre eux.

**Une ouverture limitée aux autres partenaires du réseau.** Les CLSC ont été tardivement interpellés pour participer au RCM. Ils ont surtout été sollicités pour formaliser les mécanismes de coordination pour la prestation des services cliniques complémentaires à l'hôpital et pour appuyer le rehaussement des compétences techniques des infirmières en oncologie dans leurs milieux. Les attentes du RCM envers les services de première ligne sont difficiles à partager dans le contexte actuel caractérisé par une pénurie des ressources et par une multiplicité de projets de réorganisation à implanter.

**Des acteurs importants peu sollicités.** On a pensé que l'implantation d'infirmières pivots allait entraîner tous les changements souhaités dans les organisations. Or, bien qu'elles ont été porteuses d'une nouvelle philosophie d'intervention dans leur milieu respectif, elles ne disposent pas de la légitimité ni des leviers pour amener les autres professionnels à coopérer. Elles ont notamment dû faire valoir leur légitimité auprès des oncologues qui se sont fermement opposés au RCM au point de départ craignant une concentration de l'expertise à l'hôpital régional et des déplacements de clientèles vers cet établissement. Ce contexte a certes contribué à faire en sorte que la participation des médecins demeure relativement limitée. Les administrateurs locaux ont, pour leur part, été peu sollicités pour implanter le RCM dans leur milieu. Il en résulte que l'appui administratif au développement des équipes est timide dans certains milieux.

## **Conclusion**

L'émergence du réseau intégré de soins et de services en oncologie de la Montérégie est attribuable à la réunion simultanée de plusieurs conditions favorables. Le gouverne a misé sur les professionnels pour amorcer le changement et sur diverses stratégies pour favoriser l'adoption de la nouvelle philosophie et pour soutenir les professionnels dans leurs efforts de coopération. Ces stratégies sont adaptées aux défis de mise en œuvre d'un mode d'intégration qui repose essentiellement sur la volonté des acteurs (et des organisations) à coopérer sans intégration administrative. Cette étude confirme que le déploiement de réseaux de services intégrés est un processus très long et complexe, car il requiert la collaboration d'acteurs situés à différents niveaux du système de soins. Pour implanter les autres composantes du réseau, il importera de continuer à miser sur des dynamiques locales et d'éviter d'imposer un modèle unique.

## 1. Contexte

Le *Programme québécois de lutte contre le cancer*<sup>1</sup> (PQLC) préconise notamment la mise en place dans chacune des régions du Québec, d'un réseau intégré de services pour les personnes atteintes de cette maladie et leurs proches. L'intégration des services est d'ailleurs au cœur de plusieurs réformes et politiques de santé<sup>2</sup> et elle est perçue comme une stratégie porteuse de solutions aux dysfonctionnements des systèmes de santé<sup>3-6</sup>.

Le modèle d'organisation préconisé par le PQLC est un modèle d'intégration virtuelle de services. Il réfère à un arrangement selon lequel des organisations indépendantes non reliées administrativement se regroupent en réseau dans un but commun d'assurer la prestation de services à une population donnée<sup>3</sup>. Son déploiement repose sur la volonté des individus et des organisations à travailler ensemble et à coopérer. Le modèle d'intégration prescrit par le PQLC s'appuie sur la constitution d'équipes interdisciplinaires locales, régionales et supra régionales au cœur des quelles s'insèrent un nouveau type de professionnel, l'intervenant pivot. Il préconise aussi le développement de collaborations interorganisationnelles locales entre chaque hôpital local et son réseau de ressources communautaires et l'établissement de corridors de services spécialisés régionaux et interrégionaux. Ce sont les autorités régionales (maintenant nommées Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux : ADRLSSSS) qui sont désignées par le PQLC pour gouverner, implanter et évaluer les réseaux.

La Montérégie est la première région au Québec à avoir initié l'implantation d'un réseau intégré de services en oncologie, nommé « Réseau cancer Montérégie » (RCM). L'évaluation de cette expérience est une occasion unique pour saisir comment les acteurs (et les organisations) adhèrent et participent à ce mode d'intégration virtuelle de services pour une maladie spécifique, et quelles sont les stratégies mises en place pour l'implanter.

La Montérégie, dont la population est de 1,3 million d'habitants, est une vaste région voisine de deux centres urbains offrant des services ultra spécialisés en oncologie. Elle compte neuf hôpitaux offrant des services en oncologie dont un centre régional affilié à l'Université de Sherbrooke, dix-neuf CLSC, et une résidence spécialisée en soins palliatifs.

**Figure 1 – La Montérégie et les hôpitaux du réseau cancer**



### **Questions de recherche**

Cette étude tente de répondre aux questions suivantes : *Quelles stratégies ont été mobilisées pour déployer le Réseau cancer Montérégie (RCM)? Comment et dans quelle mesure ces stratégies ont produit de l'intégration au niveau local? Quels sont les facteurs qui ont favorisé ou contraint l'émergence du réseau et ses effets?*

### **2. L'intervention mise en œuvre en Montérégie**

L'intervention mise en œuvre en Montérégie durant la période d'observation comporte deux grandes composantes. La première est la création d'un centre régional d'excellence en oncologie appelé le Centre intégré de lutte contre le cancer de la Montérégie (CICM). Les rôles du CICM sont d'offrir des services cliniques spécialisés non disponibles dans les autres hôpitaux de la région (p. ex : traitement de la leucémie), de fournir une expertise conseil aux équipes oeuvrant dans les hôpitaux locaux et de maintenir les liens entre ces équipes et celles localisées dans des hôpitaux à vocation supra-régionale. En Montérégie, c'est le centre

régional qui a été mandaté par la régie régionale de la santé (maintenant appelée Agence) pour implanter le RCM. La seconde composante de l'intervention est la mise en place d'infirmières pivots et le développement des équipes interdisciplinaires dans les hôpitaux de la région. L'objectif visé est d'améliorer les pratiques professionnelles en faveur d'une prestation de services mieux coordonnés, accessibles et qui prend en compte l'ensemble des besoins des personnes durant la période de l'épisode de maladie au cours de laquelle les personnes atteintes de cancer sont suivies dans les cliniques externes des hôpitaux.

D'autres composantes du modèle d'intégration de services préconisé par le PQLC étaient peu ou pas implantées au terme de la période d'observation. La formalisation de la coordination entre les équipes locales et les services de première ligne demeure timide. Elle se limite à quelques CLSC et elle se centre surtout sur la coordination des soins infirmiers. Les médecins de première ligne appelés à jouer un rôle plus important dans le suivi des malades selon le PQLC<sup>1</sup> ont été peu interpellés par le projet. Enfin, durant la période d'observation, on est peu intervenu pour formaliser les corridors de références régionaux pour les services spécialisés en oncologie ou pour mettre en place des protocoles cliniques.

L'intervention implantée en Montérégie s'inscrit dans un projet de régionalisation des services en oncologie qui, suite à un parcours sinueux, s'est affirmé vers la fin des années 90 par la désignation du seul hôpital universitaire de la région comme centre régional de référence en oncologie. Cet hôpital s'est ainsi positionné comme un leader en oncologie, ce qui n'a pas été sans créer des tensions avec les autres hôpitaux de la région. L'élément déclencheur du réseau intégré de services en oncologie est l'arrivée à l'hôpital régional d'un oncologue réputé lequel est un des instigateurs du PQLC et est actif aux niveaux provincial, régional et local dans la lutte contre le cancer.

### **3. Implications**

Les leçons que l'on tire de l'expérience en Montérégie se rapportent à la toute première phase de l'implantation du réseau qui couvre une période de près quatre années. Cette période est relativement courte puisque le déploiement de réseaux de cette envergure s'échelonne en général sur plusieurs années<sup>24, 36</sup>. Plusieurs facteurs convergents ont en effet milité en faveur de l'émergence du réseau: (1) le projet de régionalisation des services en oncologie; (2) des leaders cliniques forts et crédibles et (3) un appui financier de l'ADRLSSSSM et l'implication de ses représentants dans la gouverne du réseau. On a misé sur les acteurs

principaux, les professionnels, pour amorcer le changement. Les stratégies de sensibilisation et de formation ont favorisé le partage d'une philosophie commune, ont généré de la confiance entre les professionnels et des changements dans les pratiques professionnelles.

### **Quels sont les défis pour la poursuite de l'implantation du réseau ?**

Pour poursuivre le changement dans la voie préconisée par le PQLC il reste à : consolider la coopération au sein des équipes locales et à soutenir les changements dans l'offre de services, à articuler les équipes locales avec la première ligne (CLSC et cabinets privés), et à formaliser les corridors de référence. Il y aura lieu de :

- **Susciter la collaboration des gestionnaires locaux** à implanter le RCM dans leur milieu et développer chez ces derniers les habiletés de gestion (p. ex : conceptuelles, cliniques ou interpersonnelles) jugées nécessaires pour soutenir les changements souhaités par l'intégration.
- **Susciter l'intégration des médecins spécialistes en oncologie aux réunions de l'équipe interdisciplinaire** par des stratégies de participation adaptées aux modalités locales d'organisation de la pratique médicale et aux volumes de cas.
- **Miser sur les dynamiques locales de coopération** déjà façonnées par les professionnels pour poursuivre l'implantation du réseau.
- **Miser sur les réseaux locaux de services pour favoriser l'articulation entre un réseau organisé par maladie et les services de première ligne.** Idéalement, et comme le préconise le PQLC, les malades atteints de cancer devraient être suivis par leur médecin de famille durant tous les épisodes de leur maladie. Cela requiert des interactions et de la coordination entre les services spécialisés et les services de première ligne. Or, le déploiement des réseaux locaux de services que l'on s'apprête à implanter en Montérégie repose notamment sur une logique de continuum de soins et sur le renforcement de l'intégration de la première ligne<sup>7</sup>. Les réseaux locaux de services peuvent donc constituer des éléments structurants l'articulation du réseau cancer en Montérégie avec les services de première ligne de la région.
- **Faire preuve de souplesse concernant les corridors de références pour les services spécialisés.** Il faudra trouver un juste équilibre entre le découpage administratif et les



réseaux informels perçus par ailleurs fonctionnels et efficaces par les professionnels et les médecins des milieux participants. Ces réseaux se bâtissent sur la confiance entre collègues et sur le respect de l'autonomie professionnelle<sup>12, 13</sup>. C'est la stratégie adoptée par le centre régional et elle semble porteuse de collaborations nouvelles avec des hôpitaux locaux de la région. Toutefois, étendre la formalisation des corridors de référence à tous les hôpitaux de la région est questionnable compte tenu de la proximité géographique de certains d'entre eux de grands centres urbains offrant des services spécialisés et aussi des bénéfices d'accessibilité qui en résulte pour les malades.

- **Adapter la composition de la gouverne** au fur et à mesure des changements que l'on souhaite implanter et miser sur la multitude d'acteurs impliqués.
- **Accroître l'implication de la gouverne provinciale** de manière à donner des orientations claires et à rendre les principes organisateurs du système de soins cohérents avec le projet d'intégration de services en oncologie (cadres réglementaires, ressources, rémunération, etc.).
- **Développer et rendre accessible des systèmes d'information efficaces** permettant de soutenir la coopération entre les professionnels et entre les organisations et d'évaluer les impacts du réseau.

## **4. Approche**

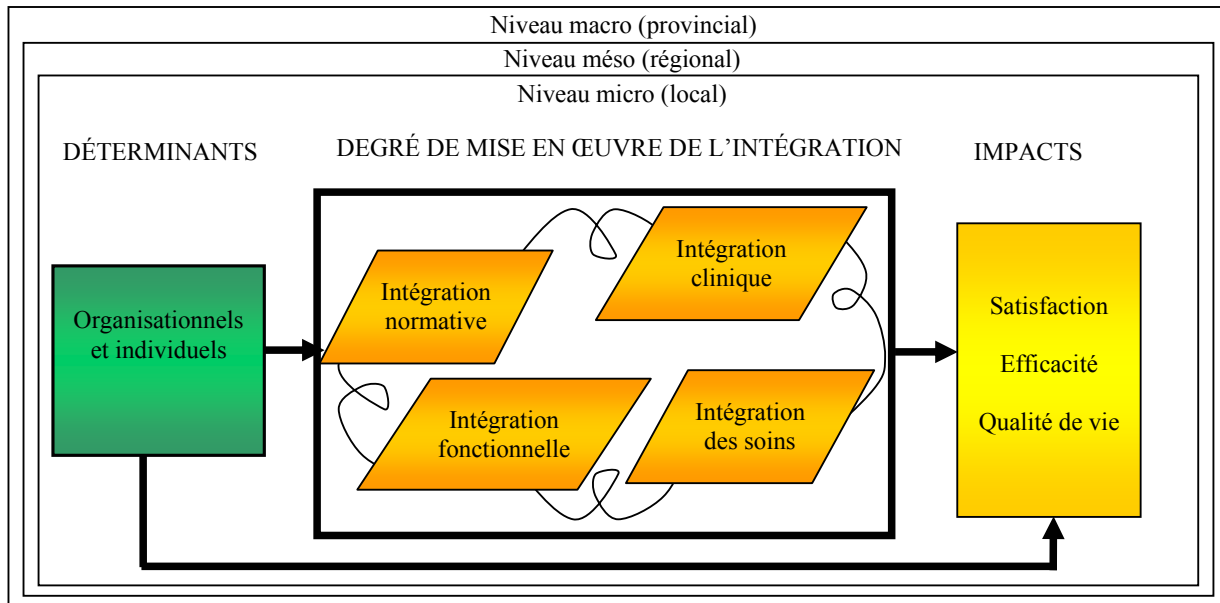
### **4.1 Cadre conceptuel**

Le cadre conceptuel (figure 2) pour l'analyse de l'implantation du RCM et ses effets se base sur les travaux issus de la littérature sur l'intégration\*. Il illustre les composantes de l'analyse de la mise en œuvre de l'intégration au niveau local et les environnements (régional et provincial) dans lequel s'inscrit l'intervention. Cette étude concentre principalement son analyse sur les niveaux micro (local) et méso (régional).

---

\* La définition retenue pour les fins de la présente étude s'inspire largement des réflexions de Contandriopoulos et coll, 2001<sup>9</sup>. Définie sommairement, l'intégration est un processus qui permet de resserrer les liens entre des acteurs et des organisations autonomes dans le but de coopérer à la réalisation d'un projet collectif.

**Figure 2 – Cadre conceptuel pour l'analyse de la mise en œuvre de l'intégration et des effets**



\* Inspiré de : A. P. Contandriopoulos et coll. (2001). « Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre. » *Ruptures* (8) 2 : 38-52

Le niveau macro (provincial) réfère au contexte politique, économique et sanitaire dans lequel s'inscrit toute intervention<sup>8</sup> et aux activités engagées par la gouverne provinciale pour assurer que les principes organisateurs du système de soins soient cohérents avec la dynamique du projet local (p. ex : la rémunération des professionnels)<sup>9</sup>.

Le niveau méso (régional) réfère d'une part aux particularités (p. ex : géographiques ou sanitaires) de la région dans laquelle se déploie le RCM. Il comprend d'autre part les stratégies adoptées par cette dernière pour favoriser le développement de la collaboration entre les individus et les organisations. Ce sont notamment : la constitution d'un leadership collectif<sup>10-13</sup>, la présence d'activités pour communiquer la philosophie du projet et créer un climat de confiance<sup>14-16</sup>, l'implication des médecins au premier stade du projet<sup>17-18</sup>, l'élaboration de règles de coopération et de protocoles d'entente entre les partenaires, l'allocation d'un niveau adéquat de ressources<sup>20,21</sup>, le développement de nouvelles compétences chez les professionnels et les gestionnaires<sup>13,22,23</sup>, l'implantation de mécanismes de monitoring et d'évaluation et l'accès à des technologies de l'information permettant l'échange de données<sup>12,13,25,26</sup>.

Au centre du cadre conceptuel figure le niveau micro. L'analyse se situe alors au niveau local et elle focalise sur le processus de développement des relations de coopération entre les acteurs (organisations), leurs impacts et leurs déterminants. En effet, pour que les relations de coopération s'enracinent et perdurent, il y a lieu de mettre en œuvre de façon durable dans le temps les diverses dimensions du processus d'intégration<sup>9</sup>. Ce sont le développement d'une vision partagée et d'une compréhension mutuelle du projet (intégration normative), la création des conditions administratives incitant les individus à coopérer (intégration fonctionnelle), la constitution d'équipes cliniques et l'articulation de ces équipes à la structure du réseau (intégration clinique). Ces conditions devraient favoriser une meilleure intégration des soins c'est-à-dire des pratiques cliniques en faveur d'une meilleure qualité de soins. La figure 2 illustre que le processus d'intégration est récursif et qu'il peut prendre naissance à n'importe quelle dimension de l'intégration<sup>9</sup>. Le degré de mise en œuvre des diverses dimensions devrait conduire à un rehaussement de la performance dont une meilleure efficacité d'utilisation<sup>27, 28</sup> et une satisfaction accrue des acteurs concernés<sup>27, 29</sup>.

Diverses caractéristiques des organisations et des individus préalables à l'intervention peuvent influencer le degré de mise en œuvre de l'intégration et ses effets. L'émergence de la collaboration serait notamment facilitée dans des milieux et des équipes de plus petite taille<sup>30</sup> et lorsque l'on retrouve les conditions suivantes : une histoire antérieure de collaboration entre individus et organisations<sup>15</sup>, des gestionnaires compétents pour gérer le changement<sup>13, 22, 23</sup> et un climat de confiance et une cohésion entre les membres de l'équipe<sup>31</sup>.

## **4.2 Plan de l'étude et caractéristiques de l'échantillon**

### **4.2.1 Type d'étude**

Le devis privilégié est l'étude de cas multiples contrastés<sup>32, 33</sup>. La période d'observation couverte par l'étude est d'une durée de près de quatre années. Elle s'échelonne du moment où est né le projet en 1999 jusqu'à l'automne 2003.

### **4.2.2 Sélection des cas**

Les cas sont des hôpitaux de la région offrant des services en oncologie et leurs partenaires communautaires. Le choix des hôpitaux a été fait de manière à assurer une variabilité dans les caractéristiques organisationnelles suivantes : taille de l'établissement, sa localisation géographique, la disponibilité/pénurie d'oncologue(s) à moyen terme. Au total, cinq cas ont été choisis, incluant plus de 50 % des hôpitaux de la région. L'hôpital régional a été retenu

d'emblée car il abrite le Centre intégré de lutte contre le cancer en Montérégie (CICM) et l'équipe interdisciplinaire régionale en oncologie. Les quatre autres cas diffèrent quant aux caractéristiques citées ci-haut. Leur choix a été validé auprès des membres du comité consultatif au projet de recherche. Le tableau A à l'annexe 1 décrit les caractéristiques des cas retenus.

### **4.3 Méthodes de collecte de données et d'analyse**

L'analyse s'appuie principalement sur des données qualitatives de sources diverses et recueillies par des méthodes variées. En bref, toutes les rencontres des comités de la gouverne régionale et des comités régionaux de professionnels ont fait l'objet d'observations non participantes ( $n=50$ ) dès octobre 2001. Trois séries d'entrevues semi-dirigées ( $n=69$ ) ont été menées auprès des promoteurs du réseau, des professionnels des équipes interdisciplinaires et des gestionnaires dans chacun des cas étudiés ainsi qu'auprès de gestionnaires de programmes dans les CLSC. Le contenu des guides d'entrevue (voir exemple à l'annexe 2) variait en fonction de la nature de l'information recherchée et du type de répondant. Une analyse documentaire complète la collecte de données.

Le degré de mise en œuvre de l'intégration normative, fonctionnelle et clinique dans les cas étudiés a été apprécié à l'aide d'une procédure détaillée à l'annexe 3. Elle a impliqué l'attribution de cotes par deux évaluateurs et une validation des résultats obtenus auprès de représentants de chacun des hôpitaux participants.

Deux méthodes complémentaires sont utilisées pour évaluer l'intégration des soins. D'une part, l'appréciation de l'intégration des soins s'appuie sur diverses dimensions du processus de prise en charge (voir définitions à l'annexe 4) des malades suivis par les infirmières pivots en oncologie (IPO) et par les équipes interdisciplinaires dans les cliniques externes d'oncologie des hôpitaux participants. L'analyse du processus de prise en charge par les infirmières pivots s'appuie sur des indicateurs quantitatifs construits à partir de la base de données informatisée des IPO. D'autre part, la technique de la vignette a été privilégiée pour apprécier les processus de prise en charge des équipes interdisciplinaires. La vignette (voir annexe 4) décrit une évolution « type » de la condition clinique et psychosociale d'un homme de 58 ans atteint d'un cancer du rectum diagnostiqué et suivi à la clinique externe d'un hôpital. Elle a été soumise à chacune des équipes interdisciplinaires des cas étudiés lors d'un entretien de groupe (*focus group*) à la fin de la période d'observation. Les analyses ont permis

d'apprécier dans quelle mesure les pratiques des équipes et des IPO se rapprochent de celles préconisées dans le PQLC au plan notamment de la continuité, de la globalité, etc.

#### **4.4 Stratégie d'analyse des données**

Les analyses de cas s'inspirent de la méthode proposée par Yin (1994)<sup>33</sup>. Une monographie par cas a d'abord été rédigée. Elle comprend une description sommaire des caractéristiques de l'hôpital et trace une synthèse de la mise en oeuvre de chacune des dimensions de l'intégration. Une analyse transversale a ensuite été réalisée afin de vérifier la réplification des observations et des explications d'un cas à l'autre et d'identifier les facteurs pouvant expliquer les résultats obtenus. Nous avons eu recours à la triangulation des diverses sources de données pour maximiser la validité interne de l'étude.

### **5. Résultats**

Cette section décrit d'abord la création du centre régional en oncologie. Elle présente ensuite le degré de mise en oeuvre des dimensions de l'intégration dans les cas étudiés. Elle traite en dernier lieu de la dynamique du processus d'intégration observée dans ces milieux et des enjeux organisationnels qui semblent l'influencer.

Il importe de souligner que c'est grâce à une enveloppe budgétaire récurrente (1,6 million \$ / an) dégagée par l'ADRLSSSSM que le centre régional d'oncologie a été créé et que les projets d'implantation des infirmières pivots et de développement des équipes interdisciplinaires locales ont vu le jour.

#### **5.1 Création du centre régional en oncologie**

Le Centre intégré de lutte contre le cancer de la Montérégie (CICM) a été créé à la fin de 1999. L'un des rôles importants du centre régional consiste à offrir des services spécialisés qui ne sont pas disponibles dans les autres hôpitaux de la région. Pour ce faire, le CICM a recruté de nouveaux médecins spécialistes du traitement du cancer et a obtenu l'aval du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) pour développer un service de radio-oncologie dont la région est dépourvue. Ce début d'offre de services spécialisés par le CICM a entraîné une hausse de la demande, un agrandissement de la clinique externe d'oncologie, et une hausse des dépenses de l'hôpital, notamment pour les traitements pharmacologiques. Il a aussi conduit à une amorce de collaboration pour favoriser l'accès aux

oncologues dans des hôpitaux de la région qui sont moins bien pourvus en ce type de ressources.

À l'origine, c'est l'hôpital régional qui s'est vu confier le mandat de mettre en place le réseau et d'en gérer l'enveloppe budgétaire fournie par l'ADRLSSSS. Le CICM fait donc partie intégrante de la structure de gouverne du réseau en Montérégie. Le leader clinique responsable du CICM est aussi le président du comité directeur du RCM, lequel joue un rôle décisionnel et opérationnel dans l'implantation du réseau. Plusieurs professionnels du CICM jouent aussi un rôle régional et au sein de la gouverne du RCM. Soulignons que le milieu hospitalier est fortement représenté au comité directeur (voir sa composition à l'annexe 5, figure 4) et que ce n'est que tardivement (en 2002) qu'une personne-ressource des CLSC a été conviée à y participer.

Il est donc difficile de départager les efforts consentis pour créer le centre régional de ceux orientés vers le développement du réseau. Néanmoins, on constate qu'une équipe interdisciplinaire régionale a été mise en place. Son mandat est de fournir une expertise conseil aux équipes locales d'oncologie des hôpitaux et de maintenir les liens entre les équipes locales et supra-régionale. Ce sont ces experts qui ont conçu les projets d'implantation des infirmières pivots et d'intervenants psychosociaux. Ils ont aussi mis sur pied des programmes de formation en oncologie et à l'interdisciplinarité et des services de soutien direct aux professionnels oeuvrant au sein des équipes locales et en CLSC. Parmi les autres activités de la gouverne on note la constitution de comités régionaux de professionnels en particulier pour les infirmières pivots et les intervenants psychosociaux, l'encadrement à la certification des infirmières et la mise sur pied de colloques annuels. Une liste détaillée des stratégies d'implantation apparaît à l'annexe 5, tableau I.

**En résumé :**

- **La création du centre régional a conduit à un début d'offre de services spécialisés dans la région, à l'amorce de collaborations cliniques dans un contexte de pénuries d'oncologues et à la mise sur pied d'une équipe d'experts régionaux en oncologie assurant la formation, le soutien et l'encadrement des professionnels dans le changement.**

## 5.2 Mise en œuvre de l'intégration dans les cas étudiés

Cet aspect de l'étude tente d'identifier dans quelle mesure les stratégies retenues ont contribué à produire de l'intégration dans les milieux, c'est-à-dire à influencer le processus devant conduire au développement des relations de coopération entre les professionnels des équipes locales et entre les hôpitaux locaux et leurs partenaires. Les résultats sont présentés dans les sections suivantes (voir aussi tableaux F, G et H de l'annexe 3). Les tableaux sont agencés de manière à illustrer, à l'aide de trois intensités de couleur, le niveau de mise en œuvre (allant d'élevé à faible) des dimensions du processus d'intégration pour chaque cas. Les valeurs des cotes se répartissent de la manière suivante : élevée = 1, moyenne = 0,5 et faible = 0. Il importe de souligner que les informations utilisées pour apprécier le degré de mise en œuvre des dimensions de l'intégration proviennent principalement des entrevues réalisées dans le cadre de l'étude.

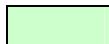
### 5.2.1 A-t-on réussi à développer une vision partagée du projet et à générer de la confiance?

**Tableau 1 – Degré de mise en œuvre de l'intégration normative : Résultats pour les cas**

	Cas 1	Cas 2	Cas 3	Cas 4	Cas 5
<b>Vision partagée</b>	Élevée	Élevée	Élevée	Élevée	Moyenne
<b>Engagement des médecins</b>	Moyenne	Moyenne	Élevée	Moyenne	Moyenne
<b>Engagement des professionnels</b>	Élevée	Moyenne	Élevée	Moyenne	Moyenne
<b>Intérêt pour le travail en équipe</b>	Élevée	Moyenne	Élevée	Élevée	Moyenne
<b>Confiance inter-professionnelle</b>	Élevée	Élevée	Élevée	Élevée	Élevée
<b>Confiance inter-organisationnelle (CH-CLSC)</b>	Élevée	Élevée	Élevée	Élevée	Élevée
<b>COTE TOTALE</b>	<b>5,5</b>	<b>3,5</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>2,5</b>

 Élevée

 Moyenne

 Faible

Une lecture horizontale du tableau montre que, dans la majorité des cas étudiés (quatre sur cinq), la plupart des répondants partagent la philosophie et la vision de la prise en charge des malades suivis dans les cliniques externes des hôpitaux promues par la gouverne du RCM. Les éléments qui ressortent le plus souvent sont : une réponse à l'ensemble des besoins de la personne, des soins coordonnés, une uniformisation des pratiques cliniques, des soins centrés sur le patient et sa famille. Les résultats montrent qu'une confiance interprofessionnelle s'est développée au sein des équipes locales dans tous les milieux. Cette confiance se traduit de diverses manières par exemple « *par un respect envers les membres de l'équipe* » ou encore

« *par une référence à la personne qui est la plus compétente* ». De même, la confiance interorganisationnelle semble forte. En général, on connaît les services offerts par les CLSC et on en reconnaît les compétences.

Le niveau d'engagement des médecins et des professionnels envers l'implantation du réseau dans leur milieu est toutefois variable ainsi que leur intérêt à travailler en équipe. En général, les IPO se sentent responsables de la promotion du projet. Une IPO résume : « *Oui je me sens vraiment engagée, justement porteuse d'inculquer cette philosophie-là à mes collègues de travail* ». D'autres professionnels se sentent plus en marge du projet comme l'illustrent les propos d'un pharmacien : « *Je sens beaucoup que c'est plutôt soins infirmiers. Je sens que les autres professionnels, on se sent un peu moins embarqués là-dedans* ». Il en est de même pour la plupart des médecins rencontrés. L'intérêt pour le travail en interdisciplinarité est plus manifeste chez certains groupes de professionnels comme le souligne un pharmacien : « *Les para-professionnels cherchent beaucoup plus à travailler en équipe que les médecins* ». Plusieurs des médecins rencontrés se disent satisfaits de leur mode de fonctionnement actuel, ils considèrent travailler déjà en interdisciplinarité (p. ex : échanges informels avec leurs collègues médecins) et, dans un contexte de ressources médicales limitées, ils disent ne pas avoir de temps à consacrer aux rencontres d'équipe.

**En résumé :**

- **Une culture de collaboration se répand dans les équipes locales.**
- **Une confiance entre les professionnels se développe au sein des équipes et envers les services offerts en CLSC.**
- **L'engagement envers l'implantation du RCM varie selon les types de professionnels.**



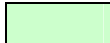
## 5.2.2 Les milieux ont-ils créé les conditions administratives pour inciter les individus à coopérer?

**Tableau 2 – Degré de mise en œuvre de l’intégration fonctionnelle : Résultats pour les cas**

	Cas 1	Cas 2	Cas 3	Cas 4	Cas 5
<b>Stabilisation de l’équipe</b>	Élevée	Élevée	Élevée	Élevée	Élevée
<b>Appui administratif</b>	Élevée	Moyenne	Moyenne	Élevée	Moyenne
<b>Formation en oncologie (CH)</b>	Élevée	Élevée	Moyenne	Élevée	Moyenne
<b>Formation à l’interdisciplinarité (CH)</b>	Élevée	Élevée	Faible	Moyenne	Élevée
<b>Ajout de ressources IPO</b>	Élevée	Faible	Faible	Élevée	Faible
<b>Implantation stratégie(s) structuration</b>	Élevée	Élevée	Faible	Élevée	Faible
<b>Participation du CH à la gouverne</b>	Élevée	Élevée	Élevée	Élevée	Faible
<b>Formation en oncologie (CLSC)</b>	Élevée	Élevée	Faible	Élevée	Élevée
<b>Plan stratégique CH-CLSC</b>	Élevée	Élevée	Moyenne	Moyenne	Élevée
<b>Participation des CLSC à la gouverne</b>	Élevée	Faible	Faible	Faible	Élevée
<b>COTE TOTALE</b>	<b>10</b>	<b>7,5</b>	<b>3,5</b>	<b>8,0</b>	<b>6</b>

 Élevée

 Moyenne

 Faible

Une lecture horizontale montre que tous les milieux ont consenti des efforts pour améliorer la stabilité des équipes en oncologie (p. ex : en réduisant la rotation du personnel). Dans tous les cas, les professionnels perçoivent avoir bénéficié d’un appui administratif de la direction pour implanter les équipes mais l’intensité et la nature de ces appuis varient d’un milieu à l’autre. Ces différences se manifestent notamment dans les taux de participation des professionnels aux formations en oncologie et à l’interdisciplinarité, l’ajout ou non de ressources de coordination (p. ex : remplacement des IPO en période de vacances). Des efforts ont été consentis dans les CLSC pour favoriser la formation des infirmières en oncologie. Les initiatives de planification stratégique pour formaliser la coopération CH-CLSC demeurent timides. La participation à la gouverne régionale des CLSC partenaires aux cas étudiés est faible.

De la lecture verticale des résultats, il ressort des variations entre les cas en ce qui concerne les conditions administratives mises en place pour appuyer la coopération entre les professionnels.

**En résumé :**

- Les appuis administratifs au développement des équipes sont variables selon les milieux.
- Le rehaussement des compétences est centré sur les soins infirmiers tant dans les hôpitaux que dans les CLSC.
- Les initiatives locales de planification de la coordination CH-CLSC demeurent timides.

### 5.2.3 Observe-t-on des changements dans les pratiques professionnelles des équipes locales?

Cet aspect de l'étude se subdivise en deux sections. La première traite du degré de mise en œuvre de l'intégration clinique et elle tente d'identifier dans quelle mesure les équipes interdisciplinaires locales se sont données des outils et des mécanismes pour coordonner leurs actions. La seconde section traite de l'intégration des soins. Elle se penche sur les attributs des processus de prise en charge des infirmières pivots et des équipes interdisciplinaires.

#### 5.2.3.1 Les équipes se sont-elles dotées d'outils et de mécanismes pour coordonner leurs actions?

**Tableau 3 – Degré de mise en œuvre de l'intégration clinique : Résultats pour les cas**

	Cas 1	Cas 2	Cas 3	Cas 4	Cas 5
Tenue des réunions d'équipe	Élevée	Moyenne	Élevée	Élevée	Élevée
Présence des médecins aux rencontres de l'équipe	Moyenne	Élevée	Élevée	Élevée	Moyenne
Composition de l'équipe	Élevée	Élevée	Élevée	Élevée	Élevée
Mise en place d'outils de coordination	Élevée	Élevée	Élevée	Élevée	Élevée
Mise en place d'outils d'aide à l'intervention clinique	Élevée	Moyenne	Élevée	Élevée	Élevée
Gestion des urgences oncologiques	Élevée	Élevée	Élevée	Élevée	Élevée
Facilité d'intégration de l'IPO	Élevée	Élevée	Élevée	Élevée	Moyenne
Formalisation explicite des rôles	Élevée	Élevée	Moyenne	Moyenne	Moyenne
Articulation de l'équipe avec le CLSC	Élevée	Élevée	Élevée	Élevée	Élevée
<b>COTE TOTALE</b>	<b>8,0</b>	<b>4,5</b>	<b>6,5</b>	<b>8,0</b>	<b>4,5</b>

 Élevée

 Moyenne

 Faible

La lecture horizontale des résultats montre que tous les milieux se sont donnés des moyens pour favoriser la coopération entre les professionnels. Ils ne sont toutefois pas implantés avec

la même intensité et exhaustivité d'un hôpital à l'autre. Au terme de la période d'observation c'est-à-dire au printemps-été 2003, l'équipe interdisciplinaire dans la majorité (quatre sur cinq) des cas étudiés tenait des réunions d'équipe. La participation des oncologues aux rencontres d'équipe n'est toutefois pas acquise dans tous les milieux. En général, la composition des équipes tend graduellement à se rapprocher à celle qui est préconisée. Tous les hôpitaux ont mis en place une diversité de dispositifs de coordination (p. ex : outils de suivi clinique, profils de patients). Ce qui n'est pas encore le cas pour les outils d'aide à l'intervention clinique (p. ex : normes de qualité, protocoles cliniques) lesquels se déploient à un rythme plus lent. Des efforts organisationnels ont été consentis dans presque tous les cas pour améliorer la gestion des urgences oncologiques. La facilité avec laquelle l'infirmière pivot a été intégrée dans son milieu est variable d'un cas à l'autre. Les facteurs facilitant et contraignant leur implantation sont décrits ailleurs<sup>34</sup>. Enfin, quelques dispositifs de coordination CH-CLSC pour les patients atteints de cancer ont été mis en place mais il est difficile d'identifier dans quelle mesure leur implantation est spécifique au RCM ou s'ils s'inscrivent dans la foulée des efforts pour poursuivre le virage ambulatoire.

**En résumé :**

- **Des efforts de coopération interprofessionnelle se manifestent partout.**
- **Les rôles des membres des équipes locales restent à formaliser dans la plupart des milieux.**
- **La participation des médecins aux rencontres de l'équipe interdisciplinaire dans leur milieu demeure faible.**
- **Quelques efforts ont été consentis pour articuler les équipes des cliniques externes avec les CLSC.**

**5.2.3.2 Les pratiques se rapprochent-elles de celles préconisées par le PQLC?**

L'analyse se centre d'abord sur les services fournis par les infirmières pivots. La période de référence est de quatre mois et elle se rapporte aux mois de mai, juin, octobre et novembre 2003. L'analyse porte exclusivement sur les nouveaux cas suivis par infirmières pivots au cours des périodes de référence. Les nouveaux cas n'ayant eu que des contacts ponctuels avec l'infirmière pivot en oncologie (p. ex : appel) ont été exclus de l'analyse à cause de l'importance des données manquantes requises pour construire les indicateurs retenus.

Les résultats présentés au tableau 4 décrivent à l'aide de quelques indicateurs le processus de prise en charge des infirmières pivot. Ces indicateurs mesurent l'accès aux services des IPO, l'intensité des liens intra-professionnel, la globalité et la continuité de la prise en charge.

**Tableau 4 – Attributs du processus de prise en charge des infirmières pivots dans les hôpitaux étudiés durant les mois de mai, juin, octobre et novembre 2003**

CAS ÉTUDIÉS	ATTRIBUTS				
	Volume (n) de nouveaux patients/mois	Accès à l'IPO Délai médian* (jrs) d'accès à l'IPO	Intensité des liens intra-professionnels % des nouveaux cas référés	Globalité % des nouveaux cas avec évaluation des besoins ≤ 1 mois	Continuité relationnelle Nbre moyen de visites durant les 6 premiers mois de la prise en charge
1	10	16	80	92	4
2	10	**	93	56	2,5
3	12	15	96	96	5
4	21	14	10	85	2,5
5	25	30	39	43	2,5

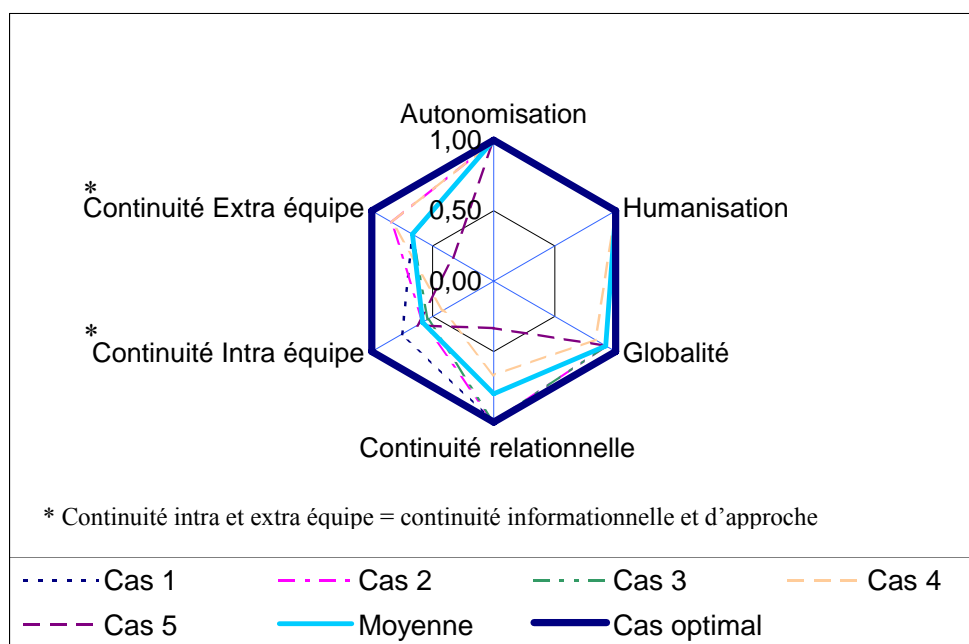
\* Période d'octobre et de novembre 2003

\*\* Beaucoup de valeurs manquantes

Ces données montrent que le délai d'accès à l'IPO varie d'un hôpital à l'autre. Les données évolutives (disponibles sur demande) montrent que ce délai d'accès tend en général à s'améliorer entre le printemps et l'automne 2003. Dans trois milieux (cas 1, 2 et 3), la majorité de la clientèle de l'IPO lui est référée par les autres professionnels. Il en est autrement dans les cas 4 et 5 où une part importante de la clientèle est recrutée par les infirmières pivots. Les résultats montrent qu'une proportion importante des nouveaux cas bénéficie d'une évaluation de besoins durant le premier mois de la prise en charge par l'IPO. Le nombre moyen de contacts avec l'infirmière pivot durant les six premiers mois de la prise en charge montre l'existence d'une pratique en faveur de la continuité relationnelle. Enfin, l'ensemble de ces données montre des disparités dans les processus de prise en charge des infirmières pivots. Ces différences semblent reliées en partie aux pratiques et contextes particuliers des milieux (p. ex : la proximité physique des intervenants) ou encore aux différences dans le volume de clientèle (*caseload*). Les données disponibles ne permettent pas de contrôler adéquatement pour ces facteurs.

Les résultats de l'analyse des processus de prise en charge des équipes locales sont présentés à la figure 3. Rappelons que ces résultats se basent sur l'analyse des discussions de groupe avec les équipes interdisciplinaires au sujet d'un cas clinique « type » décrit dans la vignette. La ligne extérieure de la figure 3 indique la performance optimale souhaitée en regard de chacune des dimensions du processus de prise en charge de ce cas clinique. Le positionnement de chacune des équipes est illustré à l'aide de tracés différents.

**Figure 3 – Attributs des processus de prise en charge des équipes interdisciplinaires locales**



On note que toutes les équipes se rapprochent de la performance optimale pour les dimensions relatives à l'autonomisation, à l'humanisation et à la globalité des soins. Ce sont principalement sur les dimensions de la continuité, intra et extra équipe que la position des équipes tend à s'éloigner de la performance maximale et où il semble y avoir le plus de variation entre les hôpitaux. Ces deux dimensions touchent les moyens à mettre en oeuvre afin de favoriser une concertation et une cohérence plus forte pour la planification des interventions entre (1) les professionnels de l'équipe (ex. plan de soins), (2) l'équipe et le reste de l'hôpital (ex. échange d'information), et (3) l'équipe et les partenaires en dehors de l'hôpital (ex. CLSC). La courte expérience de travail formalisé en interdisciplinarité au terme de notre étude entre autres les résultats observés aux plans de la continuité extra et intra équipe dans la plupart des milieux.

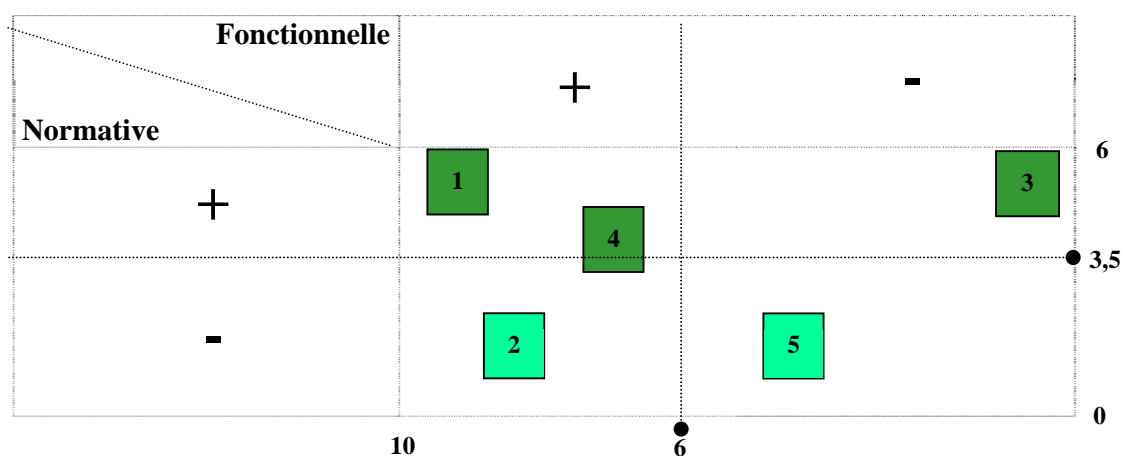
**En résumé :**

- **L'analyse des processus de prise en charge des IPO et des équipes montre que l'offre de services dans les cas étudiés tend à prendre en compte l'ensemble des besoins des personnes (globalité) et elle favorise l'humanisation des soins et l'autonomisation**

**5.3 Le processus d'intégration : des dynamiques variables selon les milieux**

Le tableau suivant présente la répartition des cas en fonction du degré de mise en oeuvre de trois principales dimensions de l'intégration, c'est-à-dire normative, fonctionnelle et clinique. L'intégration des soins n'a pas été retenue, celle-ci étant corrélée à l'intégration clinique. La position des cas est déterminée selon que leurs cotes respectives d'intégration se situent en dessous ou au-dessus de la cote médiane du groupe.

**Tableau 5 – Répartition des cas selon le degré de mise en oeuvre de l'intégration normative, fonctionnelle et clinique**



Intégration clinique :   $\geq$  médiane   $<$  médiane

Ces résultats illustrent en quelque sorte les différentes formes que prend le processus d'intégration dans les cas étudiés à la fin de la période d'observation. On note en premier lieu que les cas 1 et 4 se démarquent des autres. Ils ont réussi à développer une vision commune du projet et un climat de confiance, à créer des conditions pour encourager la coopération entre les professionnels, à constituer et à soutenir le fonctionnement en interdisciplinarité. À l'opposé, le cas 5 est celui qui semble avoir le plus de défis à relever. Malgré des moyens non négligeables consentis pour encourager les individus à coopérer, il semble que les processus d'intégration normative et clinique ne parviennent pas encore à s'enraciner dans ce milieu. Le cas 3 est parvenu, avec un minimum de moyens, (intégration fonctionnelle) à faire partager

une vision commune du réseau à l'interne et à développer un climat de confiance entre les professionnels (intégration normative) tout en réussissant à amener ces derniers à travailler en interdisciplinarité (intégration clinique). Le cas 2 se caractérise par des efforts importants consentis à l'intégration fonctionnelle dont une bonne part pour articuler l'hôpital avec sa communauté, et par les difficultés qu'il éprouve à l'interne à mobiliser les professionnels autour des nouvelles valeurs de coopération et à constituer une équipe clinique conforme au modèle préconisé.

Or, une diversité d'enjeux organisationnels semble influencer la position des hôpitaux au terme de l'étude. Parmi les « champions » (quadrant supérieur gauche, tableau 5) on retrouve l'hôpital régional. Cet établissement à vocation universitaire de grande taille a bénéficié de plus de ressources pour implanter le RCM dans son milieu. Son rôle de leader régional est imprégné dans les témoignages des intervenants : « Il faut montrer l'exemple ». Ces derniers jugent que le fonctionnement de l'équipe était insatisfaisant au point de départ et ils perçoivent avoir réalisé des progrès importants au plan de la coopération interprofessionnelle et avec les CLSC. L'autre « champion » est un hôpital jeune caractérisé par une culture d'innovation et d'intégration. Il est localisé en milieu semi-urbain et il est relativement éloigné de l'hôpital régional. De plus, il a son réseau de référence à l'extérieur de la région, vers Montréal. Des liens formels avec les CLSC et les organismes communautaires bénévoles étaient déjà bien établis avant le RCM et les professionnels de la clinique externe se disaient plutôt satisfaits de leur mode de fonctionnement. L'intervention régionale est venue formaliser le travail en interdisciplinarité mais a eu peu d'impact sur les collaborations CH-CLSC et avec l'hôpital régional.

Le cas 5 (quadrant inférieur droit, tableau 5), se caractérise par sa proximité avec l'hôpital régional, proximité qui a souvent créé des tensions entre les deux établissements sur les questions de répartition des spécialités. Cette situation a fait en sorte que le projet d'implantation du RCM n'a pas été bien accueilli dans ce milieu au point de départ. L'impact de l'intervention sur les liens CH-CLSC résulte de l'initiative sous-régionale de concertation alors que les changements au niveau de l'équipe locale ont été surtout portés par les soins infirmiers.

Le cas 3 (quadrant supérieur droit, tableau 5) est un hôpital communautaire de petite taille situé en milieu rural. Les liens avec les ressources communautaires pour la clientèle en oncologie étaient peu développés au point de départ et les intervenants percevaient travailler « en silos ». L'application des principes du PQLC est une question de survie dans cet hôpital, l'oncologue étant sur le point de prendre sa retraite sans possibilité de relève. L'impact de l'intervention s'est manifesté sur le développement de la coopération entre les professionnels et avec les CLSC malgré un investissement en ressources plus limité. L'oncologue est toutefois un promoteur de la vision dans l'hôpital et il participe à la gouverne régionale. Le cas 2 (quadrant inférieur gauche, tableau 5) est un hôpital communautaire de petite taille, localisé en milieu semi-rural. Les liens avec le milieu communautaire étaient bien établis au point de départ et ont été renforcés par le RCM. Il en était de même pour les professionnels formant l'équipe locale dont les échanges se concentraient sur les aspects cliniques de la prise en charge des malades. Des résistances importantes se sont manifestées envers les modalités concrètes d'implantation des IPO entraînant des retards dans la mise sur pied de l'équipe interdisciplinaire.

À priori, ces résultats suggèrent qu'un renforcement de l'intégration normative soit une condition essentielle à l'émergence de la coopération entre les professionnels, tous les cas ayant davantage réussi à ancrer un schéma de référence commun dans leur milieu montrent une intégration clinique supérieure. Or, cette relation n'est pas aussi simple. Force nous est de constater que les pratiques existantes influencent le degré d'adhésion ou de résistance des professionnels à la nouvelle philosophie d'intervention ainsi que l'importance des changements qui se produisent par la suite. De même, les pratiques professionnelles semblent se modifier dans la mesure où les gestionnaires fournissent des moyens et des appuis appropriés pour soutenir le développement de la coopération.

Les résultats suggèrent également que des conditions particulières à chacun des milieux influencent le degré de mise en œuvre du processus d'intégration et la dynamique du changement. Toutefois, aucune relation consistante n'émerge entre un facteur pris isolément et le degré de mise en œuvre de l'intégration localement. Manifestement, ces facteurs agissent en interaction dont les configurations ne peuvent être appréhendées adéquatement par la présente étude.



**En résumé :**

- **Les processus conduisant aux changements des pratiques professionnelles sont complexes et ils évoluent de manière circulaire au fil du temps.**
- **La nature et l'importance des changements apportés dans les pratiques professionnelles sont tributaires non seulement des pratiques existantes mais aussi des contextes et des enjeux prévalant dans les organisations dans lesquelles ils s'inscrivent.**
- **Peu importe les enjeux organisationnels, le développement de relations de confiance entre les professionnels apparaît un ingrédient fondamental à la coopération et aux changements dans les pratiques professionnelles.**

## 6. Conclusion

L'émergence du réseau intégré de soins et de services en oncologie de la Montérégie, une région perçue comme la plus avancée au Québec dans la mise en œuvre du Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLC)<sup>35</sup>, est attribuable à la présence de plusieurs conditions favorables. La gouverne a misé sur les professionnels pour amorcer le changement et sur diverses stratégies pour favoriser l'adoption de la nouvelle philosophie et pour soutenir les professionnels dans leurs efforts de coopération. Ces stratégies sont adaptées aux exigences d'implantation d'un mode d'intégration virtuelle de services qui repose essentiellement sur la bonne volonté des acteurs (et des organisations) à coopérer sans intégration administrative. Les changements des pratiques professionnelles et leur harmonisation passent par des processus d'apprentissage et de négociation : ces processus évoluent de manière circulaire au fil du temps et se sont traduits notamment par le développement d'une vision plus partagée du projet, par des appuis administratifs au développement des équipes interdisciplinaires, par la mise en place d'outils de coordination et par une modification graduelle de l'offre de soins dans le sens des attentes explicitées dans le PQLC.

Les résultats de ce projet de recherche confirment que le déploiement de réseaux de services intégrés est un processus très long et complexe, car il requiert la collaboration d'acteurs situés à différents niveaux du système de soins. Au terme de la période d'observation, il apparaît que d'autres composantes du modèle d'intégration de services restent à implanter dans un contexte où la lutte contre le cancer demeurera une préoccupation<sup>35</sup>. Entre autres, il sera question de développer et de mettre en place un comité régional de thérapies des tumeurs et de définir les corridors de services spécialisés. Cela étant dit, il importe pour la gouverne du Réseau cancer Montérégie de continuer à miser sur des dynamiques locales et d'éviter d'imposer un modèle unique.

## **7. Recherche ultérieure**

L'étude montre que l'approche volontariste appuyée par des stratégies de sensibilisation et de soutien a favorisé l'émergence du réseau et semble modifier l'offre de soins dans le sens des attentes du PQLC. Il sera toutefois opportun d'apprécier les bénéfices à plus long terme (réactivité, efficience) d'une telle approche.

Le développement de la coopération entre plusieurs partenaires professionnels et organisationnels implique une harmonisation des pratiques et des processus de négociations, d'ajustements mutuels et d'apprentissages qui demeurent encore mal connus. Il importera de consentir des efforts de recherche afin de mieux circonscrire comment ces processus se construisent au fil du temps et quels en sont les facteurs facilitants.

L'articulation de réseaux organisés par maladie à la première ligne constitue un enjeu de taille pour le système de soins. Il sera particulièrement opportun dans le cadre du déploiement de réseaux locaux de services d'apprécier comment et sous quelles conditions ces lignes de services peuvent s'articuler pour répondre aux besoins des personnes atteintes de conditions chroniques.

## Références

1. Comité consultatif sur le cancer (1997). *Programme québécois de lutte contre le cancer. Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*. Québec : Gouvernement du Québec (Ministère de la Santé et des Services sociaux).
2. Sullivan, T., Dobrow, M., Thompson, L. & Hudson, A. (2004). « Reconstructing Cancer Services in Ontario », *Healthcare Papers*, 5 (1), 69-80.
3. Leatt, P., Pink, G.H. & Guerriere, M. (2000). « Towards a Canadian Model of Integrated Healthcare », *Healthcare Papers*, 1 (2), 13-35.
4. Leatt, P., Pink, G.H. & Naylor, D. (2000). « Integrated Delivery Systems : Has their time come in Canada », *Canadian Medical Association Journal*, 154 (6), March 15, 803-809.
5. Marriott, J. & Mable, A.L. (2000). « Integrated Health Organizations in Canada: Developing the Ideal Model », *Healthcare Papers*, 1 (2), 76-87.
6. Shortell, S.M., Gillies, R.R., Anderson, D.A., Mitchell, J.B. & Morgan, K. (1993). « Creating organized delivery systems : the barriers and facilitators », *Hospitals & Health Services Administration*, 38 (4), 447-467.
7. Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie (2004). *Pour un projet local d'intervention avec de l'impact sur la santé de la population (document de discussion)*. Longueuil : ADRLSSSS Montérégie (juin).
8. Denis, J.-L., Champagne, F. (1990). « L'analyse de l'implantation : modèles et méthodes », *La revue canadienne d'évaluation de programme*, 5, 47-67.
9. Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., Touati, N. & Rodriguez, R. (2001). « Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 8 (2), 38-52.
10. Pointer, D.D., Alexander, J.A. & Zuckerman, H.S. (1995). « Loosening the Gordian Knot of Governance in Integrated Health care Delivery Systems », *Frontiers of Health Services Management*, 11 (3), 3-52.
11. Denis, J.-L., Lamothe, L. & Langley, A. (2001). « The Dynamic of Collective Leadership and Strategic Change in Pluralistic Organizations. », *Academy of Management Journal*, 44(4), 809-837.
12. Shortell, S.M., Waters T.M., Clarke K.W.B. & Budetti P.P. (1998). « Physicians as Double Agents. Maintaining Trust in an Era of Multiple Accountabilities », *JAMA*, 280 (12), 1102-1108.
13. Lamothe, L. (2002). « La recherche de réseaux de services intégrés : un appel à un renouveau de la gouverne », *Gestion*, 27 (3), 23-30.

14. Kaluzny, A.D., Zuckerman, H.S. & Rabiner, D.J. (1998). « Interorganizational factors affecting the delivery of primary care to older American », *Health Services Research*, 33 (2), 381-401.
15. Mitchell, S.M. & Shortell, S.M. (2000). « The Governance and Management of Effective Community Health Partnerships : a Typology for Research, Policy and Practice », *The Milbank Quarterly*, 78 (2), 241-289.
16. Weiner, B.J., Alexander, J.A. & Zuckerman, H.S. (2000). « Strategies for effective management participation in community health partnerships », *Health Care Management Review*, 25 (3), 48-66.
17. McKinney, M.M., Morrissey, J.P. & Kaluzny, A.D. (1993). « Interorganizational exchanges as performance markers in a community cancer network », *Health Services Research*, 28 (4), 459-478.
18. Shortell, S.M., Gillies, D.A., Anderson, D.A., Erickson, K.M. & Mitchell, J.B. (2000). « Integrating health care delivery », *Healthcare Forum Journal*, 43 (6), 35-39.
19. Shortell, S.M., Gillies, R.R., Anderson, D.A., Erickson, K.M. & Mitchell, J.B. (1996). *Remaking Health Care in America : Building Organized Delivery Systems*. San Francisco : Jossey Bass Publishers
20. Wickizer, B.J., Wagner, E., Cheadle, A., Pearson, D., Beery, W., Maeser, B., Maeser, J., Patsy, B., VonKorff, M., Koepsell, T., Diehr, P. & Perrin, E.B. (1998). « Implementation of the Henry J. Kaiser Family Foundation's Community Health Promotion Grant Program : a Process Evaluation », *Milbank Quarterly*, 76 (1), 121-147.
21. Lasker, R.D., Weiss, E.S. & Miller, R. (2001). « Partnership synergy : a practical framework for studying and strengthening the collaborative advantage », *Milbank Quarterly*, 79 (2), 179-205.
22. Quinn, J.B., Anderson P. & Finkelstein S. (1996). « Managing Professional Intellect: Making the Most of the Best. » *Harvard Business Review*, (March-April), 71-80.
23. Longest, B.B. Jr. (1998). « Managerial competence at senior levels of integrated delivery systems », *Journal of Healthcare Management*, 43 (2), 115-135.
24. Conrad, D. A. & Shortell S.M. (1996). « Integrated health systems: promise and performance », *Frontiers of Health Services Management*, 13 (1) 3-40; discussion 57-8.
25. Shortell, S.M., Gillies, R.R., Anderson, D.A., Mitchell, J.B. & Morgan, Karen (1993). « Creating organized delivery systems : the barriers and facilitators », *Hospitals & Health Services Administration*, 38 (4), 447-467.
26. Leggat, S.G. & Leatt P. (1997). « Cadre d'évaluation du rendement des systèmes de prestation de services de santé intégrés », *Healthcare management FORUM Gestion des soins de santé*, 10 (1), 19-26.

27. Hutchens, G. C. (1994). « Differentiated Interdisciplinary Practice », *Journal of Nursing Administration*, 24, 52-58.
28. Ackerman, F.K. (1992). « The movement toward vertically integrated regional health systems », *Health Care Management Review*, 17 (3), 81-88.
29. Provan, K.G. & Milward, H.B. (1995). « A Preliminary Theory of Interorganizational Network Effectiveness : A Comparative Study of Four Community Mental Health Systems », *Administrative Science Quarterly*, 40, 1-33.
30. Schoefield, R.F. & Amodeo, M. (1999). « Interdisciplinary teams in health care and human services setting : are they effective? », *Health & Social Work*, 24 (3), 210-219.
31. D'Amour, D., Sicotte, C. & Levy, R. (1999). « L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé », *Sciences Sociales et Santé*, 17 (3), 67-93.
32. Patton, M.Q. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods*. Newbury Park (California) : Sage Publications.
33. Yin, R. K. (1994). *Case study research : design and methods (2<sup>nd</sup> edition)*. Thousand Oaks : sage publications.
34. Comtois, E., Roberge, D., Denis, J.-L., Cazale, L., Pineault, R., Latreille, J., Touati, N. (2003). *Bilan de l'expérience des infirmières pivots en oncologie de la Montérégie, 2001-2003; Un nouveau rôle dans un réseau en émergence*. Greenfield Park : Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoyné et Groupe de recherche interdisciplinaire en santé.
35. Centre de coordination de la lutte contre le cancer au Québec (2003). *La lutte contre le cancer dans les régions du Québec : un premier bilan*. Québec : Gouvernement du Québec (Ministère de la Santé et des Services sociaux).
36. Barber, J.B., Koch, K.E., Parente, D., Mark, J. & Davis K.M. (1998). « Evolution of an integrated health system: A life cycle framework », *Journal of Healthcare Management*, 43(4), 359-77.

## **ANNEXE 1**

### **CARACTÉRISTIQUES DES CAS**

Tableau A – Caractéristiques des cas

	<b>Cas 1</b>	<b>Cas 2**</b>	<b>Cas 3</b>	<b>Cas 4</b>	<b>Cas 5</b>
<b>Taille *</b>	grande	petite	petite	grande	grande
<b>Localisation géographique</b>	urbaine	semi-urbaine	semi-urbaine	semi-urbaine	urbaine
<b>Fragilité des ressources spécialisées en oncologie</b>	non	oui	oui	non	oui

\* Grande :  $\geq 250$  lits ; Petite :  $< 250$  lits

\*\* La région de référence de ce cas pour les services spécialisés diffère de celle des autres.



## **ANNEXE 2**

### **EXEMPLE D'UNE GRILLE D'ENTREVUE UTILISÉE**

## Grille d'entrevue PROFCH - (printemps 2003)

Numéro d'entrevue : _____	Date : _____
Cas à l'étude : <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	
Répondant (type) : <input type="radio"/> CH <input type="radio"/> CLSC : _____	
Formulaire de consentement : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Durée : _____

**Objectif 1 : Documenter l'adhésion des établissements et des individus à la philosophie du Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLC)**

---

1. Quelles sont, selon vous, la vision et la philosophie du RCM? À quel égard sont-elles en lien avec les vôtres pour l'oncologie?
2. Connaissez-vous le déploiement du RCM et ses implications dans votre milieu et sur vos activités?
3. Vous sentez-vous mobilisé(e) et engagé(e) au niveau local dans l'implantation du RCM?
4. Considérez-vous que le RCM offre une valeur ajoutée aux patients et/ou professionnels en oncologie? Expliquez.
5. Croyez-vous que les démarches actuelles du RCM sont adéquates pour améliorer les soins et les services en oncologie pour les patients de la Montérégie? Pourquoi?

**Objectif 2 : Documenter le travail accompli par les paliers de gouverne locale et régionale pour l'implantation du réseau**

---

6. La direction de l'hôpital apporte-t-elle un appui et un soutien dans l'implantation du RCM dans votre milieu? Si oui, de quelle nature? (souplesse dans l'organisation du travail, disponibilité des locaux, etc.)
7. Croyez-vous que la gouverne du RCM a su mettre de l'avant un leadership convaincant pour les professionnels du RCM (comités de professionnels, cliniciens...)?
8. Connaissez-vous la structure de gouverne du RCM? (montrer schéma)
9. Croyez-vous que la composition des comités de la gouverne régionale du RCM (comités directeur, régional, planification) reflète les intérêts des groupes qu'on veut inclure dans le RCM (professionnels, médecins...)? Expliquez.
10. Jugez-vous que le RCM dispose des ressources humaines, financières et matérielles requises pour fonctionner adéquatement en tout et en partie? Expliquez.
11. D'après vous, les gestionnaires de votre établissement disposent-ils des habiletés et des connaissances requises pour la bonne marche du réseau intégré? (p. ex. : organisation et encadrement du travail en équipe) Expliquez.

**Objectif 3 : Documenter la nature et l'intensité des liens de collaboration interprofessionnelle dans les hôpitaux : étudier le travail en équipe multidisciplinaire locale, de même que l'intégration et le fonctionnement des intervenants pivots en oncologie**

---

12. Selon vous, le fonctionnement des équipes d'oncologie s'apparentait-il déjà aux orientations du PQLC avant les démarches d'implantation du RCM?

### Grille d'entrevue PROFCH – (printemps 2003), suite

13. Croyez-vous que le fonctionnement des équipes d'oncologie était satisfaisant avant les démarches d'implantation du RCM?
14. D'après vous, l'implantation du RCM a-t-elle changé l'organisation du travail de l'équipe en oncologie? (utilité, tensions, valeur ajoutée, partage des tâches, etc.)
15. Comment qualifieriez-vous le processus d'intégration de l'intervenant pivot en oncologie dans votre établissement? (durée, changement, utilité, tensions, valeur ajoutée, etc.)
16. Selon vous, le fonctionnement de l'IPO ici s'apparente-t-il aux orientations privilégiées par le RCM? Expliquez.
17. L'équipe d'oncologie s'est-elle constitué un système pour colliger des informations, des indicateurs et des standards pour faciliter son évaluation?
18. L'équipe d'oncologie dispose-t-elle de moyens formels et communs pour que ses membres partagent l'information dont ils disposent
19. L'information concernant les patients en oncologie est-elle transmise rapidement et de façon efficace entre les membres de l'équipe d'oncologie
20. Selon vous, les activités de l'équipe font-elle en sorte de répondre pleinement aux besoins des patients? (évaluations préliminaires, diffusion d'info, suivi, etc.)
21. Les membres de l'équipe d'oncologie montrent-ils un intérêt pour le travail en équipe interdisciplinaire? Expliquez.
22. Sentez-vous que les membres de l'équipe interdisciplinaire partagent une confiance mutuelle? Expliquez.
23. Trouvez-vous que l'équipe d'oncologie fait preuve d'idées innovatrices dans la recherche de solutions pour les patients?

#### **Objectif 4 : Documenter la nature et l'intensité des liens de collaboration interorganisationnelle verticale : au niveau local (CH-CLSC) et au niveau régional (intentions)**

---

24. Connaissez-vous les services offerts par les ressources communautaires pour la clientèle en oncologie? En reconnaissez-vous les compétences? Et les professionnels et médecins de votre établissement?
25. Avez-vous l'impression qu'on prend en considération les réalités de votre établissement dans l'élaboration des règles du RCM? (taille et contexte de l'établissement, relations et initiatives existantes pour l'oncologie, etc.) Expliquez.

## **ANNEXE 3**

**Processus d'appréciation de degré de mise en œuvre  
des dimensions de l'intégration dans les cas étudiés**

## **Degré de mise en œuvre des dimensions de l'intégration**

### **Description de la méthode**

Dans le cadre de cette étude, nous avons élaboré une procédure rigoureuse pour apprécier le degré de mise en œuvre de l'intégration normative, fonctionnelle et clinique dans chacun des cas étudiés. Dans un premier temps, les indicateurs des dimensions de l'intégration normative, fonctionnelle et clinique ont été définis ainsi que les catégories de réponses s'y rapportant (voir tableaux B à H joints à l'annexe 3). Ces définitions émergent des différentes sources de données utilisées dont les comptes rendus exhaustifs d'entrevues, les comptes rendus d'observations de rencontres et les données administratives. Ce matériel a permis de construire ensuite les grilles de codification du degré de mise en œuvre dont un exemple est joint à cette annexe. Deux évaluateurs (membres de l'équipe de recherche) ont procédé à l'évaluation de chacun des cas à l'étude en utilisant les données pertinentes (ex : verbatims d'entrevues) et en complétant les grilles de codification de chacun des hôpitaux de façon indépendante. Une mise en commun des évaluations a ensuite permis d'identifier les zones de concordances et d'établir un consensus sur les évaluations discordantes. L'exercice a permis de conclure que la concordance intercodeur était relativement élevée.

Les chefs de service des cliniques externes d'oncologie ont ensuite été invités à valider les résultats obtenus pour leur propre établissement. Le choix de ces répondants exerçant des fonctions à la fois cliniques et administratives reposait sur leur vision assez globale de la réalité de leur établissement. Accompagnés de consignes claires quant au travail de validation demandé, les résultats par hôpital ont été acheminés par courrier à chacun des répondants. Leurs commentaires ont été recueillis par le biais d'une entrevue téléphonique conduite par un membre de l'équipe de recherche. Cette démarche de validation montre que les évaluations du degré de mise en œuvre réalisées par l'équipe de recherche sont en général conformes aux réalités perçues dans les milieux. Seuls quelques résultats discordants ont été rapportés. Chacun a entraîné une révision de nos choix initiaux.

La dernière étape du processus consistait à attribuer une cote à chaque indicateur. La cote accordée varie de 0 à 1 avec une classe intermédiaire équivalente à 0,5 lorsque l'item a trois catégories de réponse. Une cote de 1 correspond à un plus haut niveau d'intégration. La cote totale par dimension correspond à la somme des cotes de chaque indicateur : chacun ayant un poids équivalent.

Tableau B – Liste des indicateurs de l'intégration normative et définitions

Indicateurs	Définition	Cote	Catégories
Vision du RCM	Perception qu'ont les répondants de la vision véhiculée par le RCM	1 0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Vision partagée</u> : lorsque plusieurs éléments du RCM sont rapportés par la plupart des répondants.</li> <li>• <u>Vision peu partagée</u> : lorsque plusieurs éléments du RCM sont rapportés mais par un nombre limité de groupes de répondants.</li> </ul>
Engagement des médecins dans le RCM	Engagement envers l'implantation du RCM tel que déclaré par les médecins interrogés	1 .5 0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Engagement partagé</u> : lorsque la majorité des médecins interrogés se disent engagés/impliqués dans l'implantation du RCM.</li> <li>• <u>Engagement partiel</u> : lorsqu'une part seulement des médecins interrogés se dit engagée/impliquée dans l'implantation du RCM.</li> <li>• <u>Engagement absent</u> : lorsque aucun médecin ne se sent engagé dans l'implantation du RCM.</li> </ul>
Engagement des professionnels dans le RCM	Engagement envers l'implantation du RCM tel que déclaré par les professionnels interrogés	1 .5 0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Engagement partagé</u> : lorsque la majorité des professionnels interrogés se disent engagés/impliqués dans l'implantation du RCM.</li> <li>• <u>Engagement partiel</u> : lorsqu'une part seulement des professionnels interrogés se dit engagée/impliquée dans l'implantation du RCM.</li> <li>• <u>Engagement absent</u> : lorsque (à part l'IPO) aucun professionnel ne se sent engagé dans l'implantation du RCM.</li> </ul>
Intérêt pour le travail en équipe	Perception qu'ont les répondants de l'intérêt des autres professionnels à travailler en équipe	1 0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Intérêt partagé</u> : lorsque la plupart des répondants voient chez leurs collègues de l'intérêt envers le travail en équipe.</li> <li>• <u>Intérêt partiel</u> : lorsque les répondants considèrent que l'intérêt envers le travail en équipe n'est pas partagé entre les collègues.</li> </ul>
Confiance interprofessionnelle	Perception qu'ont les répondants de la confiance existante entre les professionnels de l'équipe	1 0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Plutôt bonne</u> : lorsque la plupart des répondants jugent que la confiance interprofessionnelle est bonne.</li> <li>• <u>Plutôt faible</u> : lorsque la plupart des répondants jugent que la confiance interprofessionnelle est faible ou absente.</li> </ul>
Confiance inter-organisationnelle CH-CLSC	Confiance exprimée par les répondants envers la compétence des services en oncologie du CLSC.	1 0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Plutôt bonne</u> : lorsque la plupart des répondants jugent que la compétence des CLSC est bonne.</li> <li>• <u>Plutôt faible</u> : lorsque la plupart des répondants jugent que la compétence du CLSC est faible.</li> </ul>

Tableau C – Liste des indicateurs de l'intégration fonctionnelle et définitions

Indicateurs	Définition	Cote	Catégories
Appui administratif	Perception qu'ont les répondants de la diversité des sources d'appui et des moyens mis en place pour implanter le RCM.	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Appui important</u> : tous les niveaux d'appui (DG-DSP/DSI-chef de service) sont impliqués et plusieurs moyens sont rapportés.</li> </ul>
		.5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Appui mitigé</u> : les niveaux d'appui (DSI/chef de service) et les moyens sont limités.</li> </ul>
		0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Appui nul</u> : aucun niveau d'appui n'est ressenti et peu de moyens sont rapportés.</li> </ul>
Participation à la formation en oncologie	Efforts consentis par l'hôpital pour favoriser la participation des infirmières aux formations en oncologie	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Élevés</u></li> </ul>
		.5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Moyens</u></li> </ul>
		0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Faibles ou nuls</u></li> </ul>
Participation à la formation sur l'interdisciplinarité	Efforts consentis par l'hôpital pour favoriser la participation des membres de l'équipe d'oncologie (autre que les infirmières) à l'interdisciplinarité.	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Élevés</u></li> </ul>
		.5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Moyens</u></li> </ul>
		0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Faibles à nuls</u></li> </ul>
Stabilité de l'équipe d'oncologie	Mise en place de moyens pour améliorer la stabilité des professionnels oeuvrant au sein de l'équipe d'oncologie.	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Oui</u> : mise en place d'au moins un moyen (ex : hausse heures soins chimio, réduction des rotations de personnel)</li> </ul>
		0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Non</u> : aucun moyen mis en place.</li> </ul>
Ajout de ressources IPO	Mise en place de ressources additionnelles d'intervenants pivots.	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Oui</u> : ajout d'heures ou de nouvelle ressource.</li> </ul>
		0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Non</u> : aucune ressource additionnelle consentie.</li> </ul>
Approche de gestion	Mise en place de stratégie(s) favorable(s) à une structuration du programme d'oncologie.	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Oui</u> : mise en place d'au moins une stratégie (planification stratégique, rattachement de l'oncologie au programme de médecine, mise sur pied d'un programme d'oncologie).</li> </ul>
		0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Non</u> : aucune activité.</li> </ul>
Participation du CH aux comités de la gouverne	Participation d'au moins un représentant du CH à un comité de gouverne régionale.	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Oui</u></li> </ul>
		0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Non</u></li> </ul>
Participation des CLSC à des formations en oncologie	Participation du personnel du CLSC à des formations en oncologie dont le contenu est harmonisé avec le réseau	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Oui</u> : participation à des formations régionales, journée de rencontre de réseaux locaux.</li> </ul>
		0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Non</u> : aucune activité.</li> </ul>
Planification stratégique inter établissements (CH-CLSC)	Efforts consentis pour coordonner la planification stratégique des établissements en oncologie	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Oui +</u> : lorsque au moins un nouveau mécanisme est implanté (comité inter établissement, coordonnateur, conseillers au dg).</li> </ul>
		.5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Oui</u> : lorsque le seul mécanisme implanté est construit à partir des structures déjà en place.</li> </ul>
		0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Aucun</u></li> </ul>
Participation des CLSC aux comités de la gouverne du réseau	Participation d'au moins un représentant du CLSC à un comité de gouverne régionale.	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Oui</u></li> </ul>
		0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Non</u></li> </ul>



Tableau D – Liste des indicateurs de l'intégration clinique des équipes et définitions

Indicateurs	Définition	Cote	Catégories
Présence des médecins aux rencontres de l'équipe interdisciplinaire	Présence régulière ou non d'au moins un oncologue aux rencontres de l'équipe interdisciplinaire	1 0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Oui</u></li> <li>• <u>Non</u></li> </ul>
Composition de l'équipe interdisciplinaire	Rapprochement de la composition de l'équipe en regard du modèle préconisé. <sup>1</sup>	1 .5 0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Assez proche</u> : plus de 50 % des types de professionnels identifiés composant l'équipe.</li> <li>• <u>Éloignée</u> : moins de 50 % des types de professionnels identifiés composant l'équipe.</li> <li>• <u>Aucune</u> : il n'y a d'autres membres que le tandem infirmières/médecins.</li> </ul>
Outils de coordination	Implantation d'outils de suivi clinique, de profils de patients, de références de patients depuis l'arrivée de l'IPO / depuis l'implantation du RCM.	1 0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Oui</u> : nouveaux outils implantés.</li> <li>• <u>Non</u> : pas de nouveaux outils implantés .</li> </ul>
Outils (aide à l'intervention)	Mise en place ou non d'outils de standardisation des pratiques professionnelles	1 .5 0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Oui +</u> : normes de soins et protocoles cliniques.</li> <li>• <u>Oui</u> : normes ou protocoles.</li> <li>• <u>Non</u> : aucun.</li> </ul>
Dispositifs organisationnels			
• Réunions d'équipe	Présence de réunions régulières de l'équipe interdisciplinaire au printemps/été 2003.	1 0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Oui</u></li> <li>• <u>Non</u></li> </ul>
• Gestion des urgences oncologiques	Étendue de la couverture des urgences oncologiques.	1 .5 0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Totale</u> : semaine/fin de semaine (jour, soir, nuit)</li> <li>• <u>Partielle (1)</u> : semaine/fin de semaine (jour seulement)</li> <li>• <u>Partielle (2)</u> : semaine (jour seulement)</li> </ul>
Intégration des infirmières pivots en oncologie (IPO)	Perception de l'IPO de la facilité selon laquelle elle a été intégrée dans son milieu.	1 .5 0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Facile</u> : lorsque L'IPO dit que son intégration a été globalement assez facile.</li> <li>• <u>Plus ou moins facile</u> : lorsque l'IPO dit que son intégration a été partagée entre des phases faciles/difficiles.</li> <li>• <u>Difficile</u> : lorsque l'IPO dit que son intégration a été globalement assez difficile.</li> </ul>
Formalisation explicite des rôles	Définition formelle des rôles de chacun des membres de l'équipe interdisciplinaire réalisée à l'automne 2003.	1 0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Oui</u></li> <li>• <u>Non</u></li> </ul>
Articulation de l'équipe avec les CLSC de la région	Efforts consentis par les organisations pour coordonner des activités cliniques en oncologie.	1 .5 0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Oui +</u> : lorsque plus d'un mécanisme de coordination est implanté (p. ex. : formalisation des rôles cliniques, protocoles cliniques communs).</li> <li>• <u>Oui</u> : lorsqu'un seul mécanisme est implanté.</li> <li>• <u>Non</u> : aucun mécanisme n'est implanté.</li> </ul>

<sup>1</sup> Source : Bertrand, C., Champagne, M., Ouellet, H., Samson, A., Tran, U.,(2003). Le continuum de services aux personnes atteintes de cancer et leurs proches; les équipes locales et régionales. Québec. MSSS (Direction générale des services de santé et de médecine universitaire)

Tableau E – Grille de codification : Intégration normative

Cas à l'étude : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Codeur : <u>(votre nom)</u> Date : <u>(jj/mois/année)</u>
---

Indicateurs	Catégories	Commentaires
Vision du RCM	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vision partagée <input type="checkbox"/></li> <li>• Vision peu partagée <input type="checkbox"/></li> </ul>	<hr/> <hr/> <hr/>
Engagement des médecins dans le RCM	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Engagement partagé <input type="checkbox"/></li> <li>• Engagement partiel <input type="checkbox"/></li> <li>• Engagement absent <input type="checkbox"/></li> </ul>	<hr/> <hr/> <hr/>
Engagement des professionnels dans le RCM	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Engagement partagé <input type="checkbox"/></li> <li>• Engagement partiel <input type="checkbox"/></li> <li>• Engagement absent <input type="checkbox"/></li> </ul>	<hr/> <hr/> <hr/>
Intérêt pour le travail en équipe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intérêt partagé <input type="checkbox"/></li> <li>• Intérêt partiel <input type="checkbox"/></li> </ul>	<hr/> <hr/>
Confiance interprofessionnelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plutôt bonne <input type="checkbox"/></li> <li>• Plutôt faible <input type="checkbox"/></li> </ul>	<hr/> <hr/>
Confiance inter-organisationnelle CH-CLSC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plutôt bonne <input type="checkbox"/></li> <li>• Plutôt faible <input type="checkbox"/></li> </ul>	<hr/> <hr/>

## RÉSULTATS DE LA MISE EN ŒUVRE DE L'INTÉGRATION

**Tableau F – Cote par indicateur et cote totale pour la mise en œuvre de l'intégration normative dans chacun des cas**

Indicateurs	Cote par cas				
	Cas 1	Cas 2	Cas 3	Cas 4	Cas 5
Vision partagée	1	1	1	1	0
Engagement des médecins	.5	.5	1	.5	0
Engagement des professionnels	1	0	1	.5	.5
Intérêt pour le travail en équipe	1	0	1	1	0
Confiance interprofessionnelle	1	1	1	1	1
Confiance interorganisationnelle (CH-CLSC)	1	1	1	1	1
<b>Total</b>	<b>5.5</b>	<b>3.5</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>2.5</b>

**Tableau G – Cote par élément constitutif et cote totale pour la mise en œuvre de l'intégration fonctionnelle dans chacun des cas**

Indicateurs	Cote par cas				
	Cas 1	Cas 2	Cas 3	Cas 4	Cas 5
Appui administratif	1	.5	.5	1	.5
Formation en oncologie	1	1	.5	1	.5
Formation en interdisciplinarité	1	1	0	.5	1
Stabilisation de l'équipe	1	1	1	1	1
Ajout de ressources infirmières pivots en oncologie	1	0	0	1	0
Implantation de stratégie(s) de structuration	1	1	0	1	0
Participation du CH à la gouverne	1	1	1	1	0
Formation en oncologie pour les CLSC	1	1	0	1	1
Activités de planification stratégique CH-CLSC	1	1	.5	.5	1
Participation des CLSC à la gouverne du RCM	1	0	0	0	1
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>7.5</b>	<b>3.5</b>	<b>8</b>	<b>6</b>

**Tableau H – Cote par indicateur et cote totale pour la mise en œuvre de l'intégration clinique dans chacun des cas**

Indicateurs	Cote par cas				
	Cas 1	Cas 2	Cas 3	Cas 4	Cas 5
Tenue de réunions d'équipe interdisciplinaire	1	0	1	1	1
Présence des médecins aux réunions d'équipe	0	0	1	1	0
Diversité des professionnels au sein de l'équipe	1	.5	1	1	.5
Outils de coordination des soins	1	1	1	1	1
Outils d'aide à la décision	1	0	.5	1	.5
Gestion des urgences oncologiques	1	.5	.5	1	.5
Insertion de l'infirmière pivot dans l'équipe	1	.5	1	1	0
Formalisation des rôles	1	1	0	0	0
Articulation de l'équipe avec le(s) CLSC	1	1	.5	1	1
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>4.5</b>	<b>6.5</b>	<b>8</b>	<b>4.5</b>

## **ANNEXE 4**

# **APPRÉCIATION DES PROCESSUS DE PRISE EN CHARGE PAR LES INFIRMIÈRES PIVOTS ET LES ÉQUIPES**

### Définitions des dimensions de la qualité des processus de prise en charge

L'appréciation de l'intégration des soins s'est penchée sur des dimensions du processus de prise en charge des malades suivis par les infirmières pivots et par les équipes interdisciplinaires dans les cliniques externes des hôpitaux participants. Les dimensions retenues sont celles qui sont préconisées par le PQLC<sup>1</sup>. Voici une brève définition pour chacune des dimensions retenues.

**Accessibilité :** L'accessibilité désigne la facilité ou la difficulté d'entrer en contact avec les services de santé<sup>2</sup>. Une ressource (ou un service) existante peut être inaccessible à une proportion de la clientèle, soit parce qu'elle en est trop éloignée (accessibilité géographique), soit parce que des barrières socio-économiques et organisationnelles empêchent le client d'accéder au service (accessibilité socio-organisationnelle).

**Autonomisation ou participation de l'utilisateur et de sa famille :** Par autonomisation, nous entendons la reconnaissance de la capacité de la personne à faire des choix conscients et à agir de manière délibérée dans les changements qui concernent sa santé et son bien-être<sup>3</sup>.

**Continuité :** La continuité des soins, c'est la façon dont les soins sont vécus par un patient comme cohérents et reliés dans le temps. Cet aspect des soins est le résultat d'un bon transfert de l'information, de bonnes relations interpersonnelles et d'une coordination des soins. Il y a trois types de continuité<sup>4</sup>:

- la **continuité informationnelle** : c'est l'utilisation de l'information sur des événements et des circonstances antérieures dans le but d'adapter les soins courants au patient et à son mal
- la **continuité relationnelle** : désigne une relation thérapeutique suivie entre un patient et un ou plusieurs soignants
- la **continuité d'approche** : c'est la prestation de services complémentaires et opportuns dans le cadre d'un plan d'intervention commun. C'est la continuité qui veille à ce que les soins reçus de différents intervenants soient reliés de façon cohérente. Cela désigne la prestation de types de soins dans le temps de sorte qu'ils se complètent et que les services nécessaires ne soient ni manqués, ni répétés, ni mal synchronisés.

**Globalité des soins :** La globalité de la prise en charge s'apparente au degré de couverture aux besoins des personnes. Dans une perspective systémique, l'ensemble des besoins (bio-psycho-social-spirituel) des personnes sont considérées. Ainsi la globalité réfère à la sensibilité des services à reconnaître l'ensemble des besoins diversifiés des personnes<sup>5</sup>.

**Humanisation des soins :** L'humanisation des soins concerne notamment la façon dont les soins sont donnés : l'attitude, le respect et la dignité<sup>3</sup>.

**Références**

1. Comité consultatif sur le cancer (1997). *Programme québécois de lutte contre le cancer. Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*. Québec : Gouvernement du Québec (Ministère de la Santé et des Services sociaux).
2. Pineault, R., Daveluy, C. (1986). *La planification de la santé : Concepts, méthodes et stratégies*. Montréal : Agence d'Arc Inc., pages 358 et suivantes.
3. Parse, R.R. (2003). *L'humain en devenir : nouvelle approche du soin et de la qualité de vie*. De Boeck Université.
4. Reid, R., Haggerty, J. & McKendry, R. (2002). *Dissiper la confusion : Concepts et mesures de la continuité des soins*. Rapport de recherche soumis à la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.([http://www.chsrf.ca/final\\_research/ogc/pdf/haggerty\\_f.pdf](http://www.chsrf.ca/final_research/ogc/pdf/haggerty_f.pdf))
5. Starfield, B.H. (1998). *Primary Care : Balancing Health Needs, Services and Technology*. New York : Oxford University Press.

## **LA VIGNETTE**

Afin d'apprécier les pratiques actuelles et courantes des équipes locales d'oncologie, une vignette a été élaborée en collaboration avec des experts cliniques du RCM puis elle a été pré-testée auprès d'une équipe locale de la Montérégie qui ne fait pas partie des cas à l'étude. La vignette décrit une évolution « type » de la condition clinique et psychosociale d'un homme de 58 ans atteint d'un cancer du rectum diagnostiqué et suivi à la clinique externe d'un hôpital. La vignette se concentre sur les phases de traitement actif et de suivi par les équipes des cliniques externes des centres hospitaliers, excluant ainsi la phase de soins palliatifs au cours de laquelle ces équipes interviennent peu en général. Ces étapes sont :

### **Introduction : première hospitalisation**

**Étape 1** : prise en charge par la clinique externe

**Étape 2** : détérioration

**Étape 3** : colostomie

**Étape 4** : phase pré-palliative

Les membres de l'équipe interdisciplinaires en oncologie sont interrogés sur les quatre étapes de la vignette. L'introduction constitue, à titre informatif, une mise en situation décrivant une hospitalisation précédant la prise en charge par l'équipe interdisciplinaire.

### **Introduction : première hospitalisation**

#### Description :

Monsieur Gauthier a 58 ans et est propriétaire d'une entreprise de recouvrement de toitures. Marié depuis trente-cinq ans, il a trois enfants âgés respectivement de 34, 30 et 27 ans. M. Gauthier se présente à l'urgence d'un hôpital de la Montérégie avec des symptômes d'hémorragie rectale en février 2001. Plusieurs examens sont amorcés lors de son séjour de 72 heures à l'urgence. Il est ensuite hospitalisé au département de « médecine chirurgie ». Suite à un diagnostic de cancer du rectum stade 3 (T<sub>3</sub>N<sub>1</sub>M<sub>0</sub>), le chirurgien<sup>1</sup> pratique une résection

---

<sup>1</sup> Tout dépendant du milieu, ce sera soit un chirurgien soit un chirurgien gastro-entérologue.

antérieure basse du rectum avec excision totale du mésorectum. M. Gauthier obtient ensuite son congé de l'hôpital. Il a un rendez-vous à la clinique d'oncologie trois semaines plus tard.

### **Étape 1 : prise en charge par la clinique externe**

#### Description :

M. et Mme Gauthier se présentent à la clinique d'oncologie le 27 mars 2001 pour rencontrer l'oncologue. Les traitements pour la période postopératoire de M. Gauthier sont planifiés : ceux-ci vont s'étaler du printemps à la fin du mois d'août 2001. Ils débutent par deux séries de traitements de chimiothérapie de 5FU. Puis en mai, M. Gauthier reçoit conjointement des traitements de radiothérapie, d'une durée de six semaines, et de chimiothérapie de 5FU avec une pompe à infusion continue à domicile<sup>2</sup>. La radiothérapie est dispensée dans un centre de radiothérapie d'un centre hospitalier universitaire de Montréal. M. Gauthier a besoin d'aide pour ses déplacements à Montréal. Il ne veut pas déranger ses enfants qui sont déjà bien occupés de leur côté. Il fuit également les discussions sur sa maladie avec son épouse. Par ailleurs, M. Gauthier veut continuer de s'occuper de son entreprise et il planifie des contrats durant cette période.

#### Questions :

1. Est-ce que votre équipe aurait accès aux informations contenues dans la description de cette étape ? Et dans l'affirmative, comment ?
2. Dans la pratique courante, pouvez-vous indiquer les actions que l'équipe locale en oncologie entreprend pour M. Gauthier ?
3. Dans un monde idéal, pouvez-vous indiquer les actions que l'équipe locale en oncologie entreprendrait pour M. Gauthier ?

---

<sup>2</sup> Les traitements de radiothérapie prennent fin en juin alors que ceux de chimiothérapie se poursuivent jusqu'à la fin du mois d'août.



## **Étape 2 : détérioration**

### Description :

En mars 2002, lors de sa coloscopie annuelle, M. Gauthier apprend par son oncologue que la maladie progresse rapidement. En effet, le médecin note une obstruction à 50 % du côlon. En discutant avec le couple, l'oncologue apprend que, malgré les suggestions répétées de son épouse qui s'inquiétait de sa fatigue et de ses douleurs, M. Gauthier a refusé de consulter pour discuter de ses symptômes. De plus, lors de ses visites à la clinique externe<sup>3</sup>. Il n'osait pas demander une médication puisqu'il désirait demeurer chez lui. Il s'exprimait peu et répondait vaguement aux questions sur la douleur.

### Questions :

1. Dans la pratique courante, pouvez-vous indiquer les actions que l'équipe locale en oncologie entreprend pour M. Gauthier ?
2. Dans un monde idéal, pouvez-vous indiquer les actions que l'équipe locale en oncologie entreprendrait pour M. Gauthier ?

## **Étape 3 : colostomie**

### Description :

Un mois plus tard, M. Gauthier rencontre un chirurgien suite à une référence de son oncologue. Ce chirurgien explique à M. Gauthier l'évolution de la maladie : il importe de procéder rapidement à une colostomie pour améliorer la qualité de vie et assurer l'évacuation des selles. Bien qu'il soit ambivalent face à cette intervention, M. Gauthier accepte la colostomie. La chirurgie se déroule normalement le 5 avril 2002. Puis M. Gauthier se réhabilite progressivement et le couple s'occupe des soins liés à l'intervention. Il met également fin à ses activités professionnelles : son fils aîné ayant toujours refusé de travailler avec son père, il cède ses parts à un associé. Par ailleurs, et dans le but de contrôler la tumeur et de soulager ses douleurs, l'oncologue propose une nouvelle série de chimiothérapie soit le protocole d'irinotécan avec 5FU, leucovorin. M. Gauthier débute cette nouvelle série de traitement également en avril 2002.

---

<sup>3</sup> M. Gauthier a vu son médecin à tous les deux mois suite à la fin de ses traitements de chimiothérapie.

Questions :

1. Dans la pratique courante, pouvez-vous indiquer les actions que l'équipe locale en oncologie entreprend pour M. Gauthier ?
2. Dans un monde idéal, pouvez-vous indiquer les actions que l'équipe locale en oncologie entreprendrait pour M. Gauthier ?

**Étape 4 : phase pré-palliative**

Description :

En juillet 2002, M. Gauthier raconte à son oncologue l'apparition d'une douleur importante au flanc droit. L'oncologue note à l'examen une augmentation du volume du foie. L'échographie demandée détecte la présence de multiples métastases. L'oncologue explique l'évolution de la maladie et propose un nouveau médicament susceptible de mieux contrôler les cellules cancéreuses. M. Gauthier accepte le protocole d'oxaliplatine avec 5FU, leucovorin.

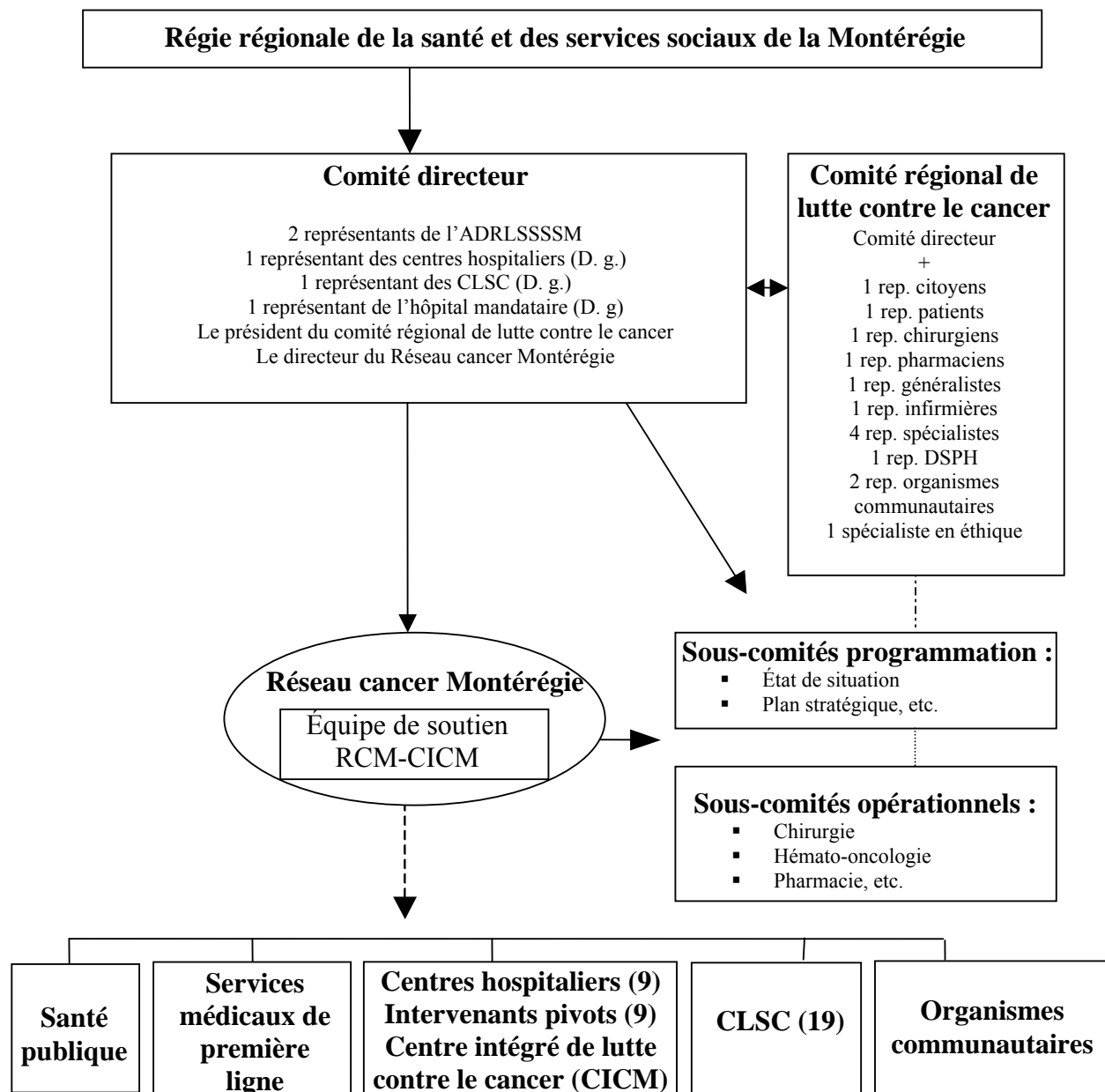
À la suite de deux séances de traitement, M. Gauthier connaît une détérioration de sa qualité de vie et il songe à mettre un terme à la chimiothérapie. Il est pâle, fatigué, amaigri et tendu. Il pleure le jour lors de ces déplacements et se réveille la nuit à cause de diarrhées et d'inconfort. Mme Gauthier, découragée, craint que son mari soit souffrant. Elle songe à demander un congé à son employeur afin d'être à plein temps auprès de son mari. Les enfants du couple sont également inquiets : ils constatent que leur père ne récupère pas rapidement suite aux traitements.

Questions :

1. Dans la pratique courante, pouvez-vous indiquer les actions que l'équipe locale en oncologie entreprend pour M. Gauthier?
2. Dans un monde idéal, pouvez-vous indiquer les actions que l'équipe locale en oncologie entreprendrait pour M. Gauthier?
3. Si vous comparez les pratiques actuelles de votre équipe avec les pratiques antérieures à la mise en place du Réseau Cancer Montérégie, quels sont les grands changements que vous notez?

**ANNEXE 5**

**GOUVERNE ET STRATÉGIES  
D'IMPLANTATION DU RÉSEAU**

Figure 4 – Structure organisationnelle du Réseau cancer Montérégie<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie (RRSSM). 2002. *Vers une stratégie régionale d'intégration des services en matière de lutte contre le cancer. État de situation : Bilan des activités et des services en matière de lutte contre le cancer en Montérégie. Document de travail déposé au comité directeur du Réseau cancer Montérégie et au Centre de coordination québécoise de lutte contre le cancer.* Longueuil (QC) : La RRSSM, p. 16.

## Tableau I – Stratégies mises en place pour implanter le réseau en Montérégie

### *Mobilisation au projet de réseau sous différentes formes :*

- diverses stratégies de soutien et d'encadrement aux infirmières pivots et aux intervenants psychosociaux
- visites des 9 CH au printemps 2002 par le comité directeur
- organisation de journées thématiques annuelles
- mise sur pied de comités régionaux de professionnels

### *Promotion de la création des équipes interdisciplinaires locales :*

- diffusion des valeurs de la collaboration lors de colloques, formations, comités régionaux de professionnels
- rencontre des DSI dans chaque CH : sept. 2002
- demande concrète de nommer un responsable de l'équipe auprès des directions de CH à l'automne 2003
- rencontre des DG, DSP et DSI des CH : automne 2003

### *Dégagement d'une enveloppe budgétaire récurrente pour mettre sur pied :*

- (1) le centre régional d'excellence en oncologie (CICM) avec un début d'offre de services spécialisés en oncologie et une équipe d'experts (p. ex. : soins infirmiers, services psychosociaux)
- (2) implantation des infirmières pivots et d'heures en ressources psychosociales dans les neuf hôpitaux

### *Développement d'un registre régional des tumeurs :*

- Étude de la qualité et du potentiel de développement du registre depuis 2001

### *Mise sur pied de programmes de formation régionaux (en bonne partie par le CICM)*

- en continue pour les infirmières pivots depuis 2001 et pour les intervenants psychosociaux depuis 2003
- formation régionale en soins infirmiers en oncologie (pour infirmières CH et CLSC): depuis 2000
- soins palliatifs : depuis 2000
- interdisciplinarité : depuis oct. 2002
- formation continue par site de cancer pour les médecins: depuis septembre 2003
- appui à la certification en onco : depuis 2002

### *Implantation des infirmières pivots en oncologie (IPO) et des équipes interdisciplinaires*

- conception du projet : 2000-2001
- recrutement : janvier à mai 2001 (une IPO/CH)
- formation initiale : printemps 2001

### *Projet pilote d'intervenants psychosociaux (IPSO. 7 heures par semaine dans les neuf hôpitaux)*

- déposé printemps 2002
- entrée en poste des IPSO: automne 2002
- projet renouvelé en 2003 (neuf IPSO temps partiel/ neuf hôpitaux)

### *Mise sur pied de comités régionaux d'experts pour développer et diffuser des guides de pratique :*

- Hémato-oncologues : 2001, dissous
- IPO : 2001 (mensuel)
- Infirmières chefs en oncologie : 2001 (bi-annuel)
- IPSO : février 2003 (bi-annuel)
- Autres comités à venir (pharmaciens, nutritionniste, comité régional des thérapies du cancer, etc.)

### *Formalisation des liens CH-CH et CH-CLSC*

- Amorce des travaux en 2002 dont la mise en place d'un comité de coordination CH-CLSC, le développement de protocoles de soins et l'amorce d'ententes formelles dans la sous-région de Longueuil
- Intérêt testé lors des visites des hôpitaux par le comité directeur au printemps 2002.

*Planification régionale des services en oncologie :*

Rédaction d'un bilan des activités liées au cancer en Montérégie :

- portrait épidémiologique du cancer en Montérégie : 2001
- portrait des ressources et besoins : document déposé en avril 2002

*Préparation d'un plan d'action régional :*

En cours depuis 2002 : ADRLSSSSM et trois comités de planification incluant des gens des milieux locaux (été-automne 2002)

- publication : mars 2004

*Participation de membres de la gouverne régionale du RCM à plusieurs comités et événements provinciaux :*

- CQLC, CCLCQ, Comité de désignation des équipes;
- Comité aviseur sur les paramètres d'organisation du continuum de services pour les personnes atteintes et leurs proches, etc.

*Recherche et évaluation :*

- Évaluation du RCM (équipe externe)
- Évaluation par l'ADRLSSSSM du projet pilote d'implantation des IPSO

*Développement de services de soutien pour les malades et leurs proches :*

- Ateliers élaborés par le CICM