



# Divulgation de conflits d'intérêts potentiels

*Afin de respecter les règles d'éthique en vigueur, je déclare que je n'ai aucun conflit d'intérêt potentiel avec une société commerciale.*

*Dominique Tremblay*



# Plan

- Contexte de mise en œuvre
- Faits saillants des études
  - Mise en œuvre du Programme québécois de lutte contre le cancer (1998)
  - Mise en œuvre du Plan directeur en oncologie (2013)
- Quels enseignements en matière de résilience du RCQ ?



# Opportunités d'amélioration



Spécialités multiples  
Différents lieux



Coordination  
déficiente



Silos  
professionnels et  
organisationnels



Délais d'accès  
indus



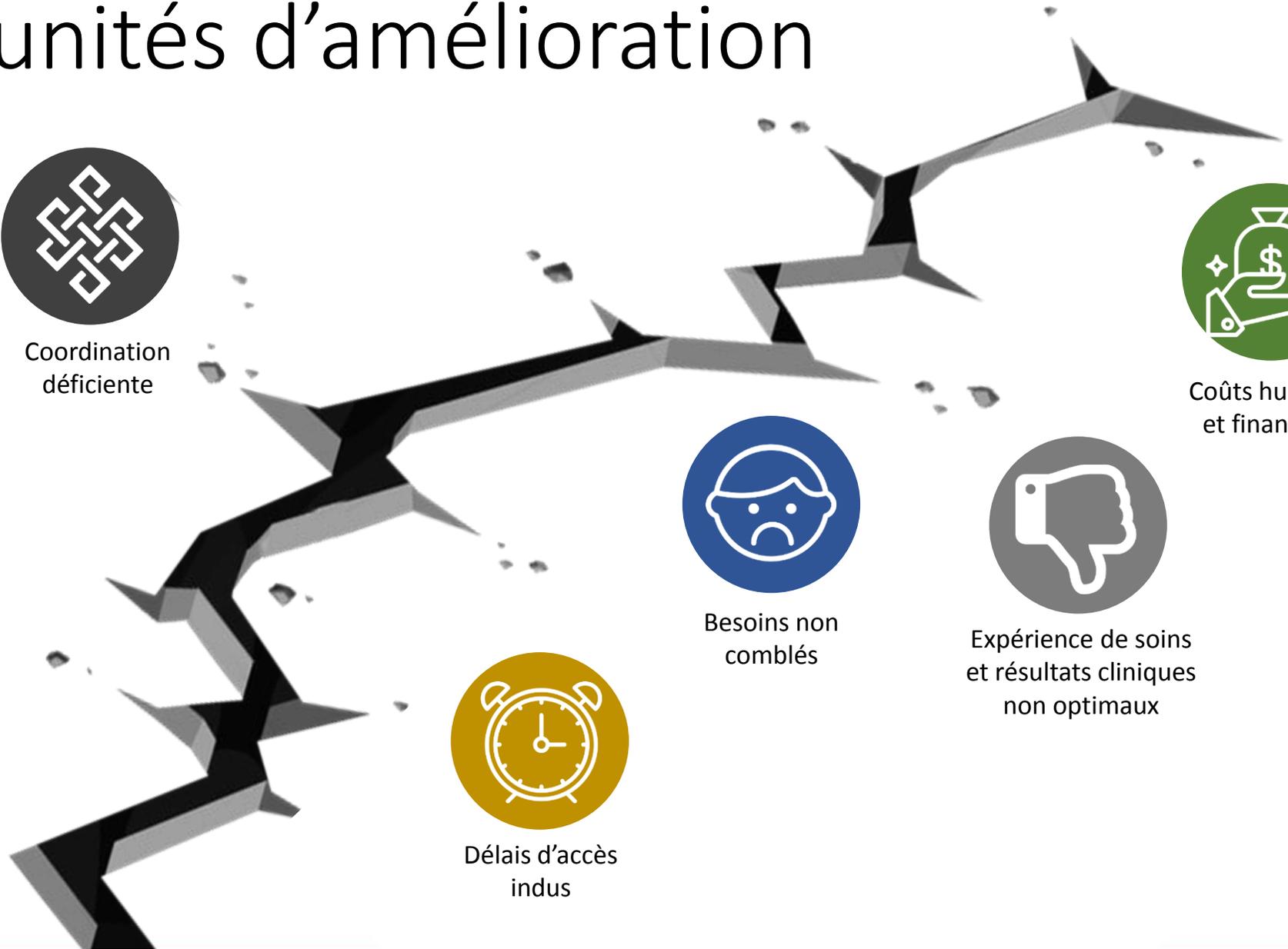
Besoins non  
comblés



Expérience de soins  
et résultats cliniques  
non optimaux

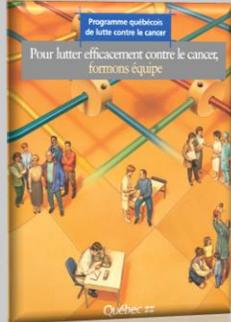


Coûts humains  
et financiers



# Programme québécois de lutte contre le cancer: Émergence

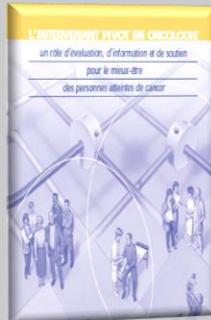
1998



## 5 éléments clés:

- Centré sur les besoins globaux
- Infirmière pivot
- Travail en équipe
- Fonctionnement en réseau
- Hiérarchisation des services

2000



## Rôle des infirmières pivot

- Évaluation
- Enseignement
- Information
- Soutien
- Coordination

2003



## Premier bilan

- Dysfonction de coordination
- Dysfonction de communication

2007



## Orientations prioritaires

- Travail en interdisciplinaire
- Visite d'accréditation

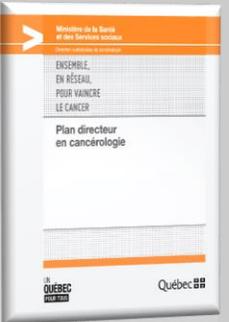
2008



## Rôle de l'infirmière pivot

# Programme québécois de lutte contre le cancer: Maturité

2013



**Plan directeur**

- Ensemble en réseau
- Modèle logique opérationnel

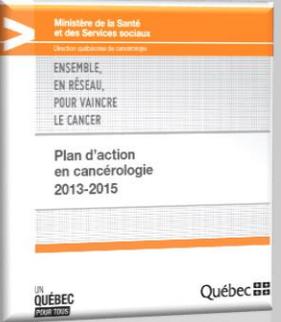
2017



**Partenariat avec les personnes touchées par le cancer**

- Rôle, encadrement et logistique

2013



**Plan d'action 2013-2015**

- Gouvernance multi-niveaux

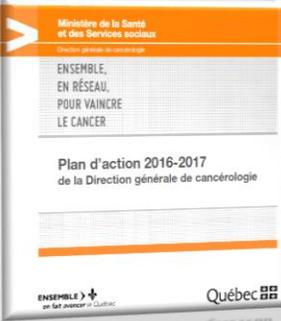
2017



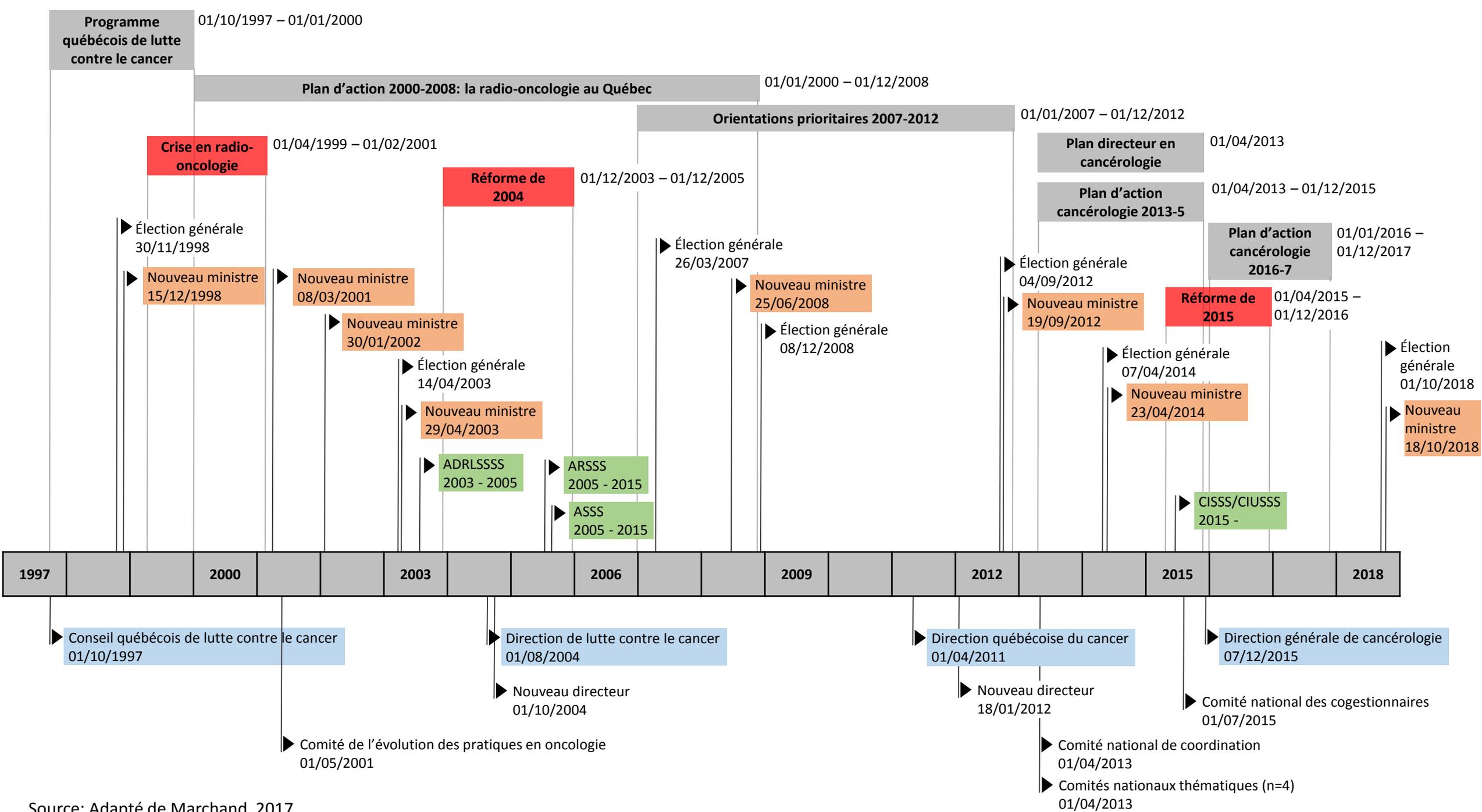
**Formation en ligne**

- Infirmières
- Professionnels

2016

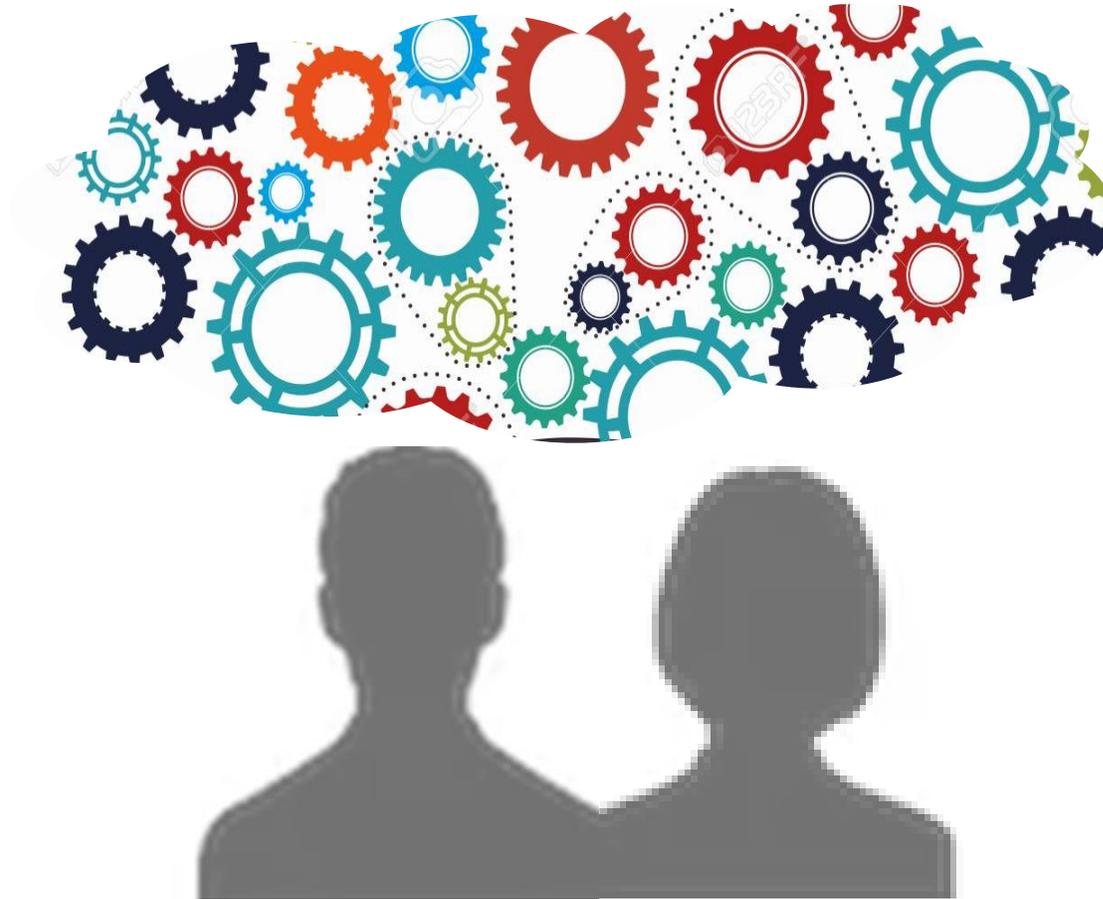


**Plan d'action 2016-2017**



Source: Adapté de Marchand, 2017

# Qu'est-ce qu'on apprend de la mise en œuvre du PQLC (1998)?



**La traduction d'une innovation organisationnelle dans les pratiques professionnelles de réseau: l'infirmière pivot en oncologie**

par  
Dominique Tremblay

Faculté des sciences infirmières

Tremblay et al. *Implementation Science* 2010, 5:53  
<http://www.implementationscience.com/content/5/1/53>



**STUDY PROTOCOL** **Open Access**

**Interprofessional collaborative practice within cancer teams: Translating evidence into action. A mixed methods study protocol**

Dominique Tremblay<sup>1,2</sup>, Danielle Drouin<sup>3</sup>, Ariella Lang<sup>4</sup>, Danièle Roberge<sup>1,2</sup>, Judith Ritchie<sup>5</sup> and Anne Plante<sup>3</sup>

Tremblay et al. *BMC Health Services Research* 2011, 11:144  
<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/144>



**STUDY PROTOCOL** **Open Access**

**Evaluation of the impact of interdisciplinarity in cancer care**

Dominique Tremblay<sup>1,2\*</sup>, Danièle Roberge<sup>1,3†</sup>, Linda Cazale<sup>4</sup>, Nasser Touati<sup>5</sup>, Elizabeth Maunsell<sup>6</sup>, Jean Latreille<sup>1,7,8</sup> and Jacques Lemaire<sup>2</sup>

Tremblay et al. *BMC Health Services Research* (2017) 17:218  
DOI 10.1186/s12913-017-2166-7

BMC Health Services Research

**RESEARCH ARTICLE** **Open Access**

**Effects of interdisciplinary teamwork on patient-reported experience of cancer care**

Dominique Tremblay<sup>1,2\*</sup>, Danièle Roberge<sup>2,3</sup>, Nasser Touati<sup>4</sup>, Elizabeth Maunsell<sup>5</sup> and Djamel Berbiche<sup>2</sup>

2008

2010

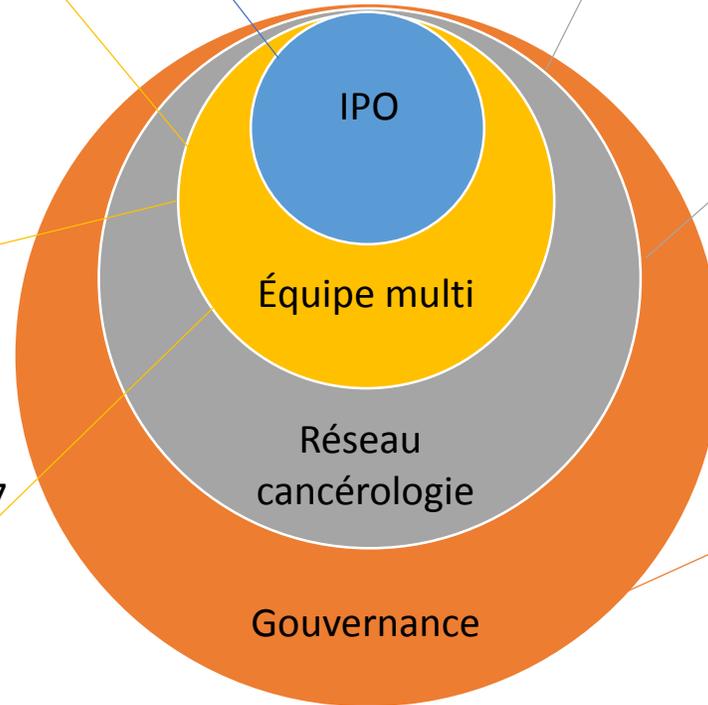
2011

2017

2017

2016

2016



Tremblay et al. *BMC Health Services Research* (2017) 17:834  
DOI 10.1186/s12913-017-2785-z

BMC Health Services Research

**STUDY PROTOCOL** **Open Access**



**Optimizing clinical and organizational practice in cancer survivor transitions between specialized oncology and primary care teams: a realist evaluation of multiple case studies**

Dominique Tremblay<sup>1,2\*</sup>, Catherine Prady<sup>1,2,3</sup>, Karine Bilodeau<sup>4</sup>, Nasser Touati<sup>5</sup>, Maud-Christine Chouinard<sup>1,6,7</sup>, Martin Fortin<sup>1,7,8</sup>, Isabelle Gaboury<sup>1,2</sup>, Jean Rodrigue<sup>3</sup> and Marie-France L'Italien<sup>1,2</sup>

Tremblay et al. *Implementation Science* (2016) 11:39  
DOI 10.1186/s13012-016-0404-8

Implementation Science

**STUDY PROTOCOL** **Open Access**



**Understanding cancer networks better to implement them more effectively: a mixed methods multi-case study**

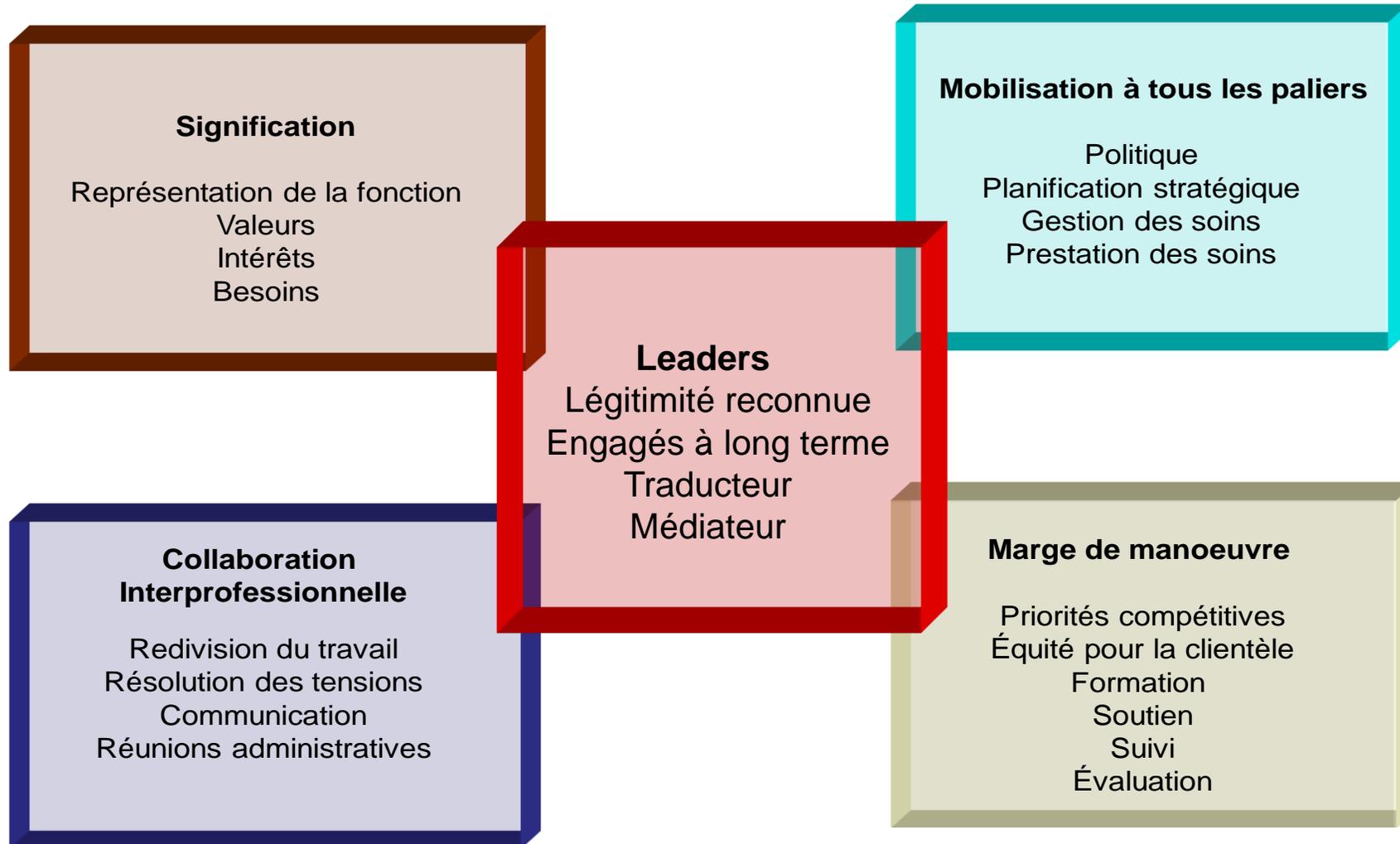
Dominique Tremblay<sup>1,2\*</sup>, Nasser Touati<sup>3</sup>, Danièle Roberge<sup>1,2</sup>, Mylaine Breton<sup>1,2</sup>, Geneviève Roch<sup>4,5</sup>, Jean-Louis Denis<sup>3</sup>, Bernard Candas<sup>6</sup> and Danièle Francoeur<sup>7</sup>

Special Series: NCI-ASCO Teams | **ORIGINAL CONTRIBUTION**

**Improving the Transition From Oncology to Primary Care Teams: A Case for Shared Leadership**

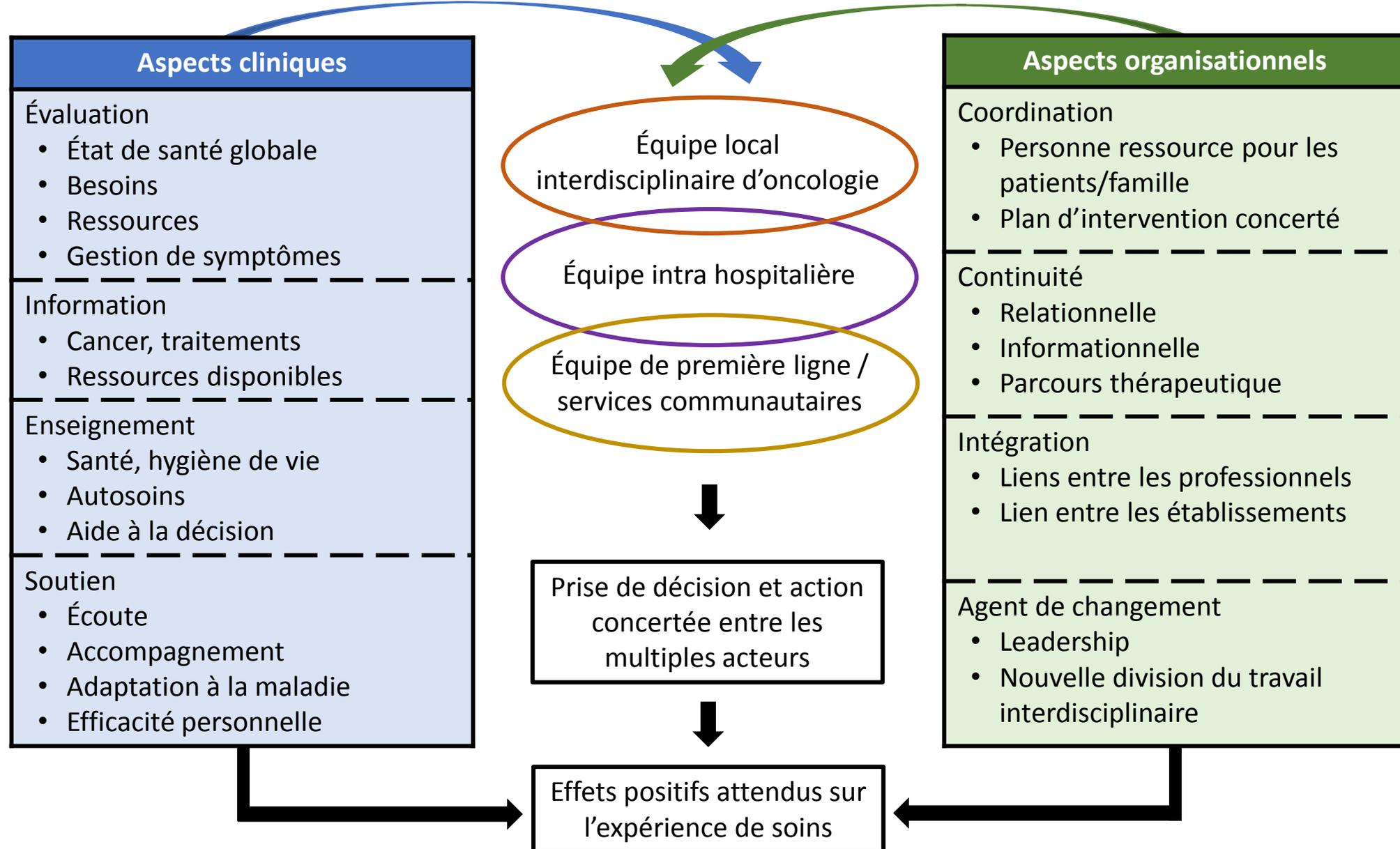
Dominique Tremblay, PhD, RN, Jean Latreille, MD, Karine Bilodeau, PhD, RN, Arnaud Samson, MD, Linda Roy, Marie-France L'Italien, RN, and Christine Mimeault, RN, MSc

# Processus de mise en œuvre: fonction de l'infirmière pivot (IPO)



Source: Tremblay, 2008

# Fonctions IPO



# Variation de la mise en œuvre de la fonction d'IPO

Mise en œuvre de la fonction d'IPO dans 9 équipes interdisciplinaires d'une même région (2006)

- Optimale
- Mitigée

Mise en œuvre du fonctionnement en interdisciplinarité dans 9 équipes interdisciplinaires dans 5 régions (2011)

- Niveau élevé
- Niveau moins élevé

Effets sur 4 dimensions de l'expérience de soins

- Communication, Soins centrés sur la personne, Environnement de soins, Réponse aux besoins

# Expérience de soins

De 2006 à 2011

Comparativement à 2006, une plus forte proportion des patients en 2011:

- *considère que les professionnels se sont toujours préoccupés*
  - ensemble de leurs besoins 61 % vs 83 % ( $p < 0.001$ )
  - de les écouter avec attention 80 % vs 85 % ( $p = 0.004$ )
- *rapporte n'avoir jamais*
  - participé autant que souhaité aux décisions 5 % vs 14 % ( $p = 0.007$ )
  - eu l'aide pour évaluer le pour et le contre 7 % vs 19 % ( $p = 0.002$ )
  - pu parler en privé avec un professionnel 77 % vs 87 % ( $p = 0.035$ )



# Interdisciplinarité

## Mécanismes de production des effets du travail d'équipe en oncologie (TÉO)

### **Leadership**

- Individuel et partagé
- Porté par des leaders clinico-administratifs (légitimité)
- Permet à chacun de contribuer, y compris les patients et leurs proches
- Permet la poursuite des objectifs de chacun et simultanément d'atteindre un but partagé

### **Soins centrés sur la personne**

- Accompagnement qui tient compte des besoins, des valeurs et des préférences de la PTC
- Permet le partage des représentations

### **Partenariat avec les PTC**

- Centré sur l'action: mobilisation, participation et partage
- Rôle actif et reconnu dans l'équipe



# En paroles

## Verbatims de professionnels :

« Ben moi je pense qu'on devient **plus fort en réseau**. (...) on est capable de beaucoup mieux identifié les besoins des patients, et on travaille plus en équipe quand on est réseau. C'est ça l'important, c'est de **travailler en équipe pour les patients**. Ce n'est pas de travailler l'un contre l'autre, à qui va donner le plus de services, qui est la meilleure personne pour donner le service, qui ou quoi. »

« Au niveau interdisciplinarité, je vois à ce qu'on puisse collaborer entre différents membres de l'équipe via nos rencontres d'équipe. On a des **réunions interdisciplinaires** aux deux semaines et je vois à ce que tous les membres responsables de l'interdisciplinarité soient (...) mis à contribution. Quand il y a des problématiques particulières à adresser au niveau du réseau, j'interviens. (...) Moi je peux **faire le pont entre le patient et le médecin** et voir est-ce que la **trajectoire de soins** a été peut-être plus facilitant donc je communique avec le médecin. Je sors le dossier. Je vais voir la secrétaire. Je vois qu'est-ce qui peut être fait? Où est-ce qu'il y a eu une lacune de un et qu'est-ce qui pourrait réparer au niveau de ce lien là, au niveau de la trajectoire aussi. Donc en fait de gérer les problématiques. De voir qu'est-ce qui peut être dénoué au niveau d'une **complexité de soins**. »

« Mais il y a beaucoup d'enthousiasme au niveau de la **première ligne** comme partie prenante. On est allé les voir à un moment donné, alors ils veulent être partie prenante, ils veulent s'en occuper, c'est une grosse partie de leur clientèle, ils veulent savoir, **ils veulent savoir à qui référer puis quand est-ce que s'en occuper**. »



# En paroles

## Verbatims de personnes touchées par le cancer :

« Oui, définitivement j'ai senti comme patiente au moment où j'ai été diagnostiqué et je devais faire quelque chose pour survivre qu'il n'y avait pas juste une personne devant moi, mais **toute une équipe en arrière de ça prêt à m'épauler puis à me seconder** puis voilà comment on va faire. Définitivement, c'était une équipe que j'avais autour de moi. »

« C'est moi qui a informé mon médecin de famille de ce qui se passait. Même si on signe des documents, **les documents ne se rendent pas jusqu'au médecin de famille**. Tous les spécialistes - moi j'en ai six - ils les ont tous, mais le médecin de famille non. »



# Interdisciplinarité

Tableau 1. Variation selon les sites clinique

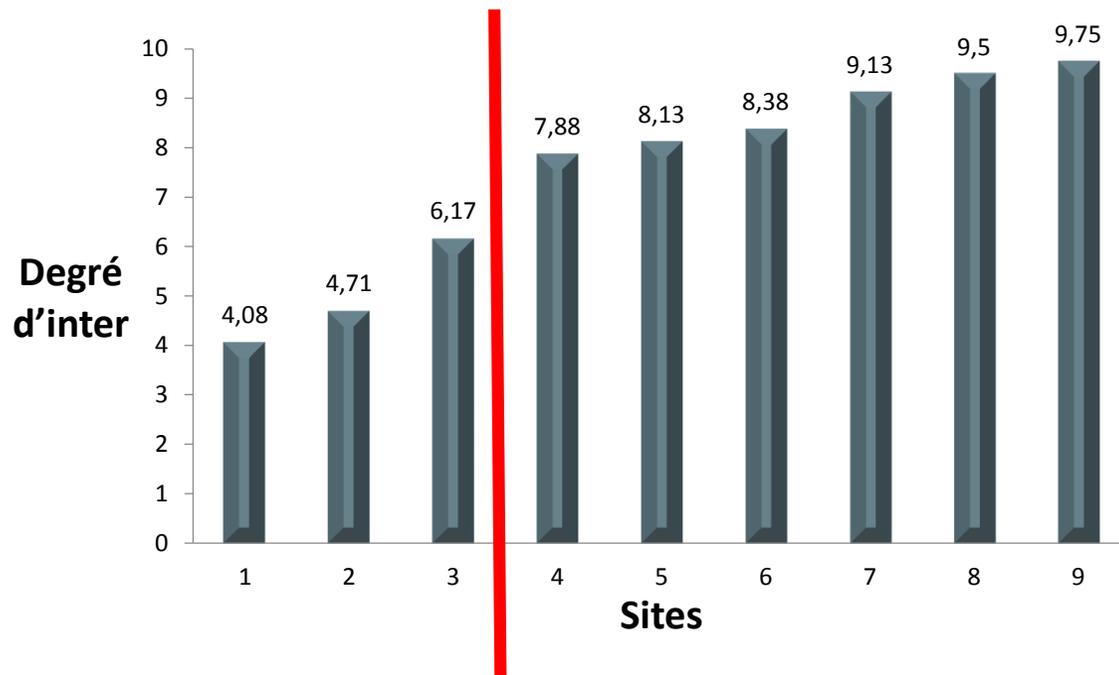


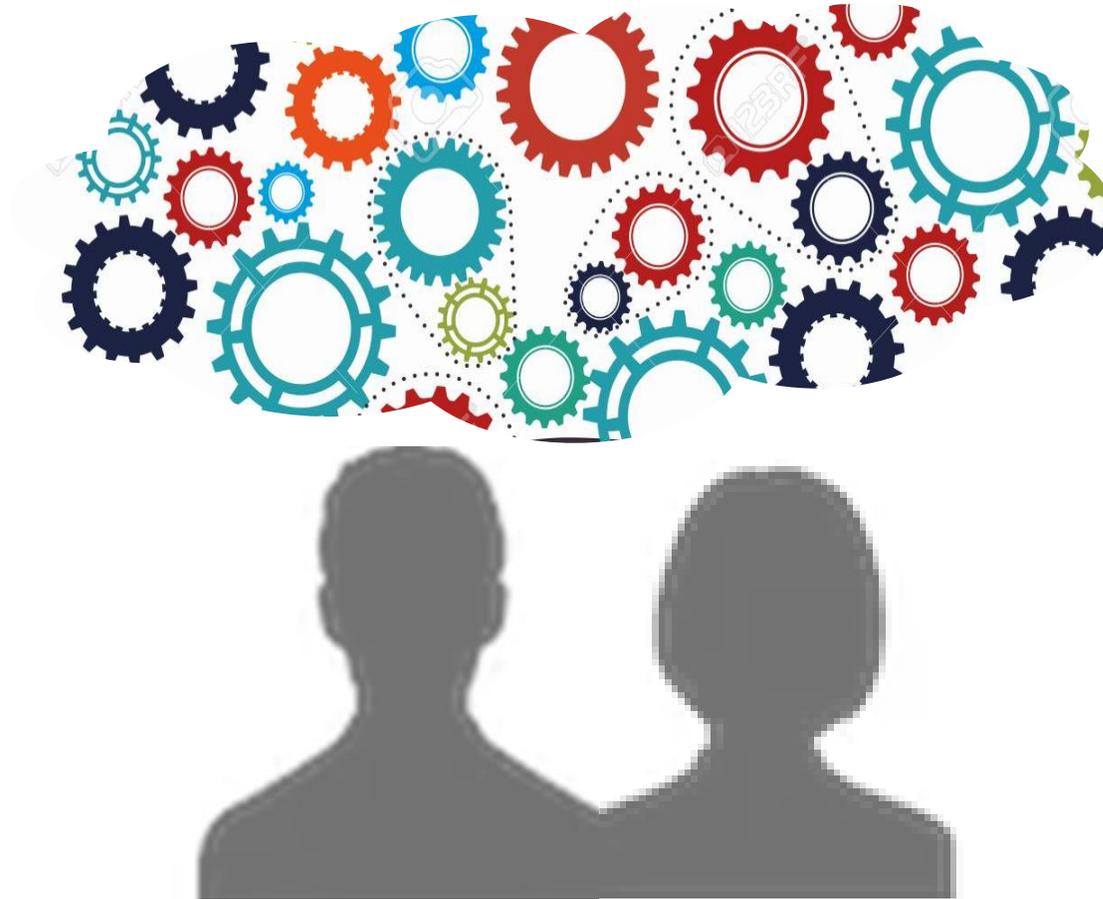
Tableau 2. Effets sur la perception de l'expérience de soins

Dimension	Rapport de cotes <sup>a</sup>	[95% CI]
Promptitude de l'accès	3.99*	[1.89 - 8.41]
Qualité de la communication	2.37*	[1.25 - 4.51]
Environnement de soins	0.66	[0.31 - 1.37]
Soins centrés sur la personne	2.11*	[1.05 - 4.24]
Continuité	2.18*	[1.07 - 4.45]
Résultats de soins	1.31	[0.68 - 2.52]
Monitoring	2.38*	[1.29 - 4.38]
Habilités	1.91*	[1.03 - 3.55]
Navigation	1.58	[0.86 - 2.89]

<sup>a</sup> niveau moins élevé est la valeur de référence = 1 \* p < 0.05



# Qu'est-ce qu'on apprend de la mise en œuvre du Plan directeur (2013)?



# Partenariat avec les PTC

## Communauté de pratique

Elle réunit tous les représentants des PTC des comités de coordination des établissements, les représentants des PTC du Comité national de coordination de la DGC et leurs mentors.

Elle est coanimée par un professionnel désigné par la DGC et par un représentant des PTC choisi par les responsables du Comité national de coordination.

Source: MSSS, 2017

## Comité national de coordination en cancérologie

Un ou des représentants des PTC y siègent. Ils sont jumelés à un membre du comité (mentor).

## Comité de coordination en cancérologie des établissements

Un ou des représentants des PTC y siègent. Ils sont jumelés à un membre du comité (mentor).

DGC

Établissements

« (...) il faut qu'on sente qu'on a une **voix qui est écoutée, une voix qui porte.**»

«Ça permet d'avoir un **portrait réel** de la situation (...). Ça permet de bien **cibler les besoins** des patients puis d'agir.»

« (...) je pense que c'est tout à leur honneur de ramener les choses au niveau de l'**expérience patient** et ça c'est en tout cas un point très positif pour venir positionner les différents enjeux qui touchent notre réseau.»

# Leçons issues des analyses

**Tableau 2. Cote quantifiant la mise en œuvre des fonctions de gouvernance  
(Entrevues, observations, documents)**

	Réseau local (RL) de cancérologie			
	RL 1	RL 2	RL 3	RL 4
<b>Fonctions de gouvernance</b>	<b>(Min 1 – Max 4)</b>			
Vision et valeurs partagées	4	2	2	3
Partenariat avec les PTC	4	3	3	4
Instance centrale forte	4	2	2	3
Distribution des ressources	4	1	2	4
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>14</b>

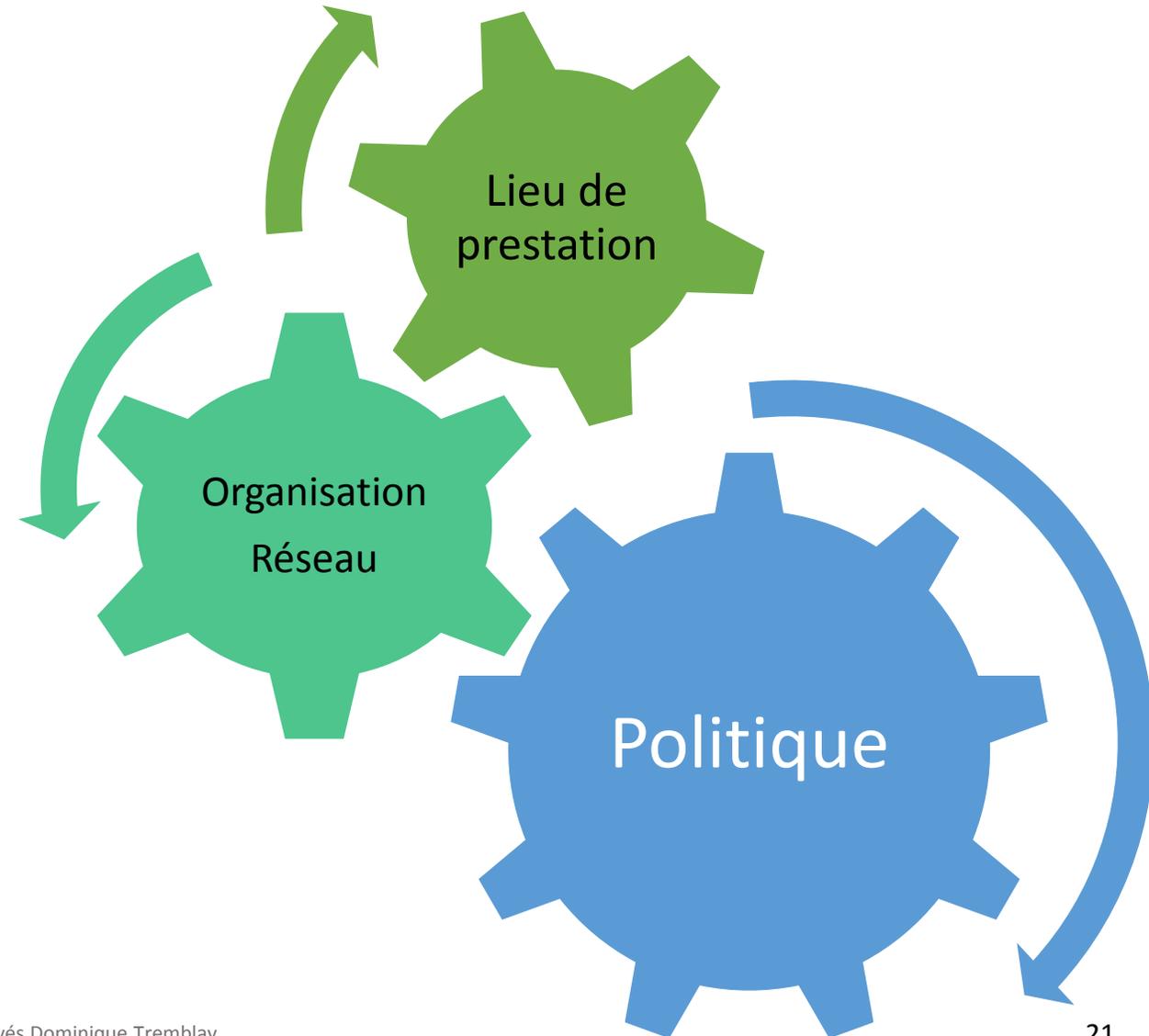
**Tableau 3. Proportion des répondants ayant une perception positive de l'intégration  
(Questionnaire)**

	Réseau local (RL) de cancérologie			
	RL 1	RL 2	RL 3	RL 4
<b>Dimensions</b>	<b>% (écart-type)</b>			
Normative	68 (40)	84 (29)	88 (30)	77 (35)
Fonctionnelle	62 (40)	85 (21)	75 (30)	61 (41)
Clinique	58 (32)	64 (26)	57 (39)	46 (26)
Professionnelle	48 (35)	52 (33)	73 (26)	47 (35)



# Une gouvernance *de facto* multi-niveau?

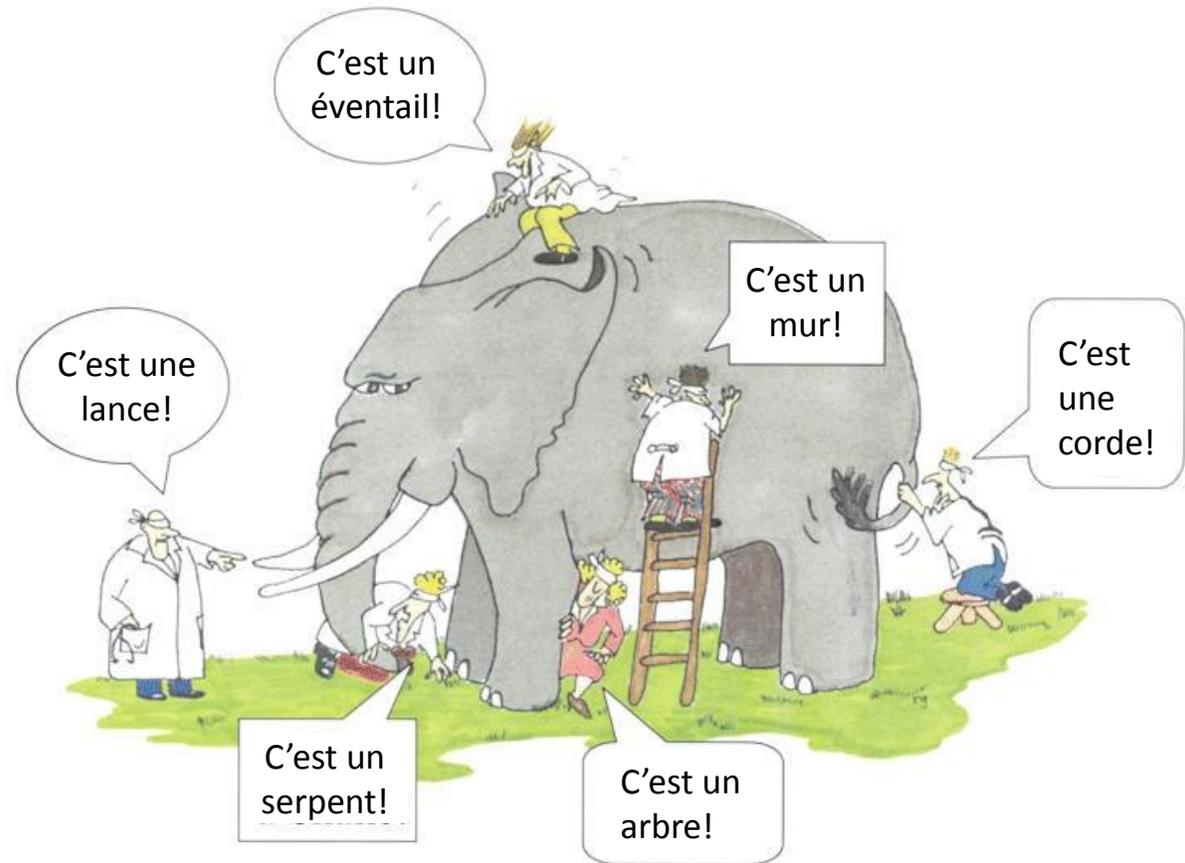
« They understand the definition of governance in the health sector as taking place at the three traditional levels of macro, meso, and micro. **Macro** would mostly consist of national-level policy-making functions, **meso** would consist of institutional-level decision-making functions, while **micro** would concern operational issues at the clinic or physician office level. All three levels are now rather blurred but at meso and micro levels, in particular, management as well as policy decisions become inexorably intertwined as part of institutional governance. » (Saltman and Duran, 2015, p.34)



# Coordination des soins

La coordination des soins concerne ce qui se passe dans l'espace entre les différents dispensateurs.

Ceux-ci peuvent avoir différents points de vue et des objectifs, des besoins ou des intérêts qui sont en compétition.



Source: Gorin et al., 2017

Credit: <https://www.edelements.com/blog/it-is-an-elephant>



# Modèles de gouvernance



Commande-et-contrôle

## Modèle hiérarchique Commande-et-contrôle

« La **gouvernance classique** peut se définir comme la conception, la conduite et l'évaluation de l'action collective à partir d'une position d'autorité » (Hatchuel, 2000)

## Modèle de gouvernance clinique

La **gouvernance clinique** est un concept parapluie pour l'administration et la coordination systématique des processus qui ont un lien direct sur la prestation des soins.

## Modèle de gouvernance collaborative

La **gouvernance collaborative** est un arrangement qui engage les acteurs politiques et non politiques dans un processus de prise de décision collective formalisé, consensuel et délibératif ayant pour but d'optimiser la mise en œuvre des programmes publics.



Collaborative et collective

Sources: Denis et Usher, 2017; Scally et Donaldson, 1998; Ansell et Gash, 2007



# Ensemble en réseau



En Solo



En équipe



En réseau

# En image - Individuelles

Le réseau, une structure de stabilité et de résilience dans un environnement volatil



# En image - Collectives

"La force du réseau en cancérologie: Inspirant, Innovant, Grandissant"



LA SÉCURITÉ  
est la priorité du  
Programme de lutte  
contre le cancer



CULTIVER LES  
BONNES PRATIQUES  
POUR LUTTER CONTRE LE CANCER



QUELLE EST VOTRE PLACE  
DANS LA LUTTE AU CANCER ?

Un programme à votre nature!  
Des soins et des services de proximité



# En image - Collectives



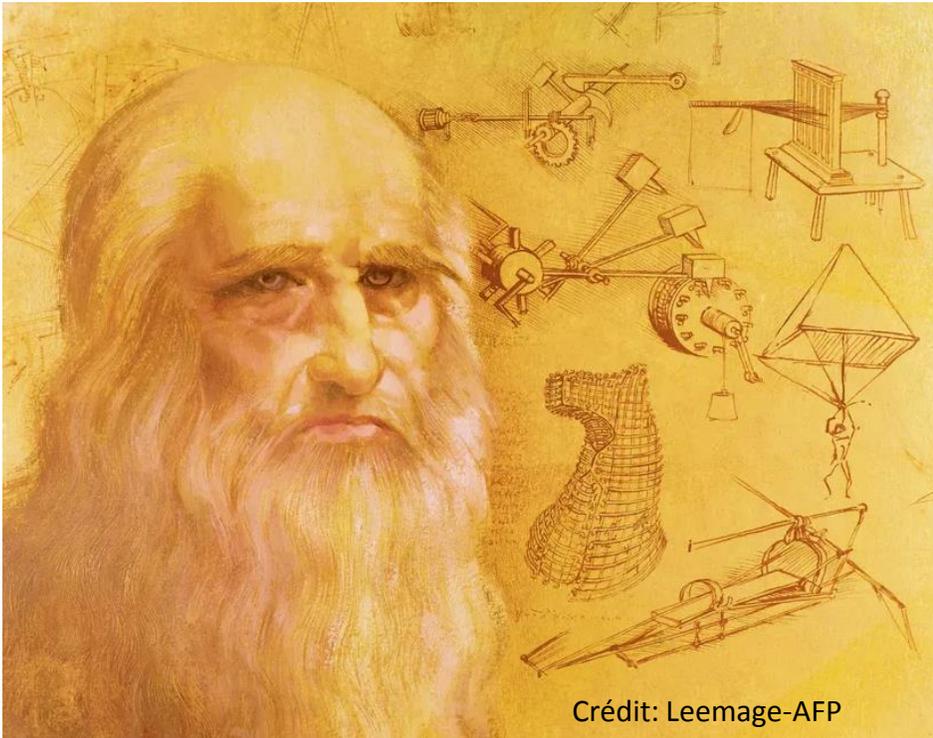
**20 ANS**

**DE TRAVAIL D'ÉQUIPE**

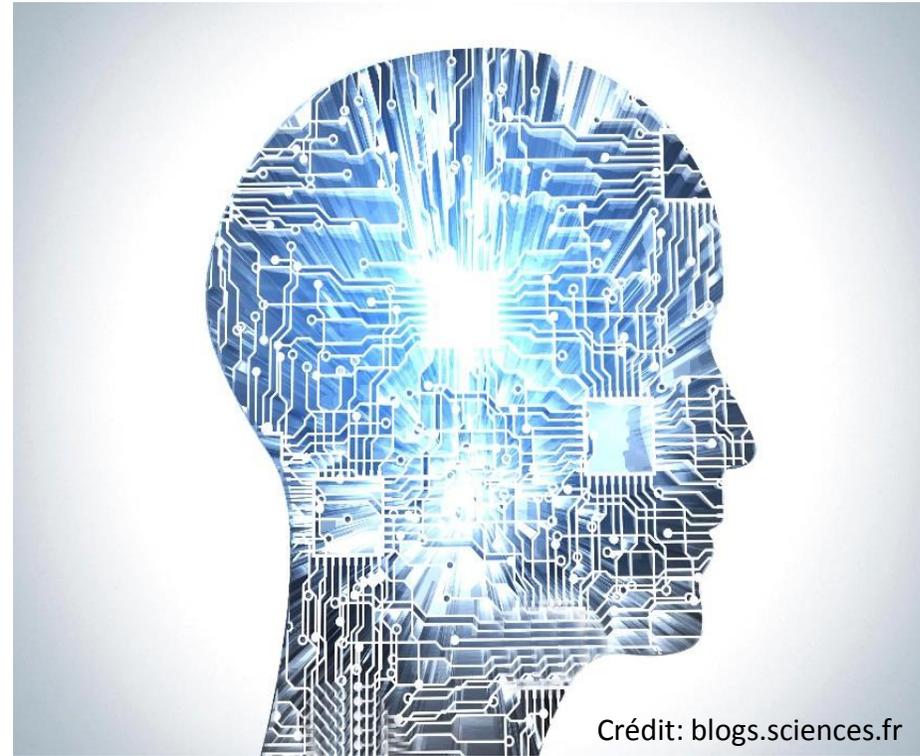
Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Île-de-Montréal  
Québec

# Et le futur...

De l'intelligence biologique à l'intelligence artificielle



Crédit: Leemage-AFP



Crédit: blogs.sciences.fr



# La bonne nouvelle: Un succès partagé

## Obtention de la subvention Oncopole 2018-2021

« Gouvernance collaborative du Réseau de cancérologie du Québec: une évaluation réaliste des mécanismes d'institutionnalisation, de la gouvernance multi-paliers et de la création de valeur par le biais d'une étude de cas multiples longitudinale »

- 1) Identifier les facteurs contextuels critiques qui favorisent ou entravent la gouvernance collaborative aux paliers cliniques, de gestion et politique
- 2) Expliquer comment et pourquoi la gouvernance collaborative est activée pour matérialiser l'évolution d'un réseau de cancérologie
- 3) Comparer les effets de la gouvernance collaborative de réseau sur:
  - l'expérience de soins
  - les résultats cliniques
  - La qualité de vie
  - les coûts liés à l'utilisation des soins et services



**ONCOPOLE**  
MOBILISER. INNOVER. GUÉRIR.

**Fonds de recherche  
Santé**

**Québec** 

# Possibilités de maîtrise ou doctorat

## Chaire sur l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins aux personnes touchées par le cancer

La Chaire a été créée dans le but de développer, mettre en œuvre et évaluer des interventions novatrices qui optimiseront les résultats des soins et qui aideront les personnes atteintes de cancer et leurs proches à mieux vivre l'expérience du cancer.

### Bourses du programme de Pre Tremblay

M. Sc.: 15000 \$ / année pendant 2 ans

Montant selon le cycle des études et la durée

Ph. D.: 19000 \$ / année pendant 3 ans

**Pour information, contactez**

**Dominique Tremblay**

[dominique.tremblay2@usherbrooke.ca](mailto:dominique.tremblay2@usherbrooke.ca)



# Remerciements

## Appuis financiers

**Fonds de recherche  
Santé**

**Québec** 



Chaire sur l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins aux personnes atteintes de cancer



## Professionnel(le)s de recherche



# Références d'intérêt

- Marchand JS. La structuration des réseaux hybrides dans les systèmes publics de soins de santé : le cas du Réseau de cancérologie du Québec. Thèse de doctorat. École nationale d'administration publique. 2017. 190 p.
- Tremblay D. La fonction d'infirmière pivot en oncologie, ou l'art de jongler avec l'intégration des soins. Infolettre GETHOS. 2008;5(3):2-8.
- Saltman RB, Duran A. Governance, Government, and the Search for New Provider Models. Int J Health Policy Manag. 2015;5(1):33-42.
- Gorin SS, Haggstrom D, Han PKJ, Fairfield KM, Krebs P, Clauser SB. Cancer Care Coordination: a Systematic Review and Meta-Analysis of Over 30 Years of Empirical Studies. Annals of Behavioral Medicine. 2017;51(4):532-46.
- Hatchuel A. Prospective et gouvernance: quelle théorie de l'action collective? In: Heurgon E, Landrieu J, editors. Prospective pour une gouvernance démocratique. Colloque de Cerisy. La Tour d'Aigues: Éditions de l'Aube; 2000. p. 29-42.
- Denis JL, Usher S. Governance must dive into organizations to make a real difference: Comment on “governance, government, and the search for new provider models”. International Journal of Health Policy and Management. 2017;6(1):49-51.
- Scally G, Donaldson LJ. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. BMJ. 1998;317(7150):61-5.
- Ansell C, Gash A. Collaborative Governance in Theory and Practice. Journal of Public Administration Research and Theory. 2007;18(4):543-71.

