



Les équipes interdisciplinaires en oncologie

Avis

Comité des équipes interdisciplinaires
de lutte contre le cancer
(CEILCC)

Août 2005

Direction de la lutte contre
le cancer



LISTE DES AUTEURS ET DES RÉVISEURS

Comité de rédaction

Christiane Gendron
Jean-Pierre Gagnier
Anne Plante

Nous tenons par ailleurs à remercier tout spécialement M. Jean-Pierre Gagnier et M^{me} Renée Proulx pour leur contribution à la rédaction du document de travail initial ayant permis la rédaction du présent avis.

Membres du Comité des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer

M^{me} Anne Plante, infirmière clinicienne, présidente
Représentation du palier régional en oncologie, hémato-oncologie et soins palliatifs

Dr Christian Carrier, hémato-oncologue, vice-président
Représentation du palier régional en hémato-oncologie

M^{me} Rachel Beauchemin, responsable des bénévoles
Représentation du palier régional en hémato-oncologie et radio-oncologie

Dr André Brizard, médecin en soins palliatifs
Représentation du palier régional en oncologie, radio-oncologie et soins palliatifs

M^{me} Marie Cameron, nutritionniste
Représentation du palier suprarégional en hémato-oncologie, radio-oncologie et soins palliatifs

M^{me} Chantale Demers, agente de recherche, secrétaire du comité (MSSS)

Dr^e Carolyn Freeman, radio-oncologue
Représentation du palier suprarégional en radio-oncologie

M. Jean Gagné-Boissonneault, prêtre/pastorale
Représentation du palier local en oncologie et soins palliatifs

M. Jean-Pierre Gagnier, psychologue
Représentation du palier local en oncologie, milieu communautaire – CLSC et universitaire

M^{me} Francine Laperrière, infirmière bachelière
Représentation du palier local en oncologie et soins palliatifs

Dr Félix Nguyen-Tan, radio-oncologue
Représentation du palier suprarégional en radio-oncologie

M. Yves Rousseau, pharmacien en oncologie
Représentation du palier supra régional en oncologie et soins palliatifs

M^{me} Linda Roy, travailleuse sociale
Représentation du palier régional en oncologie et soins palliatifs

Révision et adoption

Le présent document a été soumis pour commentaires aux personnes suivantes :

Dr Jean Latreille, Centre intégré de lutte contre le cancer de la Montérégie

Dr Jean Lépine, Centre hospitalier de Rimouski

M. Yves St-Arnaud, consultant en psychologie organisationnelle, Université de Sherbrooke

M. Jacques Tremblay, consultant en interdisciplinarité, Centre de réadaptation de Montréal

M^{me} Hélène Lévesque, consultante en interdisciplinarité, Université de Montréal

M. Serge Marquis, consultant en organisation

M^{me} Céline Bergeron, infirmière clinicienne en pédiatrie-oncologie, Centre hospitalier de l'Université Laval

M. Richard Émond, patient

M^{me} Dominique Tremblay, experte en administration de la santé, Hôpital Charles LeMoynes

Pour renseignements ou commentaires, communiquer avec :

Direction de la lutte contre le cancer
1075, chemin Sainte-Foy, 7^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

Téléphone : (418) 266-6944

Télécopieur : (418) 266-4605

La forme masculine utilisée dans le présent document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2005

Bibliothèque nationale du Canada, 2005

ISBN : 2-550-45131-7

AVANT-PROPOS

Le Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLC) a été conçu pour répondre aux attentes et aux besoins de la population, dans le contexte actuel d'augmentation de l'incidence et de la prévalence du cancer et de chronicité de la maladie. Ces facteurs entraînent des changements dans la demande de soins et de services à laquelle doit répondre le réseau de la santé et des services sociaux. Aussi les rôles et responsabilités des différents groupes de professionnels sont-ils appelés à évoluer.

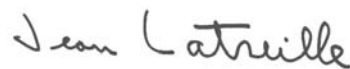
Afin d'entreprendre une réflexion sur la nature de cette évolution et d'évaluer la contribution potentielle à la lutte contre le cancer de chacun des groupes de professionnels les plus en cause, le Conseil québécois de lutte contre le cancer (CQLC) a constitué, en 2002, des comités de professionnels de la santé représentant différents milieux et ayant des expertises complémentaires afin de préparer des avis sur le sujet. Les travaux du Comité des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer (CEILC) et le présent avis s'inscrivent dans cette démarche.

Chaque membre des équipes interdisciplinaires en oncologie a un rôle déterminant à jouer tout au long du continuum de la lutte contre le cancer, et ce, au sein de tous les réseaux locaux intégrés de services. Le CEILC a précisé ces rôles et déterminé les conditions à mettre en place pour optimiser le soutien donné aux personnes atteintes de cancer et à leurs proches et répondre efficacement à leurs besoins globaux.

La Direction de la lutte contre le cancer (DLC) tient à remercier les membres du comité pour la qualité de leurs travaux et pour leur engagement, et plus particulièrement M^{me} Anne Plante et le D^r Christian Carrier, qui en ont assumé la présidence et la vice-présidence. La DLC est convaincue de la pertinence des recommandations formulées par le CEILC et de la nécessité d'implanter les équipes interdisciplinaires en oncologie au Québec, et ce, dans l'esprit du PQLC, afin de répondre aux besoins globaux des personnes atteintes de cancer et de leurs proches. Leur contribution est essentielle à l'avancement de la lutte contre le cancer au Québec.



Antoine Loutfi, M.D., FRCSC, FACS
Directeur
Direction de la lutte contre le cancer



Jean Latreille, MDCM, FRCPC
Médecin-conseil
Direction de la lutte contre le cancer

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire	13
Introduction	15
Chapitre 1 : Le contexte en oncologie	17
1.1 La réalité du cancer : quelques statistiques	19
1.2 Derrière les chiffres, des personnes et des besoins.....	19
1.3 Les besoins des personnes atteintes et de leurs proches.....	20
1.4 La réalité du côté des soignants.....	22
Chapitre 2 : Le concept d'interdisciplinarité	26
2.1 Quelques définitions.....	26
2.2 Les avantages du travail en interdisciplinarité.....	28
Chapitre 3 : Les conditions requises pour l'implantation des équipes interdisciplinaires ...	35
3.1 Les conditions préalables à l'implantation	35
3.2 Les modalités de fonctionnement.....	39
3.3 La composition des équipes interdisciplinaires	43
3.4. Le fonctionnement de l'équipe interdisciplinaire.....	47
3.4.1 La collecte de données	47
3.4.2 Les réunions interdisciplinaires	47
3.4.3 L'élaboration du plan d'intervention interdisciplinaire.....	48
3.4.4 La collaboration avec tous les partenaires offrant des soins et des services ...	51
3.5 L'évaluation de l'impact de l'interdisciplinarité en oncologie.....	51
Chapitre 4 : Recommandations	54
A. Les recommandations au Ministère	54
B. Les recommandations aux directions d'établissement	58
C. Les recommandations aux professionnels	59
Conclusion	61
BIBLIOGRAPHIE.....	63
ANNEXE	77

« La connaissance est la seule chose qui s'accroît lorsqu'on la partage. »

Sacha Boudjema



*« Le travail en équipe est la seule chimie capable de diviser le temps
et d'en obtenir un résultat progressif d'addition ou de multiplication. »*

Anne Plante



*« Devant la complexité, certains démissionnent.
D'autres choisissent de travailler en équipe. »*

Christiane Gendron

Mot du vice-président du comité interdisciplinaire

La mise en place d'équipes interdisciplinaires est l'un des mécanismes essentiels proposés par le Programme québécois de lutte contre le cancer afin de créer un continuum intégré de services assurant qualité et accessibilité. L'interdisciplinarité est nécessaire en oncologie afin d'utiliser de façon optimale des ressources limitées en centrant toutes les interventions sur le patient et ses proches. Nous espérons que le présent avis permettra d'établir les bases théoriques et opérationnelles du fonctionnement interdisciplinaire en oncologie, de démontrer ses avantages et d'obtenir l'adhésion de tous les intervenants engagés dans la lutte contre le cancer afin de faciliter son implantation dans tout le réseau, pour le bénéfice des personnes atteintes. En pratique, il faudra utiliser les ressources existantes et faire évoluer progressivement leurs interactions vers ce modèle de synergie. L'équipe interdisciplinaire est semblable à un orchestre. Chacun des membres maîtrise son instrument et est seul à en jouer en suivant sa partition. La mise en commun organisée, dans l'harmonie, de tous ces efforts individuels crée un tout plus grand que la somme de ses parties, voire une symphonie. À nous de suivre le rythme des personnes atteintes et de nous mettre au diapason pour que cessent les fausses notes trop souvent entendues.

A handwritten signature in cursive script that reads "Christian Carrier".

Christian Carrier
Hémato-oncologue
CHRTR

SOMMAIRE

Le présent avis propose le fonctionnement d'une organisation de soins et services basée sur la logique de l'interdisciplinarité tout au long du continuum de soins, c'est-à-dire dès l'annonce du diagnostic jusqu'au suivi à long terme ou aux soins palliatifs. Cette organisation de soins et services s'inscrit dans un contexte exigeant des relais entre tous les établissements visés par les soins oncologiques. L'oncologie est reconnue comme une spécialité très importante puisqu'elle traite de la maladie à laquelle est imputable le plus haut taux d'augmentation annuelle de diagnostic des maladies chroniques au Québec.

L'interdisciplinarité regroupe des intervenants de plusieurs disciplines qui coordonnent leur expertise pour la prestation de soins à une clientèle donnée. Leurs méthodes de travail sont bien orchestrées, de sorte que tous les intervenants, d'une même profession ou de professions différentes, d'une même organisation ou d'organisations différentes, adoptent des modes de fonctionnement concertés dont l'objectif est de rendre leurs actions respectives plus efficaces. L'interdisciplinarité représente donc une nouvelle façon de travailler, une nouvelle façon de concevoir l'organisation des soins qui offre en échange un résultat global qualitativement supérieur à la somme des actes effectués par chacun des intervenants séparément. La spécialisation des soins a entraîné sa fragmentation dans tous les secteurs de l'oncologie, et ce, dans toutes les régions du Québec. Une orchestration du travail axée sur un meilleur échange d'information (connaissance du patient et de son contexte), une meilleure connaissance du champ d'expertise de tous les intervenants et une meilleure collaboration dans l'élaboration du plan d'intervention, avec tout ce que cela suppose en termes de partage dans la prise de décision, apparaît comme la solution unique pour offrir les services demandés par la population.

Naturellement, si la mise en place de l'interdisciplinarité offre plusieurs avantages (voir le tableau des avantages, p. 29), elle suppose aussi plusieurs exigences en ce qui concerne l'implantation du soutien et du suivi évolutif de la démarche (voir le chapitre 3).

Le Programme québécois de lutte contre le cancer (1998) ainsi que le Continuum de services pour les personnes atteintes de cancer et leurs proches (2004) recommandent tous deux d'offrir des soins qui tiennent compte de la globalité de la personne. C'est pourquoi le présent avis propose un mode de fonctionnement qui répond aux attentes de la clientèle et qui est aussi en accord avec ces recommandations. Cet avis se veut un outil de réflexion et un guide pour toutes les équipes d'oncologie. Leur expérience de collaboration étant déjà très riche, les recommandations présentées ici devraient faciliter le passage à une interdisciplinarité planifiée et réussie. Plusieurs ouvrages de référence sont cités pour le lecteur qui voudrait approfondir les concepts décrits.

Afin de favoriser l'implantation de cette nouvelle façon de travailler, le Comité de l'interdisciplinarité soumet des recommandations au Ministère (p. 48). La mise en vigueur de ces recommandations représente un défi de taille et exige un engagement à long terme vers le changement.

Cependant, compte tenu des réalités épidémiologiques, économiques et sociales émergentes, la structuration du travail en équipe constitue une réponse proactive incontournable si on veut éviter l'épuisement des ressources en oncologie et assurer à la clientèle une qualité de services sans cesse renouvelée.

INTRODUCTION

À la demande du Conseil québécois de lutte contre le cancer (remplacé en 2004 par la Direction de la lutte contre le cancer), le Comité des équipes interdisciplinaires a été instauré avec le mandat de fournir au ministère de la Santé et des Services sociaux des recommandations susceptibles de faciliter la mise sur pied d'équipes interdisciplinaires en oncologie. Cette demande faisait écho aux recommandations du Programme québécois de lutte contre le cancer qui proposait dès 1998, au moment de sa publication, la mise en place de telles équipes interdisciplinaires dans tous les établissements des paliers locaux, régionaux et suprarégionaux (CHA, CHU). Le programme propose, il convient de le rappeler, un réseau de services intégrés de lutte contre le cancer qui répondra aux besoins des personnes atteintes et de leurs proches et à faciliter l'accès à des soins de qualité qui répondent à des standards de pratique et ce, tout au long du continuum de soins, dans un souci d'équité, d'efficacité et d'efficience.

Formé de représentants de divers établissements (centres hospitaliers des niveaux locaux, régionaux et suprarégionaux, du milieu universitaire, ou possédant une expérience en milieu communautaire ou en CLSC) et de diverses disciplines (hémato-oncologue, radio-oncologue, médecin en soins palliatifs, pharmacien, infirmière, nutritionniste, travailleuse sociale, psychologue, animateur de pastorale, responsable de bénévoles), le Comité des équipes interdisciplinaires a privilégié différentes avenues pour produire cet avis. D'abord, il s'est lui-même prêté à un exercice de réflexion collective. Il a ensuite procédé à une recension de la littérature, puis a consulté les présidents des différents comités du Conseil québécois de lutte contre le cancer ainsi que l'ensemble des responsables régionaux pour connaître leur conception et leur expérience du travail interdisciplinaire en oncologie.

Les personnes consultées ont été unanimes à reconnaître l'importance du travail en interdisciplinarité. Toutefois, même s'il est de plus en plus soutenu empiriquement et proposé comme mode de prestation de services dans plusieurs secteurs d'activité, le travail interdisciplinaire demeure encore aujourd'hui peu répandu en oncologie. En effet, les modes d'organisation varient énormément d'une région à l'autre et, souvent, reposent encore sur un modèle s'inspirant davantage de la « multidisciplinarité », où les professionnels se succèdent au chevet d'un même patient, mais sans que leurs actions ou leur compréhension, des symptômes (problèmes cliniques biopsychosociaux complexes) soient orchestrées. L'approche interdisciplinaire permet cette intégration, mais son implantation dans le domaine de l'oncologie, partout en province, s'avère complexe en raison des conditions organisationnelles et des modalités de fonctionnement obligatoirement requises pour en assurer la concrétisation. Elle implique que chacun des professionnels en cause (et ils sont nombreux en oncologie) revoit ses pratiques en privilégiant une approche globale des besoins des personnes atteintes. Elle repose sur la

collaboration et le soutien interprofessionnel de même que sur l'ouverture aux visions de l'autre, en vue d'une lecture commune des situations et d'une concertation quant aux solutions proposées, tout au long du continuum de soins. Les directions des établissements doivent pour leur part offrir des moyens opérationnels concrets pour soutenir la réorganisation du travail que l'interdisciplinarité exige, et ce, dans un contexte de rareté des ressources et des demandes complexes sans cesse grandissantes.

Le présent avis veut préciser les conditions à respecter pour assurer la réussite du travail en équipes interdisciplinaires en oncologie. Il s'inspire de connaissances récentes et validées dans ce domaine, de l'expertise professionnelle des différents membres du Comité et de la vision des personnes consultées.

Le document se divise en quatre chapitres. Le premier précise le contexte qui caractérise le travail en oncologie, au moyen de statistiques et d'une description des clientèles, ainsi que les différents besoins des personnes atteintes, de leurs proches et des professionnels soignants. Le deuxième s'attarde aux définitions de l'interdisciplinarité et à ses avantages pour les différents acteurs d'un réseau de soins centré sur la personne atteinte et ses proches. Le troisième traite des conditions nécessaires à l'implantation des équipes interdisciplinaires, des modalités de fonctionnement proposées pour en assurer l'efficacité, de la composition de ces équipes, de quelques aspects de leur fonctionnement pratique et de l'importance d'en évaluer l'impact clinique. Le quatrième chapitre, enfin, présente des recommandations en vue d'une mise en œuvre efficace de la pratique interdisciplinaire en oncologie dans tout le Québec.

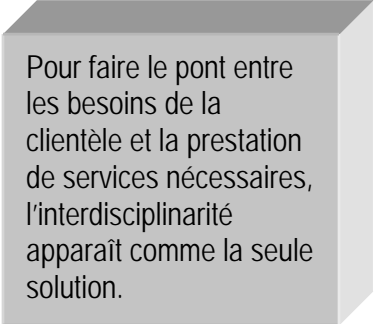
Il convient de souligner que le Comité des équipes interdisciplinaires s'est concentré sur la dimension « traitement et soutien en oncologie » du Programme québécois de lutte contre le cancer, et a ainsi laissé à d'autres comités le soin d'aborder les aspects relatifs à la prévention-promotion ou portant plus particulièrement sur la prestation de soins palliatifs. Les grands principes guidant la mise en place et le fonctionnement des équipes interdisciplinaires s'avèrent cependant les mêmes, quel que soit le secteur d'activités. Ils s'appliquent partout où la complexité oblige la spécialisation des approches et la collaboration de multiples professionnels pour atteindre une qualité optimale de soins et de services, comme c'est le cas en soins palliatifs, notamment (Ford, 2003 ; Goldstein, Walsh et Horvitz, 1996 ; Biger, 2000).

Avec cet avis, le Comité des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer souhaite offrir des repères pratiques pour promouvoir et soutenir l'implantation et le développement d'équipes interdisciplinaires en oncologie partout au Québec.

CHAPITRE 1 : LE CONTEXTE EN ONCOLOGIE

L'oncologie constitue un domaine d'intervention très particulier caractérisé par la lutte que mène un éventail impressionnant de spécialistes contre une maladie qui apparaît la plupart du temps de façon sournoise et qui menace l'intégrité même de la personne. Le diagnostic de cancer, dont la simple évocation entraîne stress et anxiété parce qu'il rime encore trop souvent avec souffrance et mortalité, touche le patient qui en est atteint dans toutes les sphères de son existence et bouleverse aussi tout son entourage. Les conséquences possibles de cette maladie et de son traitement sur la vie d'un individu sont telles que le cancer demeure, malgré les percées scientifiques et technologiques modernes, une tragédie individuelle et collective. Il constitue d'ailleurs, selon la Société canadienne du cancer, la première cause de décès prématuré partout au pays (Statistique Canada, 2004).

Faire face au cancer, c'est en quelque sorte sortir l'artillerie lourde, ne rien ménager, agir sur tous les fronts à la fois afin d'assurer la survie des personnes atteintes et limiter les séquelles de l'envahissement de la maladie et celles inhérentes aux traitements. C'est de favoriser à toutes les étapes du processus une qualité de vie optimale pour la personne atteinte et ses proches, et accompagner vers la mort, le plus dignement possible, un certain nombre de patients (Kearsley, Schonfeld, Sheehan, 1998 ; Strutton, 2002).



Pour faire le pont entre les besoins de la clientèle et la prestation de services nécessaires, l'interdisciplinarité apparaît comme la seule solution.

Le travail en oncologie comporte nombre de particularités qui distinguent ce domaine des autres champs d'interventions en santé :

- le rapport étroit qu'entretiennent les personnes atteintes et les soignants avec la mort à des étapes de vie souvent trop précoces ;
- l'importance d'intervenir rapidement et d'opter d'emblée pour le bon traitement ;
- le nombre de spécialistes en cause ;
- les changements rapides de la technologie ;
- la complexité des traitements ;
- les besoins des personnes atteintes et leurs proches ;
- les coûts toujours croissants de la lutte contre le cancer ;
- la limite des ressources.

Tableau 1 : Considérations importantes en oncologie

➤ La vie de la personne est menacée
➤ La notion de « temps » est cruciale
➤ Les personnes atteintes et leurs proches éprouvent un haut niveau de détresse
➤ Une multitude de spécialistes sont concernés
➤ Les techniques de soins et la technologie évoluent rapidement
➤ Les traitements médicaux provoquent des effets indésirables
➤ Les professionnels doivent traiter une multiplicité de types de cancer
➤ La gamme de soins et services relève de différents établissements et partenaires parfois géographiquement éloignés
➤ Les besoins de la personne atteinte varient en fonction de plusieurs paramètres (nature du cancer, âge, statut socioéconomique, antécédents, caractéristiques personnelles, familiales, environnementales, culturelles, spirituelles)
➤ La personne atteinte souhaite participer aux décisions la concernant
➤ Les proches éprouvent des besoins en matière de soutien et d'engagement des équipes soignantes
➤ La croissance et le vieillissement de la population contribuent à la hausse des demandes en oncologie
➤ La co-morbidité, les problèmes socioéconomiques et les différentes crises que traversent les personnes atteintes exposent les soignants à des situations complexes de soins (problèmes biopsychosociaux ou symptômes)

1.1 La réalité du cancer : quelques statistiques

On estime que 36 400 nouveaux cas de cancer seront diagnostiqués au Québec au cours de la seule année 2004 (18 300 hommes et 18 100 femmes), et que 18 400 personnes décéderont des suites de cette maladie (9 900 hommes et 8 500 femmes).

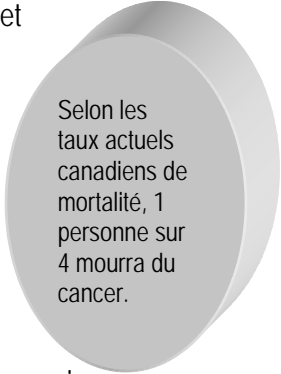
À partir du taux de prévalence mesuré sur une base de cinq ans, soit de 1994 à 1998, c'est près de 100 000 québécois qui vivaient avec le cancer en 1998.

Les cancers les plus fréquents sont les cancers du poumon, du sein, de la prostate, et le cancer colorectal. À eux seuls, ils ont causé plus de 50 % des décès attribuables au cancer au Québec en 2004.

Parmi les personnes atteintes se trouvent des gens de tous les groupes d'âge, y compris des enfants. Au Canada, entre 1994 et 1998, 1 289 cas de cancer en moyenne ont été diagnostiqués annuellement chez les 0-19 ans, et 231 sont décédés annuellement durant cette période.

Depuis 1990, l'incidence du cancer progresse de 3 % annuellement, si bien qu'on estime que 1 femme sur 3 et 2 hommes sur 5 risquent d'être atteints de cancer au cours de leur vie (MSSS, 2003).

(Sauf indication contraire, les données de cette section proviennent de Statistique Canada, *Statistiques canadiennes sur le cancer*, 2004.)



Selon les taux actuels canadiens de mortalité, 1 personne sur 4 mourra du cancer.

1.2 Derrière les chiffres, des personnes et des besoins

Que nous apprennent les données statistiques ?

- 1) Personne n'est à l'abri du cancer (pas même les soignants !).
- 2) Tous les groupes d'âge sont visés : enfants, adolescents, adultes et personnes âgées, mais le cancer ne les atteint pas tous également, autant pour ce qui est de l'incidence que du site tumoral. Pour chaque groupe d'âge, des traitements précis sont requis et leur efficacité varie considérablement. À l'heure actuelle, les enfants et les adolescents sont ceux qui connaissent les plus faibles taux de mortalité (80 % de survie après cinq ans, selon Statistique Canada).

- 3) Les personnes de 65 ans et plus sont les plus touchées car elles représentent à elles seules 60 % de tous les nouveaux cas de cancer. Cette réalité aura, à terme, des conséquences graves pour le Québec qui connaît un vieillissement très important de sa population, ce vieillissement entraînant une augmentation fulgurante, et inévitable, du volume des problèmes de santé. Le Québec compte à l'heure actuelle plus de un million de personnes âgées de 65 ans et plus, soit 13 % de sa population, et cette proportion continue à augmenter. Le groupe des 65 ans et plus pourrait représenter 30 % de la population du Québec en 2041 (Institut de la statistique du Québec, 2004).

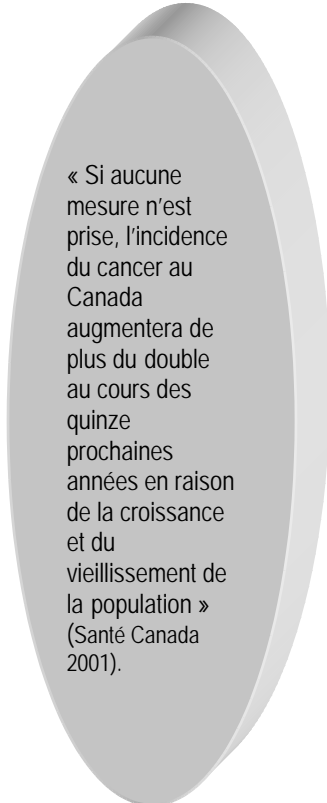
1.3 Les besoins des personnes atteintes et de leurs proches

Différents travaux portent sur les besoins des personnes atteintes et de leurs proches, tels que les différents avis transmis au Conseil québécois de lutte contre le cancer, le continuum de services pour les personnes atteintes de cancer et leurs proches et différentes autres études.

Le Ministère a déjà répertorié des éléments mettant en lumière l'importance de l'interdisciplinarité (Continuum de services, 2004). Ce sont les suivants :

- l'accès à des services de qualité proches du milieu de vie ;
- les délais d'attente les plus courts possible ;
- le soutien dès l'annonce du diagnostic ;
- une information juste et compréhensible ainsi qu'une bonne communication (qualité d'écoute des soignants) ;
- le respect ;
- la prise en compte de la douleur (au moment de la « prise en soins ») ;
- la reconnaissance des coûts de la maladie pour la personne malade et sa famille ;
- l'accès à des soins palliatifs de fin de vie ;
- la collaboration avec le secteur bénévole et communautaire.

Dans son avis au Conseil québécois de lutte contre le cancer (2004), le Comité d'évolution de la pratique infirmière regroupe en deux grandes catégories les principaux besoins de la clientèle : les besoins découlant de la maladie et les besoins liés à l'organisation des soins et services. Ils sont résumés dans le tableau 2 ci-dessous.



« Si aucune mesure n'est prise, l'incidence du cancer au Canada augmentera de plus du double au cours des quinze prochaines années en raison de la croissance et du vieillissement de la population » (Santé Canada 2001).

Tableau 2 : Les besoins de la clientèle

Besoins qui découlent de la maladie	Besoins reliés à l'organisation des soins et services
<p>Gestion des symptômes, ce besoin est mentionné comme prioritaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> · besoin d'information ; · désir de participation au processus décisionnel ; · soutien psychologique, social et spirituel ; · soutien aux proches, approche familiale. <p>Sur le plan matériel, certains besoins sont identifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> · besoins financiers ; · aide aux activités de la vie quotidienne et domestique ; · répit ; · équipements de soins ; · transport et accompagnement. 	<p>Accessibilité :</p> <ul style="list-style-type: none"> · éviter tout délai, faciliter l'accès à des services non disponibles dans la région de résidence, donner accès à tous les services spécialisés requis. <p>Qualité :</p> <ul style="list-style-type: none"> · une haute compétence de tous les professionnels est réclamée en tout temps. <p>Continuité :</p> <ul style="list-style-type: none"> · maintenir un lien privilégié avec une personne désignée dans équipe soignante ; éviter les chevauchements, les incohérences, les ruptures de services et les délais qu'ils entraînent. <p>Coordination :</p> <ul style="list-style-type: none"> · assurer le lien entre toutes les instances en cause ; · éviter la fragmentation de soins qui peuvent s'étendre sur de longues périodes ; <p>mettre à contribution plusieurs partenaires et lieux de prestation de soins.</p>

Le Comité des représentants des personnes atteintes de cancer et des proches (2004) insiste aussi sur l'importance que les besoins globaux soient entendus et reconnus : besoins d'ordre physique, besoins en soutien psychologique et affectif, en informations (sur tous les plans : médical, juridique, fiscal et financier, sur les ressources de soutien du milieu, sur l'acquisition de saines habitudes de vie et la prévention), besoins d'ordre matériel, financier, pratique et spirituel, besoin de s'engager dans la lutte contre le cancer (Ashbury 1998).

L'intervention en oncologie implique donc davantage que le diagnostic et le traitement chirurgical ou pharmacologique pris isolément. Les personnes atteintes de cancer réclament elles-mêmes l'accès à un plan d'intervention concerté axé sur leurs besoins globaux et ceux de leurs proches, ainsi que la reconnaissance de leur expertise et compétence. Des auteurs soulignent d'ailleurs que **la satisfaction de la clientèle augmente lorsque l'approche de soins prend en considération les besoins biopsychosociaux et spirituels de la personne** (Walker, Ristvedt et Haighey, 2003 ; Ponte et coll., 2003 ; Gerteis et coll., 1993). Le soutien, l'adaptation et la réadaptation sont autant de besoins que doivent considérer les soignants, et ce, dès l'annonce du diagnostic de cancer, comme le relève le Comité de soutien, d'adaptation et de réadaptation dans son avis au Ministère (2004).

1.4 La réalité du côté des soignants

Les soignants sont soumis à des pressions majeures, dont **l'accroissement de la clientèle**. À cet égard, les statistiques sont éloquentes et les projections sont loin d'être rassurantes. Les ressources actuelles ne pourront suffire aux augmentations de clientèle prévues. De plus, les restrictions budgétaires imposées depuis plusieurs années limitent encore le nombre de ressources affectées directement aux soins et services.

La diversité et la complexité des besoins exprimés par les personnes atteintes et leurs proches constituent également un défi de taille. L'humanisation suppose d'individualiser les soins et services et de tenir compte de la gamme des besoins. Toute une équipe de professionnels de formations très variées est donc mise à contribution, parfois au cours d'un même épisode de soins (sur les plans : médical, chirurgical, infirmier, pharmacologique, nutritionnel, psychosocial, spirituel, juridique, financier, matériel). La conjugaison des expertises devient alors essentielle pour faire face à la complexité grandissante et pour maintenir la qualité des services (Spinetta et coll., 2000).

Le vieillissement de la population québécoise exige de consacrer plus de temps à chacune des étapes du continuum en raison du fonctionnement moins rapide des personnes atteintes, voire de leurs proches qui sont souvent, eux aussi, des personnes vieillissantes (Palkinala, 2003). Or du temps, on en manque partout ! **La co-morbidité** est un autre phénomène qui influence la prestation des soins et services (Penyamini et coll., 2002). Aussi l'oncologie gériatrique s'impose-t-elle graduellement comme spécialité (Yancik et Ries, 2000 ; Chenowith et coll., 2005 ; Kim, 2005).

Par ailleurs, la société québécoise est de plus en plus multiculturelle. **La diversité culturelle** s'ajoute donc aux nouvelles réalités qui modifient le rapport soignant-soigné et qui obligent à revoir certaines pratiques, à adapter certaines approches, particulièrement

lorsqu'on tente de **garder la personne atteinte au cœur de la démarche de soins** (Cohen et Paloz, 2001 ; Coutu-Wakulczyk, 2003).

Le désir des personnes atteintes et de leurs proches de participer aux décisions qui les touchent rend cruciale la circulation de l'information entre ceux-ci et les membres de l'équipe de soins. L'implantation de la fonction « infirmière pivot », qui établit un lien privilégié avec les personnes atteintes et leurs proches et qui assure la coordination des interventions (comme le recommande le PQLC), facilite cet aspect des soins (Haggerty et coll., 2003 ; Gerteis et coll., 1993).

Les exigences à l'égard de la qualité des soins sont très élevées et viennent de toutes parts : des personnes atteintes et de leurs proches (qui sont de plus en plus à l'affût des derniers protocoles et qui consultent les sites Internet et les multiples sources d'information sur le sujet), des différents ordres professionnels, des directions d'établissement, des organismes d'agrément, du Ministère lui-même. Toutes ces instances imposent de hauts standards de performance. Les interventions en oncologie se doivent de reposer sur **l'utilisation de données probantes** dans chacun des secteurs de soins, de façon à assurer la compétence de tous les professionnels en cause (Cook et Grant, 2002 ; Udod et Care, 2004). En l'absence de données probantes pour certaines situations cliniques, une pression s'ajoute sur chacun des intervenants.

Les questions éthiques à elles seules ajoutent à la complexité des situations. Confidentialité des informations, consentement libre et éclairé, respect des volontés du patient, soulagement de la douleur, confort et qualité de vie résiduelle, décisions relatives à la fin de vie sont autant d'aspects à considérer dans la prestation des soins et services en oncologie. Ces questions sont toujours lourdes de signification pour la personne atteinte et ses proches et exigent, de la part des soignants, d'allier savoir, compassion, responsabilités légales et déontologiques en tenant compte d'un contexte où les ressources sont limitées et où l'efficacité constitue une composante de la qualité (Dunn, 1998 ; Freedman, 2003 ; Klagsbrun, 1990 ; Christensen, 2002).

Le travail en réseau avec toutes les instances en cause (locales, régionales ou suprarégionales, du réseau institutionnel ou communautaire) contribue à rapprocher les soins des milieux de vie des personnes atteintes et à optimiser l'utilisation des ressources spécialisées en oncologie. Toutefois, il comporte aussi son lot d'exigences. Il ne suffit plus aux professionnels d'être présents au sein d'une équipe de soins. Ceux-ci doivent également se concerter avec tous les partenaires en cause, ce qui suppose une circulation fluide de l'information de même que des mécanismes de liaison facilitant la transition entre les lieux de prestation de soins et les divers milieux de vie des patients après leur départ de l'hôpital (MSSS, 2003).

Pour éviter la fragmentation des soins et assurer la sécurité de ceux-ci à toutes les étapes, la communication devient un élément capital (De Valck et Van de Wolstijne, 1996). Comme chaque professionnel détient une partie de l'expertise nécessaire au traitement global de la personne atteinte, il faut prévoir des modalités qui facilitent la mise en commun et la complémentarité de ces compétences diverses, sans chevauchement ni incohérence, tout en respectant des standards de qualité (Fallowfield et Jenkins, 1999).



EN BREF, DU CÔTÉ DES SOIGNANTS



- Les praticiens ont **besoin d'être soutenus** dans leur lecture clinique des situations parce qu'elles s'avèrent de plus en plus complexes et que la demande en oncologie ne cesse de s'accroître.

- Les professionnels de la santé oeuvrant en oncologie, aussi engagés soient-ils auprès de leur clientèle, présentent des **indices d'essoufflement**. Ces symptômes sont associés à la lourdeur de leur tâche et à une organisation du travail établie il y a de cela plusieurs années ne permettant plus de faire face aux défis des traitements et des situations cliniques actuelles (D'Amour 2002) (Tremblay et al. 2000). Des **problèmes d'attraction et de rétention du personnel** commencent d'ailleurs à se manifester (Bakker et al. 2003).

- Le travail interdisciplinaire devient pour eux un levier pour l'intégration et l'actualisation de **cinq ordres de défis** :
 1. la qualité à toutes les étapes du continuum
 2. la conjugaison d'expertises de plus en plus spécialisées
 3. l'humanisation des soins et des services offerts
 4. l'utilisation judicieuse des ressources
 5. le soutien aux membres de l'équipe

CHAPITRE 2 : LE CONCEPT D'INTERDISCIPLINARITÉ

2.1 Quelques définitions

Plusieurs définitions s'appliquent à l'interdisciplinarité. Elles reflètent à la fois les visées du travail interdisciplinaire, de même que l'esprit qui l'anime et la manière dont il s'effectue. Une des définitions de l'interdisciplinarité souvent citée dans les documents récemment soumis au Ministère par différents groupes de travail est celle proposée par Hébert (1997).

« Le regroupement de plusieurs intervenants ayant une formation, une compétence et une expérience spécifiques qui travaillent ensemble à la compréhension globale, commune et unifiée d'une personne en vue d'une intervention concertée à l'intérieur d'un partage complémentaire des tâches ».

Cette définition a l'avantage de mettre l'accent sur le rôle central occupé par la personne visée par les soins et sur le but poursuivi par l'équipe de travail, c'est-à-dire **un plan de soins concerté**.

En oncologie, le travail interdisciplinaire vise essentiellement à accroître la qualité des soins aux personnes atteintes de cancer et aux proches (la cible commune) en combinant l'expertise unique de chacune des professions. L'équipe interdisciplinaire ne se résume donc pas à un regroupement permanent d'un ensemble de spécialistes effectuant des tâches en série (ce qui correspondrait davantage au concept de multidisciplinarité), mais exige en plus une synthèse et une concertation entre les points de vue qui s'intègrent en un tout cohérent (Hébert, 1997). Comme le souligne Dussault (1990) :

« Dans l'équipe multidisciplinaire, il y a juxtaposition d'expertises différentes alors que dans l'équipe interdisciplinaire, ces expertises sont intégrées ; dans le premier cas les bénéfices équivalent à la somme des contributions de chacun des membres alors que dans le second, par un effet de synergie, le bénéfice est plus grand que celui produit par l'addition des contributions individuelles. »

Cette distinction entre la multidisciplinarité et l'interdisciplinarité est majeure et se rapporte aux interactions entre les différents professionnels, interactions qui sont à l'origine d'une véritable synergie d'équipe. On parle alors de « coopération dynamique » (Covey, 1999, cité dans Tremblay et Gagnon, 2004). Pour Tremblay (2004), la coopération dynamique est un incontournable de l'interdisciplinarité ; elle renvoie aux diverses compétences individuelles des intervenants qui sont mises au service des personnes et de leurs

proches. De la conjugaison des compétences et apports individuels résulte une synergie propre à faire émerger la **compétence collective** (Cooper, Carlisle, Gibbs et Watkins, 2001 ; Le Boterf, 2002). Ces concepts sont présentés plus en détail en annexe.

En oncologie, cette synergie se traduit par une lecture plus éclairée des besoins de la personne atteinte, puisqu'elle repose sur la « potentialisation » des expertises de chacun (le 1+1 = 3 du tableau de l'annexe), sur un consensus professionnel qui va plus loin que la simple collaboration. L'interdisciplinarité assure donc la complémentarité des disciplines les unes par rapport aux autres dans la réponse complexe qui doit être donnée aux besoins de clients communs (Boisvert et Lachapelle, 2002 ; Tremblay et coll., 2000).

Sur un plan pratique, le travail interdisciplinaire implique que chaque intervenant ait **accès aux informations pertinentes et utiles** concernant le patient et ses proches, qu'il partage sa vision disciplinaire des symptômes et leurs causes possibles en vue de l'élaboration d'un plan d'intervention cohérent et individualisé qui sera respecté et « potentialisé » par chacun. Il en résulte alors, au sein de l'équipe de soins, une approche plus arrimée qui réduit les risques de clivages, d'affrontements ou de contradictions entre les différents professionnels intervenant auprès de la personne atteinte (et de ses proches). Celle-ci se trouve mieux « saisie » dans sa globalité et reçoit, de tous les professionnels qui gravitent autour d'elle, les mêmes informations ou consignes. **L'interdisciplinarité facilite donc chez le patient l'ouverture au changement et son adaptation à sa nouvelle situation de santé**, dans un contexte où presque toujours, des choix difficiles s'imposent quant au traitement ou à la poursuite de certaines interventions.

L'interdisciplinarité permet de faire face à la complexité, de transcender les spécialités en permettant aux professionnels de se soutenir et de s'imprégner de l'expertise des autres en vue d'une action plus efficace et plus concertée. **L'interdisciplinarité conduit aussi à une plus grande ouverture au travail en réseau, démontre l'importance du suivi de l'information (travail en relais) et sensibilise chacun des intervenants à la complexité de l'interaction patient/famille/professionnels.**

2.2 Les avantages du travail en interdisciplinarité

Le Continuum de services pour les personnes atteintes de cancer et leurs proches (2004) insiste sur les avantages du travail en équipes interdisciplinaires en ces termes :

- **l'accessibilité** par un meilleur accès aux professionnels et aux services :
- **la coordination** des services et la continuité par une plus grande cohérence dans les interventions réalisées par les divers acteurs du continuum de soins et d'accompagnement ;
- **la qualité** par un approfondissement de l'expertise, par une meilleure circulation des informations pertinentes, par le développement de normes de pratique fondées sur des données probantes.

St-Arnaud (2003) soutient que l'interaction professionnelle dans une structure de coopération est la seule voie d'avenir pour **répondre aux besoins variés et complexes de la clientèle** (la personne atteinte et ses proches) **et aux besoins des professionnels**. Cette conceptualisation des équipes de soins a fait l'objet de plusieurs recherches, dont celles de D'Amour (2002), Le Boterf (2002) ainsi que Shortell, Waters, Clarke et Budetti (1998).

Le travail en interdisciplinarité devient une façon de prémunir le réseau contre le danger de fragmentation des soins et des services qu'entraînent la surspécialisation du travail médical et la formation, depuis les années 80, de nombreuses équipes sur la base de leur spécialité (Meijer et Vermeij, 1997). La conjugaison des diverses expertises et contributions permet de présenter à la personne atteinte de cancer une **vision intégrée et non morcelée de son diagnostic, de son traitement et des possibilités de soutien** (Legault, 2003). L'interdisciplinarité transcende le savoir théorique en allant au-delà des limites habituelles, elle incite à développer les liens et des relations souvent méconnues entre les diverses disciplines, et stimule la **collaboration** et la **coopération** entre les différents professionnels et partenaires (Grenier et Lemieux, 2003). Cette collaboration, perçue par la personne atteinte et les proches, les invite à devenir des partenaires des soignants pour agir sur leur situation de santé. Ce rapprochement des soignants a un effet notable sur l'alliance patient/intervenants (Horvath, 2001 ; Chen et Bernstein, 2000).

La Loi sur les services de santé et les services sociaux, le récent projet de loi 83 qui revoit l'ensemble du cadre législatif en santé et services sociaux (et qui consolide les services de proximité) ainsi que de nombreux rapports consacrés à l'amélioration des soins au Québec réaffirment la place que doit occuper la personne malade, soit **au centre des préoccupations des professionnels de la santé et des soins** (Patenaude et

Xhignesse, 2003). **Allier l'évolution technologique et la dimension relationnelle constitue un grand défi** (Legault, 2003 ; Malherbe, 2003), ne serait-ce qu'en raison de la vitesse folle à laquelle se fait cette évolution. Bien qu'on dispose de tests ou d'examens de plus en plus performants, de protocoles validés ayant démontré leur efficacité, ces outils ne doivent en aucun cas devenir la finalité des soins. Or, le risque de réduire une personne malade au statut d'objet de soins est constamment présent. Dans sa Politique en soins palliatifs de fin de vie publiée en 2004, le MSSS a même fait de la primauté des besoins et des choix des usagers le principe directeur devant servir d'appui à la planification, à l'organisation et à la prestation des services afin qu'on ne perde jamais de vue que **les soins doivent s'adapter aux personnes, et non l'inverse**. Le mode de soins balisé par l'interdisciplinarité met en lumière l'importance de transmettre toute l'information à la personne atteinte et à ses proches, de manière à ce que la personne soit aux commandes de sa destinée, qu'elle puisse procéder à des choix éclairés et se sente responsable de sa santé (Grandinetti, 2000 ; Massé, 2003). **L'équipe interdisciplinaire est fondamentalement un lieu de précaution et de garantie pour l'intégralité de la personne** (Freedman, 2003).

L'**efficacité** d'un tel modèle d'organisation de soins interdisciplinaires et ses effets quant à la **réduction des coûts de services** sont maintenant davantage appuyés par des études empiriques variées et rigoureuses, comme celles d'Ilman (2002), de Husting (1996) et de Lain et coll. (1998). On cible mieux les besoins de tous ordres et les traitements qu'ils requièrent, en raison de la synergie créée par la mise en commun des expertises, par la cohésion qui se développe graduellement au sein de l'équipe. On perd moins d'énergie et de temps, on s'épuise moins au travail et **la satisfaction augmente, chez les soignants comme chez les personnes atteintes** (Frank et Carmer, 1999 ; Doran et coll., 2002 ; Morrow, 1997 ; Roberts, 1999).

L'acquisition des compétences de base, puis des compétences d'excellence en oncologie, demande du temps et de l'engagement. Selon Benner (1984) et Brown, Esdaile et Ryan (2003), chaque professionnel a besoin d'initiation, d'expérience et de supervision pour en arriver à maîtriser son champ de pratique et raffiner son style d'intervention en se basant constamment sur des données probantes. Encore une fois, le travail en interdisciplinarité **facilite l'apprentissage de son contenu disciplinaire spécifique**, dans un domaine de spécialité comme l'oncologie. Les champs d'expertise et de responsabilité de chacun doivent être exercés, reconnus, respectés et soutenus (Farrell et coll., 2001 ; Miccolo et Spanier, 1993). D'ailleurs, les milieux d'enseignement et de formation sont conviés à **dépasser les cloisonnements disciplinaires** pour participer activement à des cadres d'enseignement interdisciplinaire préparant les professionnels aux défis qui les attendent (Cooper, Carlisle, Gibbs et Watkins, 2001 ; Fortier, 2003).

D'autres auteurs, comme Roberts (1999) et Strutton (2002), démontrent que la coopération et le travail fondés sur des objectifs communs sont le terrain d'avenir pour **répondre à l'augmentation de la clientèle** atteinte de maladie chronique, dont le cancer, de même qu'au vieillissement de cette même clientèle et à ses attentes.

L'interdisciplinarité, qui permet l'utilisation optimale des contributions individuelles, **maximise aussi l'utilisation des ressources** en évitant les chevauchements et les délais. Dans le contexte actuel et compte tenu des réalités épidémiologiques, économiques et sociales émergentes, la structuration du travail d'équipe constitue une réponse proactive incontournable. Appuyée par le partage des connaissances spécifiques et une lecture commune, l'interaction des professionnels **augmente ainsi la compétence de chacun** (Le Boterf, 2002 ; Lescaubeau, 2001 ; Senge et coll., 2000 ; Tremblay, Proulx, Vermette et Gaudreault, 2000). La **satisfaction des professionnels** dans de telles équipes est confirmée dans plusieurs études récentes (Meijer et Vermeij, 1997 ; Voyer, 2001 ; Walczak et Absolon, 2001).

Les études démontrent que le travail d'équipe **crée des liens** entre les différentes professions et ouvre des canaux formels et informels de communication. Le travail d'équipe contribue ainsi à stimuler le développement professionnel, à faciliter le **soutien mutuel** et par le fait même, **à accroître la satisfaction du personnel**. Le travail en équipe permet aussi aux intervenants **d'alléger le fardeau associé à certaines dimensions de la pratique clinique, telles que les décisions d'ordre éthique** (MSSS, 2004 ; Klagsbrun, 1990). Ces avantages de la culture interdisciplinaire se traduisent par une **meilleure santé au travail**, un sentiment d'accomplissement individuel et collectif de même que par **une attraction et un maintien plus grand du personnel (rétention)**, malgré une exposition continue à des situations cliniques exigeantes et complexes (Becker-Riems et Garret, 1998 ; Pauchant, 2002).

La collaboration interdisciplinaire est fréquemment prolongée par une **collaboration inter-établissements**. Lorsque le patient est bien connu de l'équipe de diagnostic (ex. : équipe locale), qu'un plan d'intervention interdisciplinaire individualisé a été rédigé et a peut-être même fait l'objet d'une présentation à la réunion clinique interdisciplinaire, la demande de services au CLSC ou à d'autres partenaires sera sans doute beaucoup plus claire et explicite. La **continuité** des soins et la **sécurité de la personne atteinte** sont alors assurées à toutes les étapes du processus (Continuum de services, 2004). Cette continuité est d'autant plus importante en oncologie, les patients ayant à traverser plusieurs phases au cours de leur épisode de soins : la phase diagnostique, la phase de transition diagnostic-curatif, la phase curative, la phase de transition curatif-palliatif et la phase palliative (Turgeon et coll., 2004). Il importe qu'il n'y ait pas de rupture qui soit ressentie par le patient entre chacune de ces phases.

L'organisation des soins et services qui privilégie le travail en équipes interdisciplinaires profite à tous les acteurs en cause (voir le tableau synthèse ci-dessous). Il n'est donc pas étonnant que de toutes parts, les pressions s'orientent en ce sens. En effet, le Programme québécois de lutte contre le cancer, le Continuum de services aux personnes atteintes de cancer et leurs proches, les différents organismes et instances ayant fourni au Ministère des avis en matière de lutte contre le cancer s'accordent tous pour faire du travail en interdisciplinarité une modalité à implanter en oncologie. **Le Conseil canadien d'agrément (CCA), qui évalue et qui accrédite les hôpitaux du Québec, et le ministère de la Santé et des Services sociaux en ont d'ailleurs déjà fait un critère d'accréditation. La promotion de l'interdisciplinarité comme standard provincial de pratique en oncologie devient donc urgente.**

Tableau 3 : Avantages du travail interdisciplinaire selon les acteurs en cause

La personne atteinte	Les proches	Les soignants	Le réseau	Le Ministère
Qualité de soins : accès à plusieurs expertises concertées	Engagement tout au long du processus	Circulation efficace de l'information	Circulation efficace de l'information inter-établissements	Accessibilité accrue
Évaluation continue et systématique de l'ensemble de ses besoins et ressources	Collaboration avec l'équipe soignante auprès de la personne atteinte	Reconnaissance de l'expertise de chacun et des limites de celle-ci	Continuité et cohérence des soins	Qualité des soins et services
Interventions reposant sur la lecture des symptômes	Accès à des services de soutien adaptés à leurs besoins et ressources tout au long du processus	Soutien et partage des expertises facilitant la lecture des situations complexes	Diminution des délais, des chevauchements	Continuité au sein du réseau intégré
Accès à des services de soutien adaptés à ses besoins tout au long du processus	Prévention de l'épuisement et de deuils pathologiques	Collaboration et accroissement du sentiment d'utilité	Facilitation à standardiser les outils de suivi (protocoles, collectes de données, cheminement clinique, modalités des orientations (références) interprofessionnelles et inter-établissements	Diminution des coûts reliés :
Accès à des services le plus près du patient	Accès à l'information grâce à l'importance donnée par chacun des membres de l'équipe aux communications avec les proches	Travail de collaboration plutôt que de compétition	Meilleure utilisation des services selon le niveau de soins	<ul style="list-style-type: none"> - à la perte de continuité ; - aux délais inutiles ; - à la consommation inutile de soins ; - à l'absentéisme, à la rotation et à l'épuisement du personnel.
Continuité des soins entre les intervenants et entre les différents partenaires du réseau (cohérence, pertinence)	Accès à l'infirmière pivot qui répond aux interrogations et qui assure la liaison avec les membres de l'équipe inter et les ressources du réseau	Plus grande efficacité clinique en raison des apprentissages continus faits au sein de l'équipe	Accessibilité accrue	Utilisation optimale des ressources selon le niveau d'organisation de services
Liens continus avec l'infirmière pivot qui assure la liaison avec les membres de l'équipe inter et les ressources du réseau		Prise en considération de tous les niveaux de besoins de la personne atteinte et de ses proches	Intégration des services	Meilleure utilisation des expertises spécialisées
			Diminution du nombre d'intermédiaires (intervention directe)	Levier de transformation

Avantages de l'interdisciplinarité pour : (Suite)

La personne atteinte	Les proches	Les soignants	Le réseau	Le Ministère
<p>Plus grand respect de ses valeurs et croyances</p> <p>Participation aux décisions qui la touchent (maintien du pouvoir sur sa vie) et respect de son rythme</p> <p>Réduction des délais entre les différentes étapes du processus de soins</p> <p>Diminution de la détresse et de l'anxiété dues au manque d'information, à la fragmentation et à l'absence de continuité des services, ou à la négation de certains aspects de sa détresse</p> <p>Humanisation et individualisation des soins et services</p> <p>Meilleure reconnaissance et utilisation de ses compétences, forces et ressources (partenaire à part entière)</p>	<p>Plus grande reconnaissance et meilleure utilisation de leurs ressources, forces et compétences</p> <p>Satisfaction accrue à l'égard des soins et services</p> <p>Humanisation des soins et services offerts</p> <p>Satisfaction à l'égard du respect de leurs préoccupations</p>	<p>Développement d'habiletés à intervenir auprès des familles et des proches à l'apparition de symptômes complexes</p> <p>Rapprochements des savoirs plutôt qu'affrontement des savoirs</p> <p>Pratique de prévention et réduction des états de crise</p> <p>Plus haut degré de reconnaissance de la part de la clientèle et des proches</p> <p>Légitimation des différents savoirs dans la prise de décision</p> <p>Effet positif sur le climat de travail</p> <p>Protection contre l'épuisement (soutien et partage quant au fardeau de certaines situations et pour la prise de décisions éthiques)</p>	<p>Collaboration et diminution des conflits interprofessionnels et inter-établissements</p> <p>Maintien de la qualité par le partage des connaissances et guide de pratique</p> <p>Satisfaction de la clientèle</p> <p>Efficacité, efficience</p> <p>Meilleure qualité de soins à toutes les étapes du continuum</p> <p>Potentialisation de l'apprentissage et de la formation des intervenants</p> <p>Utilisation plus judicieuse des ressources</p> <p>Diminution du risque de rupture de services</p>	<p>Satisfaction de la clientèle</p> <p>Efficacité : réseau intégré offrant le bon service au bon moment par la bonne personne</p> <p>Efficience</p> <p>Meilleures possibilités de projets de recherche, collaboration entre les facultés universitaires, les établissements et les ministères</p> <p>Moyen de mieux gérer les changements (organisationnels et scientifiques) dans un contexte de ressources limitées</p> <p>Soutien à la pratique en réseau intégré et face à l'augmentation de la complexité des problèmes cliniques</p> <p>Meilleure collaboration entre les ordres professionnels</p>

Avantages de l'interdisciplinarité pour : Suite

La personne atteinte	Les proches	Les soignants	Le réseau	Le Ministère
<p>Sécurité inter établissement dans la prestation des soins</p> <p>Cohérence des actions thérapeutiques</p> <p>Satisfaction accrue à l'égard des soins et des services</p> <p>Réception d'informations selon sa capacité et ses priorités</p>		<p>Reconnaissance de la contribution de chacun</p> <p>Création d'un espace de réflexion</p> <p>Redéfinition des rapports de pouvoir</p> <p>Meilleure valorisation pour chacun (les réussites ne sont plus le fait d'une personne en particulier, mais bien le résultat des actions concertées de l'équipe patient/famille/soignants)</p> <p>Plus grande stabilité du personnel</p> <p>Attraction et rétention du personnel en oncologie (mieux formé et mieux soutenu, donc plus efficace et plus apprécié)</p>	<p>Intégration des résultats de recherches aux pratiques de soins par le biais des discussions interdisciplinaires</p>	

CHAPITRE 3 : LES CONDITIONS REQUISES POUR L'IMPLANTATION DES ÉQUIPES INTERDISCIPLINAIRES

Si les avantages du travail en interdisciplinarité sont nombreux, particulièrement en oncologie, les conditions essentielles à sa réalisation sont multiples et touchent des aspects à la fois organisationnels (orientations claires, organisation du travail, leadership, partage de responsabilités, description de fonctions, formation continue...) et professionnels (adhésion à une philosophie, compétences disciplinaires, attitudes de respect et de confiance mutuelle, capacité à partager le pouvoir...). On pourrait les diviser en deux grandes catégories : les conditions préalables à l'implantation et les modalités de fonctionnement (Lescarbeau et Champoux, 2001).

3.1 Les conditions préalables à l'implantation

- **Volonté affirmée de la direction de l'établissement de privilégier l'interdisciplinarité.** Cette volonté se concrétise par un soutien administratif qui assure la mise en place des conditions de pratique requises : leadership administratif, reconnaissance, organisation du travail, ratios de personnel, soutien concret (Grandinetti, 2000 ; Illman, 2002 ; Kilbey, 2001 ; Senge et coll., 1999). L'établissement doit également mettre en œuvre les moyens nécessaires pour la gestion du changement et la planification stratégique.
- **Leadership formel.** La responsabilité des équipes interdisciplinaires doit être confiée, **par voie officielle, à une personne en autorité** (un coordonnateur clinico-administratif). Cette personne veille à ce que les membres reçoivent la formation, le soutien, la supervision dont ils ont besoin. Elle est responsable d'organiser les rencontres d'équipe et de veiller à leur animation. Des personnes peuvent être désignées à tour de rôle pour animer la réunion (Bartel, 2002).
- **Leadership médical.** Il apparaît essentiel qu'un médecin assume cette responsabilité et travaille de concert avec le coordonnateur clinico-administratif. Il fait le lien auprès de ses pairs et s'assure de leur engagement et de leur collaboration soutenus au sein de l'équipe (Daykin et coll., 2002).
- **Philosophie et vision communes.** Cet aspect est incontournable. Pour travailler ensemble et parvenir à une concertation, on doit d'abord avoir un objectif commun et s'entendre sur les valeurs, la mission, l'approche, les objectifs ainsi que sur la **place centrale réservée à la personne atteinte**, à ses compétences et à ses ressources,

y compris les forces de son environnement familial et social. Plus une valeur semble importante pour le groupe, plus il est souhaitable que chacun y adhère (Likert, 1984 ; Lescarbeau et Champoux, 2001).

Formation de base sur les pertes provoquées par le cancer, sur les crises individuelles et familiales et sur le processus de deuil. Cette formation vise l'acquisition d'un langage commun ainsi que la normalisation des pratiques par tous les membres de l'équipe car leur travail en oncologie les exposera constamment à ces réalités. Elle est destinée à tout nouveau professionnel n'ayant pas d'expérience en oncologie ou en soins palliatifs. Cette formation brève (de plus ou moins sept heures) sur les principes fondamentaux du concept de perte et du processus de deuil sera bonifiée par la constante immersion dans l'équipe. Une compréhension partagée de ces aspects du vécu des personnes atteintes de cancer et de leurs proches (perte et deuil) contribue à améliorer la compétence collective par rapport à ces réalités et facilite l'adoption d'attitudes cohérentes par l'ensemble des intervenants, ce qui améliore d'autant le soutien offert à la clientèle et aux proches (Bailliet, 2002 ; Zucker, 2002 ; James et coll., 2001).

Compétence individuelle de chacun des membres. Chacun doit assumer son expertise disciplinaire afin de prendre la place qui lui revient au sein de l'équipe et contribuer à sa compétence. Le but de l'équipe n'est pas d'uniformiser les personnes, les mandats et les comportements, mais de reconnaître, d'intégrer et de mettre à profit les différences selon les exigences particulières de la situation (Tremblay, Proulx, Vermette et Gaudreault, 2000). La qualité de la formation de base est ici fondamentale. Chacun des professionnels doit aussi connaître les **données probantes** propres à sa discipline en oncologie, respecter les **normes et standards de sa pratique** et pouvoir compter sur des **conditions facilitant la mise à jour et le maintien de sa compétence** (ex. : accès à un centre de documentation, participation à des congrès ou colloques, regroupement de professionnels, etc.). Dans son avis au Conseil québécois de lutte contre le cancer, le Comité d'évolution de la pratique infirmière en oncologie (2004) recommande que, dans les milieux spécialisés en oncologie, les postes d'infirmières soient attribués en fonction de la compétence plutôt que par ancienneté. Compte tenu des exigences toujours plus élevées quant à la compétence disciplinaire requise pour œuvrer en oncologie, cette recommandation pourrait être élargie aux autres professionnels de l'équipe. Une attention particulière devrait aussi être accordée à l'orientation (formation au moment de l'embauche) de tout nouveau membre s'intégrant à l'équipe, afin de s'assurer qu'il ait toutes les informations lui permettant d'adhérer aux valeurs et pratiques privilégiées par l'équipe. Enfin, l'isolement que ressentent certains professionnels, parfois seuls représentants de leur discipline en oncologie, ne favorise en rien le partage d'information, d'outils cliniques, d'expériences vécues auprès des patients ou

de leurs proches. Des regroupements, aux niveaux régional et provincial, favoriseraient le développement de liens entre ces professionnels et contribueraient à soutenir leur compétence particulière.

- **Organigramme clair et description de fonctions pour chacun des membres.** Le rôle de chacun doit être le plus clair possible, connu et reconnu de tous les membres de l'équipe, afin que sa contribution soit mise à profit de façon optimale auprès des personnes atteintes et de leurs proches. On diminue ainsi les zones grises inévitables entre les professionnels et, par le fait même, on réduit les conflits et les délais indésirables pouvant en découler. Mais, malgré des descriptions de fonctions claires, il demeurera toujours des zones grises, qui peuvent constituer une embûche à la réussite du travail en équipes interdisciplinaires. Cependant, une description précise des champs de pratique et l'adhésion de tous à la philosophie conduisent à la création de zones d'interface et de partage. Si deux personnes ont les compétences pour répondre à une consultation, l'équipe aura à déterminer, en fonction du contexte, le professionnel le mieux positionné pour intervenir (par exemple : un travailleur social ou un psychologue, un physiothérapeute ou un ergothérapeute) (Carson et coll., 2001).
- **Adhésion et engagement des membres de l'équipe à l'égard des décisions prises en équipe.** Les membres de l'équipe doivent s'engager à respecter les décisions, même si celles-ci ne sont pas toujours unanimes. Le consensus doit toutefois rallier la majorité. Des mesures de suivi doivent être mises en place pour s'assurer du respect du plan d'intervention interdisciplinaire par chacun des professionnels (Moulin et Fraval, 2004). Un résumé du plan d'intervention devrait être consigné dans le dossier du patient à la suite de la réunion interdisciplinaire.
- **Intégration à l'équipe de tous les intervenants requis en nombre suffisant.** C'est-à-dire que font partie de l'équipe interdisciplinaire tous les intervenants requis selon le niveau d'organisation (local, régional, suprarégional), et ce, en nombre suffisant. **Ce nombre devrait varier au prorata du volume de clientèle.** Toutefois, on ne possède pas de standards reconnus. Les ratios n'ont pas encore été établis dans chacune des spécialités de l'oncologie, ni pour l'ensemble des professionnels. Cette question devrait être un objet spécifique de recherche, afin de guider les gestionnaires dans leurs décisions relatives à l'attribution des ressources (Sheppard et Kelvin, 1999). De plus, chacun des professionnels doit se sentir partie prenante de l'équipe interdisciplinaire, qu'il participe ou non à la réunion interdisciplinaire, qu'il intervienne de jour, de soir ou de nuit, et quelle que soit sa discipline.
- **Temps réservé et reconnu pour participer aux réunions interdisciplinaires et pour contribuer au plan d'intervention.** Il s'agit d'un autre élément majeur, trop souvent

ignoré par les directions, en raison du manque d'effectifs ou de la surcharge de travail occasionnée par la hausse de clientèle en oncologie.

· **Attitudes d'ouverture, de souplesse, d'écoute, de collaboration, de respect à l'égard de l'expertise des autres membres de l'équipe.** Le travail interdisciplinaire requiert une capacité à dépasser les différences et les similitudes pour se rallier à un projet commun défini avec la personne atteinte et ses proches. Il suppose aussi le **partage du pouvoir et une attitude d'humilité** qui se traduisent par une collaboration interprofessionnelle fonctionnelle (Morin, 1996 ; Hébert, 1997) et une visibilité de la contribution attendue de chacun au rendement collectif (Le Boterf, 2002). Le travail interdisciplinaire est par ailleurs favorisé par une « **attitude systémique** » qui permet d'appréhender un problème dans son contexte (Hébert, 1997).

· **Efficacité de la communication.** Chacun des membres doit développer des habiletés assurant une **communication efficace** (De Villermay, 2004). Comme le temps demeure une préoccupation constante en oncologie, une mise en commun rapide des informations pertinentes est essentielle pour solutionner concrètement les problématiques cliniques biopsychosociales (les symptômes). À cet effet, une personne doit être désignée pour animer la réunion afin que les discussions demeurent toujours orientées vers la construction du plan d'intervention. Tous les propos échangés en équipe sont intéressants, mais ne sont pas forcément pertinents pour résoudre le problème discuté (Walczak et Absolon, 2001 ; Tytelman, 2002 ; Tremblay, 2004). Selon St-Arnaud (1989), 80 % de l'énergie de l'animateur est consacrée à prendre soin du groupe et à veiller au bon déroulement de la réunion. Les personnes appelées à animer ces réunions profiteraient d'une formation propre à l'animation des petits groupes. Leur rôle d'animateur serait alors plus agréable et les résultats quant au déroulement (procédures), au contenu et au climat de la réunion seraient tangibles.

· **Formation de base sur le travail interdisciplinaire pour tous les gestionnaires et les intervenants.** Afin d'outiller gestionnaires et intervenants à faire face aux exigences du travail en équipe, cette formation doit inclure des connaissances minimales sur le fonctionnement d'un groupe et sur les approches de résolution de problèmes. Elle vise à développer la capacité à négocier les désaccords et les conflits, de même qu'à acquérir des habiletés de communication et de leadership, car **l'interdisciplinarité s'apprend** (Hébert, 1997 ; Fortier, 2003 ; Grenier et Lemieux, 2003 ; Dufour, 2004 ; D'Amour et Oandasan, 2005). Le temps consacré à cette formation peut varier, en fonction de la disponibilité des intervenants, afin de favoriser la présence de tous les membres de l'équipe (ex. : Durée de 7 h maximum).

3.2 Les modalités de fonctionnement

Une fois les préalables assurés et les équipes interdisciplinaires constituées, plusieurs modalités concrètes sont aussi requises pour assurer la bonne marche du travail au sein des équipes.

- **Régularité des réunions interdisciplinaires.** Par exemple, les réunions pourraient se tenir sur une base hebdomadaire.
- **Présence obligatoire** des représentants de chacune des disciplines décrites au niveau local pour les réunions cliniques interdisciplinaires. Quant au comité des thérapies du cancer, la pertinence de la présence des professionnels est à déterminer par chaque équipe. Enfin, la présence aux rencontres de soutien est optionnelle pour chacun des membres.
- **Types de réunions d'équipe.** Il importe de bien différencier les objectifs des différentes rencontres. La réunion interdisciplinaire doit être consacrée à l'élaboration des plans d'intervention.
 - 1) Rencontre **clinique interdisciplinaire** : son objectif ultime est le partage de l'expertise, relativement à des symptômes complexes, en vue de l'élaboration du plan interdisciplinaire de soins individualisés. Cette rencontre peut être tenue dans divers milieux de soins (ex. : clinique d'oncologie, unité d'hospitalisation, clinique de radiothérapie). Les réunions sont organisées en fonction du secteur d'activité.
 - 2) **Comité des thérapies du cancer** : ces rencontres portent sur la thérapie comme telle (révision des données du diagnostic, des stadifications et des plans de traitements médicaux).

Par ailleurs, d'autres types de réunions soutiennent l'efficacité du travail interdisciplinaire.

- 3) Rencontre **administrative** : ce type de rencontre, qui est par exemple la réunion de service, porte sur les aspects opérationnels, les orientations et le fonctionnement du service, la transmission d'informations venant de la direction, ou encore sur les demandes des employés (ex. : difficultés avec les autres services, demandes de formation, explication de nouveaux règlements, liens avec les partenaires, situations problématiques récurrentes, etc.).

- 4) Rencontre consacrée au **soutien des intervenants** : ce type de rencontre est axé sur le soutien professionnel (ex. : le co-développement). Ces rencontres constituent des lieux de parole et d'échange portant sur le vécu de chacun des soignants dans son travail auprès des personnes atteintes et des familles et sur ses relations avec les autres membres de l'équipe. Plusieurs auteurs ont publié des recherches démontrant l'effet des stressés sur les professionnels exposés en oncologie à des réalités humaines déchirantes, telle la mort (Papadatou et coll., 1994 ; Rando, 1997 ; Vachon, 1987 ; Weisman, 1981). Donner à l'intervenant un lieu de parole hors du circuit des soins et des demandes (cloches, téléavertisseurs et téléphones) est un moyen clé, sinon essentiel, d'offrir un soutien aux intervenants. Ce soutien permet de nommer les émotions et les difficultés vécues avec les patients, les familles ou les collègues. L'intervenant qui fait partie d'une équipe offrant ce soutien se préserve dans sa relation à soi, aux patients, aux familles et aux collègues. Ces rencontres deviennent l'occasion de se ressourcer, de renouveler son potentiel d'écoute et de soutien disponible pour le patient et les proches. La reconnaissance que reçoit l'intervenant et qu'il transmet aux autres au cours de ces sessions est garante des attitudes d'ouverture et d'écoute qu'il adopte ensuite auprès du patient et de sa famille (Ausloos, 2002 ; Taylor, 1989). De plus, de telles rencontres de soutien « libèrent » les réunions cliniques interdisciplinaires des contenus d'ordre plus émotif. Cela permet de rester centré sur la résolution des problèmes et l'élaboration des plans d'intervention adaptés.

Ces quatre catégories de rencontres favorisent le travail interdisciplinaire, et leur contenu ne doit en aucun cas être confondu puisqu'elles poursuivent des objectifs très différents. Il revient à l'animateur de distinguer les contenus relevant de chacun de ces types de rencontres et d'inviter le participant à s'y conformer.


- **Règles de fonctionnement.** Les équipes doivent décider de règles sur le déroulement des rencontres, l'animation, les modalités de présentation des cas, le contenu de la collecte de données, les critères d'orientation (de références) pour chacune des disciplines, le respect de la confidentialité des informations partagées, la détermination de l'intervenant le mieux placé pour donner suite au plan d'intervention auprès de la personne atteinte et de ses proches afin d'éviter les chevauchements. Les règles peuvent varier d'une équipe à l'autre mais doivent absolument être **précisées dès le début du fonctionnement en interdisciplinarité et entérinées par tous les membres de l'équipe** (Formarier, 2004).

- **Travail en équipe de taille restreinte.** Il importe de privilégier la formation de petites équipes, quitte à élargir celle-ci, au besoin, à des professionnels spécialisés dans le cas de situations cliniques complexes (ex. : psychiatre, radio-oncologue). Cette modalité permet de maximiser l'accessibilité aux spécialistes en évitant de les solliciter inutilement à des rencontres pré-établies.
- **Priorisation des patients qui présentent des symptômes complexes au moment de la réunion clinique interdisciplinaire.** En oncologie, tous les patients sont vus régulièrement par les médecins, leur infirmière pivot, les pharmaciens, les infirmières en chimiothérapie, et rencontrent au besoin, lorsque leur situation le requiert, les autres intervenants de l'équipe, tels que le travailleur social, le psychologue, la nutritionniste, l'animateur de vie spirituelle, la physiothérapeute, l'ergothérapeute, le psychiatre, etc. Les patients présentant des symptômes complexes font l'objet d'une présentation à l'équipe à l'occasion de la réunion clinique interdisciplinaire, alors que toutes les expertises sont réunies. Des hypothèses sur les causes de ces symptômes sont avancées et des solutions sont proposées. Un plan d'intervention interdisciplinaire individualisé est ensuite élaboré par consensus avec l'accord du médecin quant à l'orientation du traitement médical. Dans certains cas, une consultation est demandée à un membre de l'équipe, ou à un professionnel extérieur à l'équipe. Celui-ci intervient auprès du patient et des proches et propose ses recommandations à l'équipe de soins en les notant au dossier. Il importe donc de préciser les **critères d'orientation (de références) pour chacun des intervenants paramédicaux et médicaux** afin d'optimiser leurs interventions et d'éviter des délais d'attente et des consultations non désirées par le patient. Le plan d'intervention est toujours validé avec le patient ou ses proches.
- **Détermination et mise en place d'outils de communication.** Le travail interdisciplinaire nécessite des outils de communication permettant la circulation efficace de l'information : collecte de données, plan d'intervention, réponse aux consultations, fiche de liaison, etc. **La collecte de données** sert de point de départ à la présentation des cas pour l'équipe interdisciplinaire, particulièrement aux réunions d'équipes ambulatoires. Elle constitue une évaluation complète et globale de la personne atteinte et fait état de tous les besoins, ressources et compétences de cette dernière et de ses proches (Bonevski et coll., 2000). Compte tenu des ressources humaines et financières restreintes en soins infirmiers, la collecte devra être un outil concis, et adopté par les différents partenaires afin qu'ils n'aient pas à la recommencer avec chaque patient transféré. On évite ainsi la perte de temps et l'irritation provoquée chez le patient par la répétition.

Cet outil se doit d'évaluer les principales préoccupations du patient dans son contexte personnel et familial, si on veut parvenir à solutionner la problématique biopsychosociale (symptômes complexes) lorsque celle-ci apparaît. Cette façon de faire permet de construire un plan d'intervention susceptible de mieux potentialiser les forces du patient et de la famille, et d'éviter les états de crise en assurant au patient et aux proches un soutien modulé à leurs besoins et à leurs espoirs (Felder, 2004 ; Street et coll., 2005). Il est reconnu que les symptômes sont présents et varient en fonction du contexte (Cyrułnik, 2001, Soothill et coll., 2004). Il faut donc en tenir compte en tout temps.

- **Plan d'intervention individualisé interdisciplinaire.** Les plans d'intervention concertés, correspondant aux besoins, valeurs, préférences et priorités du patient, misant sur ses forces et non seulement sur ses déficits, comportent de nombreux avantages. De tels plans favorisent entre autres la participation active du patient en tenant compte de l'ensemble des interactions entre le patient, les proches et les intervenants.
- **Rétroaction et évaluation annuelle du fonctionnement en équipe.** Ces activités permettent d'apporter les correctifs nécessaires pour maintenir la satisfaction des professionnels, sur les plans de l'efficacité, du rendement et du climat de travail, et contribuent à un plus haut niveau de satisfaction de la clientèle. Dans les équipes performantes, l'utilisation de la **critique constructive** permet à l'équipe d'évoluer vers une amélioration continue de la qualité car elle conduit à une collaboration optimale (Tremblay et Gagnon, 2004).

Le travail en équipe est loin d'être une panacée, en oncologie comme ailleurs. **Sans le respect des conditions préalables et une volonté ferme d'installer des modalités de fonctionnement précises, l'implantation du travail en équipe interdisciplinaire en oncologie pourrait non seulement être menacée, mais pourrait conduire à l'opposé des objectifs poursuivis :** conflits, guerres de pouvoir entre les professionnels, perte de temps, frustrations, dénigrement d'un collègue en public, inefficacité, toutes situations ne pouvant que miner la qualité des soins offerts aux personnes atteintes et à leurs proches. Ce mode d'organisation exige, on ne le répétera jamais assez, une remise en question des pratiques, mais également des ressources humaines et matérielles (budgets, locaux, etc.) en qualité et en nombre suffisants pour permettre des conditions de travail adaptées.



*« Ainsi, la collaboration si elle ne peut se forcer, peut être organisée afin d'atteindre les résultats attendus pour la personne aidée »
(Tremblay et Gagnon 2004)*

Enfin, le **temps** est un autre élément majeur à considérer dans la mise en place de l'interdisciplinarité. En effet, l'atteinte d'une **maturité d'équipe** qui permet une véritable coopération des professionnels entre eux et le développement de liens d'interdépendance centrés sur les besoins de la personne atteinte, prend du temps ; elle entraîne des remises en question fréquentes et des ajustements continus. C'est un cheminement graduel vers un modèle de soins dont il faut démontrer les avantages à chaque étape si on veut garder l'engagement des intervenants. L'interdisciplinarité ne peut être envisagée sans une certaine « expérience » de travail en commun, un apprivoisement mutuel des professionnels qui ne peut se développer qu'avec le temps (Tremblay et Gagnon, 2004). Le soutien et la reconnaissance, que les professionnels reçoivent au quotidien, deviennent des ingrédients prépondérants dans ce nouveau mode de fonctionnement (Taylor, 1989 ; Lasker et coll., 2001 ; Farrell et coll., 2001).

3.3 La composition des équipes interdisciplinaires

Le Comité des équipes interdisciplinaires entérine les recommandations du Ministère (Continuum de services pour les personnes atteintes de cancer et leurs proches, 2004) quant à la composition des équipes interdisciplinaires locales, régionales ou suprarégionales. Il apparaît essentiel que des professionnels de toutes les disciplines soient parties prenantes, et en nombre suffisant, afin qu'aucun volet des soins et services nécessaires aux personnes atteintes et à leurs proches ne soit négligé. Ce nombre devrait aussi varier en fonction du volume de clientèle et être établi selon des ratios standards (qui restent à définir).

La participation de l'accompagnateur de vie spirituelle et du responsable des bénévoles au sein des équipes apparaît souhaitable, comme le souligne le Comité des représentants de la population atteinte de cancer et des proches dans son avis (2004). Il importe, estime le Comité, « d'assurer la présence d'un accompagnateur spirituel facilement accessible au sein de l'équipe interdisciplinaire de soins afin d'assurer un accompagnement spirituel à la personne atteinte de cancer et à ses proches (parents, enfants et amis) ». Cette recommandation est motivée par le constat que l'annonce d'un diagnostic de cancer (souvent associée à la mort) provoque un profond questionnement quant au sens de la vie et une remise en question des valeurs qui avaient jusque-là guidé les choix des personnes atteintes ou de leurs proches. Il en est ainsi des parents dont un des enfants est atteint de cancer. De plus, l'accompagnement spirituel demeure particulièrement significatif au Québec pour la clientèle plus âgée (celle des 65 ans ou plus) qui constitue actuellement la plus grande proportion de patients traités en oncologie (Kim, 2005). Le caractère de plus en plus multiethnique de la population québécoise incite par ailleurs à privilégier un accompagnement à caractère plus « spirituel » que strictement religieux afin de respecter les croyances de chacun. L'accompagnateur de vie spirituelle devrait éventuellement

recevoir au cours des années une formation adaptée lui permettant de répondre à ce mandat. Sa participation aux réunions de l'équipe interdisciplinaire pourrait alors devenir essentielle (Lintz et coll., 2002).

Quant au responsable des bénévoles (dont le travail est encadré par le code d'éthique de l'établissement), sa participation à l'équipe interdisciplinaire apparaît très importante pour assurer un lien continu et coordonné avec les différents bénévoles qui accompagnent les personnes atteintes et leurs proches au quotidien. Ces derniers soutiennent en quelque sorte les soins et services offerts par les soignants (Bertrand et Lashon, 2002). Plusieurs équipes intègrent déjà le ou la responsable des bénévoles à la réunion interdisciplinaire.

Toutefois, et contrairement à l'avis du Continuum, nous ne croyons pas que la participation du représentant du patient aux réunions cliniques soit justifiée. Il en est de même pour les représentants des organismes sans but lucratif, s'ils ne sont pas liés à l'hôpital et régis par le code d'éthique de l'établissement. Cela ne signifie pas que le rôle de ces organismes soit secondaire, bien au contraire, ils jouent un rôle majeur auprès de la clientèle.

Bien que dans ce même avis, le Continuum recommande la présence obligatoire de l'ergothérapeute et de la physiothérapeute à la réunion interdisciplinaire en oncologie, nous estimons que la prévalence des symptômes liés à leur discipline ne justifie pas leur présence en tout temps.

Enfin, lorsque le volume de clientèle le permet, les équipes interdisciplinaires devraient être formées selon le site tumoral, afin qu'elles demeurent de taille restreinte et regroupent des professionnels aux prises avec des problématiques similaires.

Tableau 4 : Composition de l'équipe interdisciplinaire

MEMBRES DE L'ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE ADAPTÉ DU CONTINUUM DE SERVICES POUR LES PERSONES ATTEINTES DE CANCER ET LEURS PROCHES (2004)		
AU NIVEAU LOCAL	AU NIVEAU RÉGIONAL	AU NIVEAU SUPRARÉGIONAL
Obligatoirement	Obligatoirement	Obligatoirement
hémato-oncologue ou oncologue médical	hémato-oncologue ou oncologue médical ⁽²⁾	hémato-oncologue ou oncologue médical ⁽²⁾
pharmacien	pharmacien ⁽¹⁾	pharmacien ⁽¹⁾
infirmière dédiée en onco	infirmière spécialisée en onco	infirmière clinicienne en onco et infirmière spécialisée en onco
infirmière pivot	infirmière pivot	infirmière pivot
chirurgien ⁽¹⁾	chirurgien ⁽²⁾	chirurgien ⁽²⁾
travailleur social ou psychologue	travailleur social ⁽¹⁾	travailleur social ⁽¹⁾
	psychologue ⁽¹⁾	psychologue ⁽¹⁾
nutritionniste	nutritionniste ⁽¹⁾	nutritionniste ⁽¹⁾
médecin omnipraticien (ou interniste) impliqué dans le traitement du cancer	médecin	médecin
	radio-oncologue	radio-oncologue ⁽²⁾
	radiologiste	radiologiste
	pathologiste	pathologiste
ergothérapeute ⁽¹⁾ ou physiothérapeute ⁽¹⁾	spécialiste en réadaptation ⁽²⁾	spécialiste en réadaptation ⁽²⁾
représentant de l'équipe de soins palliatifs	représentant de l'équipe de soins palliatifs	représentant de l'équipe de soins palliatifs de fin de vie
Collaborateurs directs au besoin	Collaborateurs directs au besoin	Collaborateurs directs au besoin
accompagnateur de vie spirituelle	accompagnateur de vie spirituelle	accompagnateur de vie spirituelle
	archiviste ⁽¹⁾	archiviste ⁽¹⁾
responsable des bénévoles	responsable des bénévoles	responsable des bénévoles
coordonnateur clinico-administratif intervenant de CLSC ⁽¹⁾	coordonnateur clinico-administratif intervenant de CLSC	coordonnateur clinico-administratif intervenant de CLSC
représentant des approches complémentaires (musicothérapie, art-thérapie, massothérapie)	représentant des approches complémentaires (musicothérapie, art-thérapie, massothérapie)	représentant des approches complémentaires (musicothérapie, art-thérapie, massothérapie)
représentant des patients ⁽²⁾	représentant des patients	représentant des patients
dentiste	dentiste	dentiste
etc.	psychiatre	psychiatre
représentant d'un OSBL ⁽²⁾	représentant d'un OSBL	représentant d'un OSBL
(1) Présence optionnelle aux réunions. (2) Présence non requise aux réunions.	(1) Ces professionnels ont une expertise en oncologie. (2) Selon le site tumoral.	(1) Ces professionnels ont une expertise en oncologie. (2) Selon le site tumoral.

Les équipes interdisciplinaires pourraient aussi comprendre, dans le cas des services offerts en oncologie pédiatrique, des intervenants appartenant au secteur scolaire ou récréatif (professeurs, éducateurs de l'unité d'hospitalisation) étant donné que la scolarité et le jeu demeurent, dans la vie des enfants et adolescents atteints de cancer, des réalités à ne pas négliger et que l'on doit s'adapter à leur état de santé (MSSS, 2004).

Il convient enfin de souligner que les représentants des approches complémentaires sont devenus des collaborateurs précieux en oncologie et en soins palliatifs. Ils offrent aux personnes atteintes des soins très appréciés qui s'ajoutent positivement au plan de traitement. Leur apport contribue au mieux-être des patients et ils devraient être intégrés à l'équipe interdisciplinaire au besoin (Post-White et coll., 2003 ; Eng, 2001 ; Smith et coll., 2002 ; Ahles et coll., 1999 ; Lafferty et coll., 2004).

3.4. Le fonctionnement de l'équipe interdisciplinaire

En plus de s'appuyer sur une philosophie de soins partagée, le fonctionnement de l'équipe interdisciplinaire se met en place à partir de manières d'être et de faire, et repose sur un processus comportant quatre composantes essentielles :

1. une collecte de données pour chaque nouveau cas, faite par l'infirmière pivot ;
2. la tenue régulière de réunions interdisciplinaires à la clinique externe ou à l'unité d'hospitalisation, au cours desquelles sont présentés les patients présentant des symptômes complexes (problèmes biopsychosociaux) ;
3. l'élaboration, en équipe, du plan d'intervention interdisciplinaire individualisé ;
4. la collaboration avec tous les partenaires offrant des soins et services.

3.4.1 La collecte de données

La collecte des données est la responsabilité de l'infirmière pivot qui rencontre tous les nouveaux patients et qui leur transmet toutes les informations relatives au diagnostic, au traitement et aux effets secondaires associés. La collecte de données constitue une évaluation initiale complète et globale de tous les besoins et des forces, à partir d'une vision systémique de la personne et de son environnement. Elle porte aussi une attention particulière aux habitudes de résolution de problème, aux stratégies d'adaptation de la famille, aux compétences individuelles et aux ressources de la personne atteinte de cancer et de ses proches. La collecte de données est le pilier de la démarche de soins qui servira d'appui au travail en équipe interdisciplinaire (Bélanger, 2004).

3.4.2 Les réunions interdisciplinaires

L'objectif de la réunion interdisciplinaire est de présenter les patients dont l'apparition ou la récurrence de symptômes complexes est constatée, c'est-à-dire des **problèmes que les cliniciens n'ont pu solutionner dans leurs pratiques habituelles**. Ces problèmes biopsychosociaux (symptômes complexes) de toute nature, peuvent aussi se rapporter à des demandes particulières du patient ou de ses proches ou à des observations qui amènent les cliniciens aux limites de leur pratique. Comme les problèmes physiopathologiques sont monnaie courante en oncologie, la participation d'au moins un médecin (oncologue) à la réunion interdisciplinaire est essentielle.

À partir de la collecte de données, qui spécifie l'histoire du patient, les professionnels se centrent sur le problème (le « quoi »). Après analyse, ils proposent, selon une perspective propre à leur discipline respective, des hypothèses sur les causes du symptôme (le « pourquoi »). Après discussion, un consensus se dégage sur les solutions envisagées (le « comment »), et celles-ci sont notées au plan d'intervention (voir le schéma de la logique des symptômes complexes). Dans un premier temps, l'intervenant interpellé par le symptôme (ex. : psychologue ou travailleur social dans le cas d'anxiété) propose des interventions à l'équipe. Il intervient auprès du patient et des proches seulement si le besoin persiste (Moulin et Fraval, 2004).

La réunion interdisciplinaire permet donc d'analyser globalement les symptômes complexes en autorisant un accès simultané aux expertises de chacun des professionnels représentés dans l'équipe. **La synergie issue de la rencontre de ces différents savoirs est telle que les besoins des personnes atteintes sont abordés sous tous les angles à la fois et que les professionnels trouvent, au sein de l'équipe interdisciplinaire, la collaboration et le soutien leur permettant de faire face aux situations les plus complexes.** Une personne ou des personnes sont ensuite désignées pour intervenir directement auprès du patient (ou du patient et de la famille) et donner suite aux recommandations décidées en équipe. Un accroissement de la compétence de tous les soignants résulte de ces rencontres et celles-ci deviennent par le fait même des lieux de formation continue. En plus de favoriser la résolution de situations actuelles, cette façon de faire permet d'acquérir des savoirs utiles pour prévoir des situations futures et la manière de composer avec elles (Zucker, 2002 ; Schmidt, 2001).

Les rencontres interdisciplinaires évitent aussi des références inutiles et coûteuses, causes de listes d'attente et de délais indésirables pour les patients qui apprécient la cohérence dans les soins (Conley et Kelly, 1997). Les recommandations des intervenants ayant fonction de consultants (des recommandations écrites au dossier) sont mises à profit auprès de tous les autres professionnels de l'équipe et contribuent à une pratique concertée, sans rupture ni incohérence. **Cette façon de faire rassure le patient face aux changements proposés et facilite son adaptation à sa nouvelle situation de santé.**

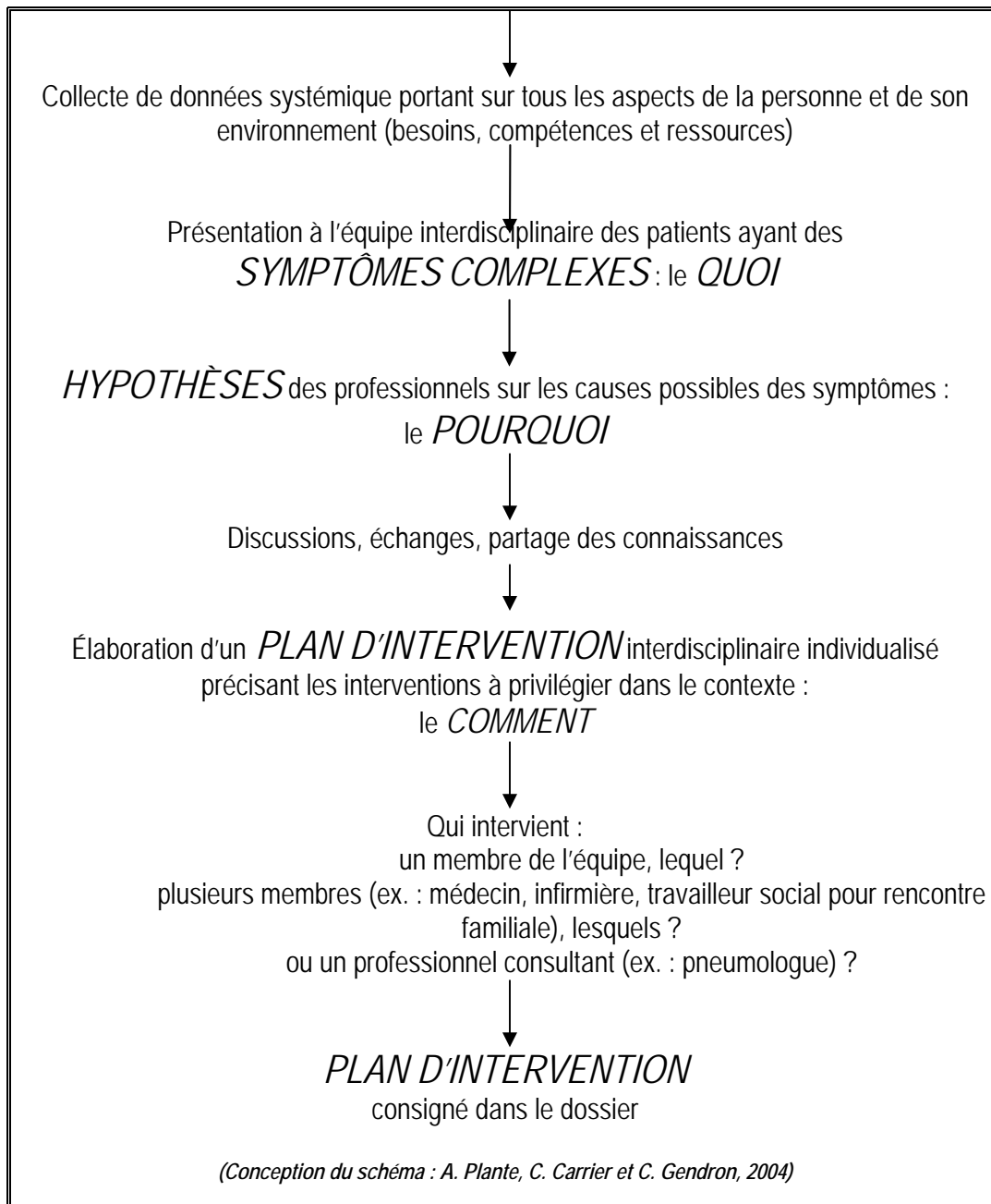
Nourri par les rencontres d'équipe, le travail interdisciplinaire se poursuit en dehors de celles-ci par des contacts formels et informels entre les professionnels, ainsi que par diverses formes de collaboration.

3.4.3 L'élaboration du plan d'intervention interdisciplinaire

Le plan d'intervention interdisciplinaire individualisé favorise la prise de décision par consensus et la coordination des activités et ainsi, contribue à accroître les résultats escomptés. Les réunions de l'équipe interdisciplinaire constituent un lieu privilégié pour

discuter de ce plan. Par ailleurs, les discussions relatives à l'exploration des hypothèses et des pistes d'intervention devraient toujours reposer sur les spécificités de la personne atteinte, car elle en demeure la cible incontournable. À ce titre, la personne atteinte, bien qu'elle ne soit pas physiquement présente à la réunion interdisciplinaire, est membre à part entière de l'équipe, car les objectifs de soins doivent toujours être déterminés à partir de ses attentes et de ses habitudes de vie. Résultat concret de la concertation interdisciplinaire, et par là même, facteur de cohésion entre les professionnels, le plan d'intervention facilite aussi la liaison avec les partenaires des autres établissements, et contribue ainsi à la prestation de soins et de services tout au long du continuum (Tremblay et Gagnon, 2004).

Tableau 5 : Logique des symptômes complexes (problèmes biopsychosociaux) utilisée par l'équipe interdisciplinaire



3.4.4 La collaboration avec tous les partenaires offrant des soins et des services

La collaboration des membres de l'équipe interdisciplinaire s'exerce bien sûr dans leur milieu de soins (ex. : unité d'hospitalisation), mais elle doit aussi se préoccuper des liens avec les partenaires agissant en amont ou en aval du continuum de soins (ex. : soins à domicile). Avec la création des réseaux locaux de services (voir, à la section suivante, le schéma du réseau local de services), l'équipe interdisciplinaire en oncologie peut relever d'un centre de santé et de services sociaux (CSSS) si celui-ci comprend un centre hospitalier. Ses liens prioritaires sont établis forcément avec les autres services hospitaliers (laboratoire, radiologie, hospitalisation et, tout particulièrement la radio-oncologie et les soins palliatifs) et tous les services offerts par la « première ligne » des CSSS (missions CLSC et CHSLD). Il appert que dans une organisation de services intégrés, l'équipe interdisciplinaire en oncologie se doit d'être en liaison étroite et continue avec l'ensemble des instances et des intervenants qui offriront des soins au patient, soit, outre les services mentionnés ci-dessus, les services de soins à domicile ou les services courants des CLSC, les services d'hébergement, de centre de jour et de répit des CHSLD, les pharmacies, les médecins de famille (cliniques médicales ou GMF), les ressources privées, les maisons de soins palliatifs, les entreprises d'économie sociale et les organismes communautaires et bénévoles. Comme à l'heure actuelle les projets cliniques se mettent en place partout au Québec, il s'agit d'un moment idéal pour susciter la collaboration en oncologie.

Le partage des responsabilités entre les instances locales, régionales et supra-régionales en oncologie suppose aussi que des liens soient établis entre les différentes équipes interdisciplinaires de chacune de ces instances lorsque la condition d'un patient requiert des soins spécialisés ou ultraspecialisés.

3.5 L'évaluation de l'impact de l'interdisciplinarité en oncologie

Comme tout nouveau programme ou toute nouvelle stratégie d'action mise en œuvre, l'implantation du travail en équipe interdisciplinaire devrait faire l'objet d'une démarche évaluative basée sur des méthodes scientifiques validées et reconnues. Ainsi, une analyse logique permet, au moment de la conception et de la planification, d'apprécier la cohérence entre les objectifs de l'intervention, ainsi qu'entre ces objectifs et les moyens proposés. L'analyse d'implantation, qui accompagne la mise en œuvre de l'intervention, s'intéresse pour sa part aux relations entre l'intervention, ses composantes et le contexte dans lequel les effets sont produits. Comme son nom l'indique, l'analyse d'impact, souvent juxtaposée à une analyse d'implantation, mesure les effets de l'intervention et permet de vérifier si ceux-ci sont bel et bien imputables à l'intervention. À ces types d'analyse

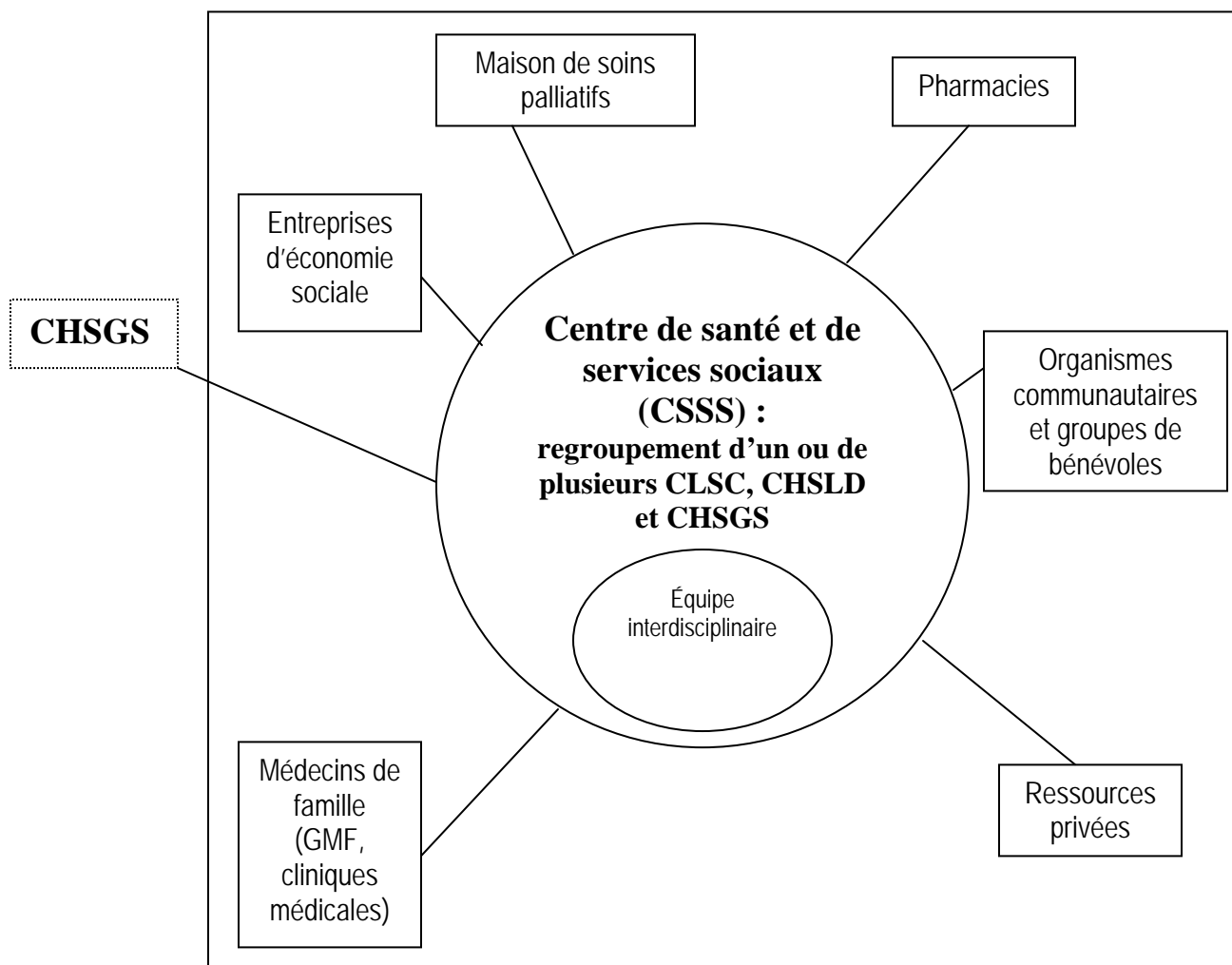
peuvent encore s'ajouter l'analyse de la productivité et l'analyse du rendement. La première permet d'apprécier l'efficacité technique des interventions en vue d'optimiser l'offre de services, tandis que la seconde combine l'analyse des effets et de la productivité pour mettre en rapport les ressources investies et les effets constatés (Leduc, Lamarche et Brodeur, 2004).

Actuellement, nous ne disposons pas de toutes les données informationnelles relatives aux activités en oncologie, et particulièrement en ce qui a trait aux activités ambulatoires. Comme le recommande le Rapport Deschênes, intitulé *Unifier notre action contre le cancer*, publié en 2004, il faut prioritairement développer au Québec un système d'information produisant des données complètes et fiables pour assurer l'évaluation continue de la qualité et soutenir la prise de décision. Les informations doivent permettre de suivre l'évolution de la personne atteinte dans tout le continuum de soins (soins hospitaliers, soins ambulatoires, soins offerts à domicile ou en établissement de longue durée) et servir de point de départ à une culture de la mesure, à une gestion axée sur les résultats.

Une fois qu'auront été implantées les équipes interdisciplinaires en oncologie, il faudra en évaluer l'effet sur la clientèle. Cette évaluation, en matière de résultats cliniques, devra reposer sur des indicateurs et des instruments validés et normalisés à l'échelle provinciale, par exemple le niveau de satisfaction des personnes atteintes et de leurs proches, le taux de ré-hospitalisations après un épisode de soins, l'utilisation de l'urgence, la qualité de vie des personnes atteintes, les coûts des épisodes de soins, la longévité par site tumoral. Il en va de même pour l'évaluation de la productivité et du rendement (Lain, 1998).

L'élaboration de tels outils ainsi que les activités d'évaluation proprement dites exigent la maîtrise de compétences relevant des équipes de recherche et des milieux universitaires, dont les réseaux universitaires intégrés en santé (RUIS). Des liens étroits entre ceux-ci et la Direction de la lutte contre le cancer seront donc nécessaires pour assumer cette responsabilité permettant le suivi des résultats et les réajustements qu'ils requerront, par voie de rétroaction continue.

Tableau 6 : Réseau local de services en oncologie (RLS)



Inspiré du Continuum de services pour les personnes atteintes de cancer et leurs proches, 2004.

Un centre de santé et de services sociaux peut ne pas inclure de centre hospitalier.

CHSGS : centre hospitalier de soins généraux et spécialisés.

CHSLD : centre de soins de longue durée.

CLSC : centre local de services communautaires.

GMF : groupe de médecine familiale.

[NDLR : Cela correspond de toute évidence à des appels de note. Mais sous quelle forme se présentent-ils ?]

CHAPITRE 4 : RECOMMANDATIONS

Afin de s'assurer de la mise en place d'équipes interdisciplinaires en oncologie partout au Québec tant au niveau local et régional que suprarégional, certaines responsabilités incombent au Ministère. Elles se rapportent surtout à la reconnaissance et à la promotion de l'interdisciplinarité comme standard de pratique en oncologie, à la formation des professionnels, aux liens à établir avec les milieux d'enseignement et de recherche ainsi qu'à l'évaluation de l'implantation et de l'impact.

Certaines responsabilités sont davantage d'ordre organisationnel et visent les directions des établissements.

A. Les recommandations au Ministère

1. Reconnaître l'interdisciplinarité comme standard de pratique en oncologie et en faire la promotion.
--

- A. Appliquer le processus de désignation des équipes locales, régionales et suprarégionales en oncologie selon des critères précis qui tiennent compte du présent avis relatif à l'implantation des équipes interdisciplinaires.

Certaines fonctions clés, telles que le rôle joué par le coordonnateur clinico-administratif et l'infirmière pivot, sont d'une importance capitale pour la réussite de cette implantation, tout comme l'existence d'un leadership médical et la volonté affirmée des directions des établissements à l'égard de ce projet. Ces éléments apparaissent donc comme des préalables incontournables.

- B. Dans le cadre de l'élaboration des projets cliniques, promouvoir le travail en équipe interdisciplinaire auprès de tous les gestionnaires des établissements offrant des services en oncologie, et intégrer le fonctionnement en équipe interdisciplinaire à la philosophie de soins privilégiée en oncologie, aux niveaux local, régional et suprarégional.
- C. Mettre en lumière le rôle des hôpitaux régionaux dans la promotion de l'approche interdisciplinaire de soins en oncologie en leur confiant la responsabilité d'organiser des colloques régionaux, des journées d'échanges et des études de cas reflétant ce mode de travail.

- D. Utiliser le site du ministère de la Santé et des Services sociaux pour promouvoir la philosophie de l'interdisciplinarité comme norme de pratique en oncologie.

2. Soutenir financièrement la mise en place et le développement des équipes interdisciplinaires.
--

Comme le travail interdisciplinaire suppose la participation de tous les professionnels visés par les soins et services dont la personne atteinte et ses proches ont besoin, le financement des soins en oncologie doit permettre la rémunération de tous ces professionnels, en qualité et en nombre. Pour assurer une implantation réussie, le Ministère devra prendre les moyens suivants.

- A. Financer les équipes interdisciplinaires en fonction des ratios de professionnels requis pour répondre aux besoins de la clientèle (selon des standards de pratique encore à établir) et prévoir d'ajuster les ressources budgétaires au prorata du volume de patients desservis et selon le site tumoral (étant donné la complexité additionnelle que certains sites peuvent représenter).
- B. Majorer le budget en oncologie de manière à ce que des représentants dédiés à l'oncologie de chacune des disciplines puissent assister aux réunions interdisciplinaires de façon stable et régulière, en étant libérés et remplacés lorsque c'est nécessaire, pour toute la durée de ces réunions et pour rédiger le plan d'intervention interdisciplinaire.
- C. Prévoir dans les allocations accordées aux établissements un budget dédié permettant aux professionnels d'assister à des formations, de participer à des activités de perfectionnement, de faire partie de regroupements disciplinaires en oncologie régionaux et provinciaux, etc., afin d'assurer la mise à jour de leurs compétences et leur formation continue en oncologie, conditions essentielles à la qualité de leurs interventions.
- D. Définir, en collaboration avec les associations médicales, des modalités de rémunération qui facilitent la participation des médecins aux activités découlant d'un fonctionnement en équipe interdisciplinaire. Cette démarche devrait viser d'abord les médecins spécialistes et les omnipraticiens appelés à assister aux réunions interdisciplinaires de façon obligatoire puis, par la suite, tous les autres médecins dont la présence pourrait être sollicitée. On inclut ici la participation du médecin de famille, rattaché à une clinique privée ou à un GMF.

3. Soutenir, par la formation, le développement des compétences des professionnels relativement au travail en équipe interdisciplinaire.

- A. Mettre sur pied une équipe provinciale de cliniciens (deux ou trois) responsables d'offrir une formation de base portant sur le travail en équipe interdisciplinaire en oncologie, sous la responsabilité du Ministère et en liaison avec les RUIS. Ces cliniciens seraient aussi responsables d'offrir des activités de supervision à la suite de la formation, et seraient en relation avec des mentors désignés dans chaque région pour soutenir le travail interdisciplinaire.
- B. Offrir une formation de base sur l'implantation et la gestion d'équipes interdisciplinaires, de même qu'une supervision, à tous les gestionnaires d'équipes en oncologie, aux niveaux local, régional et suprarégional.
- C. Offrir une formation de base sur le travail interdisciplinaire, de même qu'une supervision, à tous les intervenants travaillant en oncologie, selon leur discipline et leur niveau d'expertise interdisciplinaire, et à tous les nouveaux professionnels qui se joignent aux équipes, aux niveaux local, régional et suprarégional.

Afin de développer une approche et une philosophie partagées par tous les professionnels et axées sur les besoins des personnes atteintes et de leurs proches :

- Offrir à tous les professionnels travaillant en oncologie aux niveaux local, régional et suprarégional, n'ayant pas d'expérience avec les notions de perte, de deuil et de leurs répercussions sur la famille, une formation sur les pertes occasionnées par le cancer, sur les crises familiales et sur le deuil. Cette formation favoriserait une compréhension commune de ces réalités et une normalisation des pratiques en oncologie.

4. Favoriser le développement et le transfert des connaissances en oncologie par l'entremise de regroupements de professionnels.

La qualité des soins et services offerts en oncologie repose sur la compétence de chacun des membres de l'équipe interdisciplinaire. L'isolement de certains professionnels ainsi que, pour d'aucun, le peu d'accès à des moyens de perfectionnement ou de mise à jour, nous amènent à faire les propositions suivantes.

- A. Encourager la mise sur pied de lieux d'échange (ex. : comités régionaux par discipline) facilitant les liens entre les professionnels, le partage d'outils et

d'expériences, le transfert de connaissances (dont les données probantes) et, par le fait même, la standardisation des pratiques disciplinaires en oncologie.

- B. Soutenir la création d'associations québécoises en oncologie et en soins palliatifs (au début, par discipline) pour tous les professionnels engagés dans ce domaine afin de permettre l'échange d'information, le réseautage, le partage d'outils de travail et ainsi faciliter l'implantation des standards de pratique et l'uniformisation des services à l'échelle de la province.

5. Promouvoir le lien avec les universités et les équipes de recherche en matière d'interdisciplinarité et de maintien des compétences en oncologie.

- A. Collaborer avec le ministère de l'Éducation à la conception d'un cours obligatoire sur l'interdisciplinarité pour les intervenants de la santé d'ici deux ans.
- B. Sensibiliser le milieu universitaire à l'importance d'offrir aux étudiants de toutes les disciplines connexes à la santé une formation qui les prépare au travail interdisciplinaire et à la coopération dynamique (cours obligatoire de trois crédits). Cette formation serait interdisciplinaire, avec une pédagogie axée sur l'approche par problème et la construction de plans d'intervention individualisés interdisciplinaires.
- C. Encourager les activités de transfert des connaissances en oncologie, directement dans les milieux cliniques, par la tenue d'activités de perfectionnement à l'intention des professionnels de toutes les disciplines visées par l'oncologie et les soins palliatifs. Ces activités peuvent se rapporter aux plus récentes découvertes, à des revues de littérature, à des expériences concluantes, etc., et être présentées par des professeurs, des chercheurs ou des étudiants de 2^e et 3^e cycle, dans les milieux de soins ou au sein des équipes interdisciplinaires œuvrant en oncologie et en soins palliatifs.

6. Faciliter l'évaluation de l'implantation, de l'impact et du rendement des équipes interdisciplinaires en oncologie.

Concevoir un système d'information produisant des données complètes et fiables pour assurer l'évaluation continue de la qualité et soutenir la prise de décision (statistiques en cliniques ambulatoires et unités d'hospitalisation).

En collaboration avec les RUIS ou une équipe de recherche donnée :

- A. Établir des ratios standards de personnel pour chacune des disciplines devant composer les équipes interdisciplinaires en oncologie et soins palliatifs.
- B. Confier à une équipe de recherche le mandat d'analyser les conditions facilitant le développement de la « pensée interdisciplinaire en oncologie » en suivant l'évolution de certaines équipes implantées dans différentes régions du Québec tant au niveau local et régional que suprarégional.
- C. Élaborer des devis d'évaluation comprenant des indicateurs et des instruments validés et normalisés à l'échelle provinciale afin d'apprécier l'implantation, l'impact et le rendement des équipes interdisciplinaires.

B. Les recommandations aux directions d'établissement

- Les recommandations aux directions des établissements se rapportent essentiellement à la mise en place des conditions préalables et des modalités de fonctionnement telles qu'elles sont décrites à la section 3 de cet avis. Sans le respect de ces éléments, la mise en place de l'interdisciplinarité en oncologie risque d'être compromise, voire de s'avérer impossible. Aucun aspect ne doit être négligé si l'on veut que cette modalité atteigne les objectifs visés (formation et compétence de chacun, organigramme et description de fonctions, leadership formel, règles de fonctionnement en équipe, types de réunion, composition de l'équipe, temps reconnu et réservé pour les réunions, outils de communication, orientations (références) basées sur la logique des symptômes complexes, etc.).
- Plus particulièrement, les directions doivent favoriser le rapprochement des intervenants, leurs connaissances mutuelles et stimuler leur collaboration. Des lieux de proximité pour travailler, la stabilité des ressources au sein de l'équipe soignante, les facilités de liaison avec les partenaires, la valorisation constante du développement des expertises de chacun et, surtout la reconnaissance des résultats obtenus avec les personnes atteintes et leurs proches sont autant de conditions organisationnelles concourant à la réussite du projet interdisciplinaire en oncologie.

C. Les recommandations aux professionnels

L'interdisciplinarité ne peut se faire sans l'adhésion et l'engagement de tous les membres de l'équipe. Elle exige des attitudes de respect et d'ouverture, des habiletés de communication et de négociation et une volonté renouvelée de garder la personne atteinte au cœur de la démarche de soins. Enfin, elle ne peut être possible sans la « valeur ajoutée » assurée par la mise en commun des compétences de chacun pour le mieux-être du patient et de ses proches.

CONCLUSION

Dans le contexte actuel de soins en oncologie au Québec, la mise en place d'équipes interdisciplinaires apparaît comme le mode d'organisation le plus susceptible de maintenir le patient et ses proches au centre des préoccupations thérapeutiques.

Le fait de s'entendre sur une philosophie de soins, de conjuguer les expertises de tous les professionnels et acteurs en cause, d'aborder globalement les situations complexes avec lesquelles les patients et leur famille sont aux prises, d'en partager l'analyse et de se concerter, à tous les paliers, pour les solutionner, constitue une garantie d'efficacité et de satisfaction, tant chez les patients que chez les soignants.

La réussite de la stratégie québécoise de lutte contre le cancer dépend donc de cette volonté ferme des administrateurs et des professionnels d'aller au-delà des approches multidisciplinaires, assez largement expérimentées à ce jour, et de migrer vers une pratique encore plus synergique où le soutien entre professionnels prend tout son sens. Elle repose aussi sur une approche qui confirme la capacité de la personne à faire des choix et à prendre des décisions éclairées en ce qui concerne sa santé.

Pour mettre en place des équipes interdisciplinaires, des conditions sont incontournables : le leadership (assumé conjointement par le directeur médical et le coordonnateur clinico-administratif), la compétence constamment renouvelée de tous les professionnels, un soutien concret d'ordre administratif (budget, locaux, modes de communication) et clinique (formation, reconnaissance et co-développement).

Comme la prestation de soins en oncologie concerne de nombreux partenaires, il importe aussi que les personnes atteintes aient accès aux soins et services à toutes les étapes du continuum. Elles doivent d'abord avoir accès à un médecin de famille (**cet aspect est actuellement problématique**), à des tests diagnostiques disponibles partout et en quantité suffisante, à des soins à domicile et à différents services dans la communauté. L'approche interdisciplinaire a l'avantage de faciliter les rapports avec tous ces partenaires en plus de conduire à une utilisation adéquate des ressources.

Des efforts devront donc être consentis si on veut implanter l'interdisciplinarité en oncologie et en soins palliatifs partout au Québec. Nos recommandations visent à cerner les principales étapes à franchir pour que cette implantation soit réussie. Le Comité des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer reste convaincu de ses rapides retombées en matière d'efficacité et d'efficience, mais surtout quant à la satisfaction des personnes atteintes et de leurs proches, qui s'en trouvera forcément accrue dans la mesure où le modèle interdisciplinaire implique une approche globale, la continuité des

soins, la participation aux décisions qui les concernent et le soutien dès l'annonce du diagnostic.

Si les soins oncologiques et palliatifs deviennent une priorité pour le ministère de la Santé et des Services sociaux, les efforts nécessaires pour accéder à l'interdisciplinarité apparaissent au comité comme la seule solution pour répondre aux attentes de la population sur les chapitres de la qualité, de la continuité et de l'accessibilité aux soins en oncologie et soins palliatifs. Dans le contexte actuel du manque de ressources et des milieux pressurisés, le modèle de soins interdisciplinaires permet de pallier aux difficultés du système tout en augmentant le degré de satisfaction à tous les niveaux.

Nous espérons que cet avis guidera vos réflexions. Nous sommes conscients de la complexité du système de soins, mais croyons que l'équipe interdisciplinaire peut en améliorer l'efficacité. Chacun des membres du comité continuera à expérimenter, dans son quotidien, le modèle de base que nous avons proposé. Merci de l'attention que vous aurez portée à cet avis.

BIBLIOGRAPHIE

AL-SHAQHA, W.M.S., et M. ZAIRI (2001). « Pharmaceutical care management : A modern approach to providing seamless and integrated health care », *International Journal of Health Care Quality Assurance*, vol. 14, n° 7, p. 282-301.

AMMENWERTH, E., F. EHLERS, R. EICHSTÄDTER, R. HAUX, B. KRUPPA, P. PARZER, U. POHL et F. RESCH (2000). « Analysis and modeling of the treatment process characterizing the cooperation within multi-professional treatment teams », *Studies in Health Technology and Informatics*, vol. 77, p. 57-61.

ASHBURY, F.D., J. FINDLAY, B. REYNOLDS et K. MCKERRACHER (1998). « A Canadian survey of cancer patients experiences : Are their needs being met ? », *Journal of Pain Symptom Management*, novembre, vol. 16, n° 5, p. 298-306.

AUSLOOS, G. (2002). *La compétence des familles*, Montréal, Éditions Érès.

BAILLET, F. (2002). « The organization of psycho-oncology », *Cancer Radiotherapy*, novembre, vol. 6, suppl. 1, p. 214s-218s.

BAKKER, D., M. FITCH, E. GREEN, I. BUTLER, K. OLSON, G. CUMMINGS et M. CONLON (2003). « Understanding the factors that influence recruitment and retention of oncology nurses », Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Projet en cours de réalisation.

BARKSDALE, G.T. (1998). « Changing reward systems for team-based systems », *Seminars for Nurse Managers*, vol. 6, n° 4, p. 199-204.

BARTER, M. (2002). « Follow the team leader », *Nurse Management*, vol. 33, n° 10, p. 55-57.

BECKER-RIEMS, E., et D. GARRETT (1998). *Testing the Limits of Teams*, Chicago, AHA Press.

BÉLANGER, S. (2004). « Le système familial interpellé par la maladie », *Onco-Nursing*, vol. 16, n° 1, p. 13-17.

BENNER, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*, Boston, A. Wesley.

BENYAMINI, Y., et coll. (2003). « Living with the worry of cancer : Health perceptions and behaviors of elderly people with self, vicarious or not history of cancer », *Psycho-oncology*, vol. 12, p. 161-172.

BERTRAND, C. (2003). *Soins palliatifs*, notes, Colloque de l'Estérel, 23 et 24 octobre 2003.

BERTRAND, N., et L. LASHON (2002). « La place des bénévoles-accompagnants au sein d'une équipe interdisciplinaire », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 71, n° 12, p. 71-86.

BIVER, S. (2000). « Le vécu des patients et des familles face à une équipe interdisciplinaire en soins palliatifs », *Variation/GRASII, Recherche en soins infirmiers*, [61], p. 68-81.

BLITZER, A., et A. KUTSCHER (1990). *Communication with Cancer Patients and their Families*, New York, The Charles Press.

BOISVERT, D., et R. LACHAPELLE (2002). « Pratiques émergentes en déficience intellectuelle : De la mobilisation des équipes de travail » Trois-Rivières, Ed. Presses Université du Québec.

BONEVSKI, B., R. SANSON-FISHER, A. GIRGIS, L. BURTON, P. COOK et A. BOYES (2000). « Evaluation of an instrument to assess the needs of patients with cancer », *Cancer*, janvier, vol. 88, n° 1, p. 217-225.

BROWN, G., S. ESDAILE et S. RYAN (2003). *Advanced Healthcare Practitioner*, Toronto, Butterworth.

BURLINGAME, G.M., et coll. (2001). « Cohesion in group psychotherapy », *Psychotherapy*, vol. 38, n° 4, p. 373-379.

CARSON, K.-D., et coll. (2001). « Teamwork or interdepartmental cooperation : Which is more important in the health care setting ? », *Health Care Manager*, vol. 19, n° 4, p. 39-46.

CHANG, E., et al. coll. (2005). « Role stress in nursing : Review of related factors and strategies for moving forward », *Nursing and Health Sciences*, vol. 7, n° 1, p. 57-65.

CHEN, E.C., et B.L. Bernstein (2000). « Relations of complementarity and supervisory issues to supervisory working alliance : A comparative analysis of two cases », *Journal of Counselling Psychology*, vol. 47, p. 485-497.

- CHENOWITH, L., Y.H. JEON et C. BANKS (2005). « Mind and Body : The gerontological perspective », *Nursing and Health Sciences*, vol. 7, n°1, p. 78.
- CHRISTENSEN, A. (2002). « Legal and ethical issues confronting oncology nursing », *Seminars in Oncology Nursing*, mai, vol. 18, n° 2, p. 86-98.
- COHEN, M.Z., et G. PALOS (2001). « Culturally competent care », *Seminars in Oncology Nursing*, vol. 17, n° 3, p. 153-158.
- COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (1998). *Nouveaux défis professionnels pour le médecin des années 2000*, Commission sur l'exercice de la médecine des années 2000, Montréal.
- COLLIER, E.H., et S. PYKE (2000). « Clinical effectiveness on an acute in-patient psychiatric unit », *Clinical Performance and Quality Health Care*, vol. 8, n° 3, p. 158-163.
- CONLEY, K.A., et A. KELLY (1997). « A multidisciplinary approach leads to system improvement », *Oncology Nursing Forum*, octobre, vol. 24, n° 9, p. 1499-1500.
- CONSEIL CANADIEN D'AGRÉMENT DES SERVICES DE SANTÉ (2005) Patient safety goals and organisational practices : a companion document, Ottawa.
- COOK, L., et M. GRANT (2002). « Support for evidence-based practice », *Seminars in Oncology Nursing*, février, vol. 18, n° 1, p. 71-78.
- COOPER, H., C. CARLISLE, T. GIBBS et C. WATKINS (2001). « Developing an evidence base for interdisciplinary learning : A systematic review », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 35, n° 2, p. 228-237.
- COUTU-WALKULCZYK, G. (2003). « Pour des soins culturellement compétents : le modèle transculturel de Purnell », *Recherche en soins infirmiers*, mars, n° 72, p. 34-47.
- CYRULNIK, B. (2001). *Les vilains petits canards*, Paris, Éditions Odile Jacob.
- D'AMOUR, D. (2002). *La collaboration professionnelle : un choix obligé*, Université de Montréal. (texte sous presse)
- D'AMOUR, D., et I. OANDASAN (2005). *Formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient : un cadre conceptuel évolutif*, Santé Canada, www.hc-sc.gc.ca.
- DAYKIN, N., M. SANIDAS, V. BARLEY, S. EVANS, J. MCNEILL, N. PALMER, J. RIMMER, J. TRITTER. et P. Turton (2002). « Developing consensus and

interprofessional working in cancer services : The case of user involvement », *Journal of Interprofessional Care*, novembre, vol. 16, n° 4, p. 405-406.

DEGNER, L., et J. DAVIDSON (1998). « Promoting patient decision making in life and death situations », *Seminars in Oncology Nursing*, vol. 14, n° 2, p. 129-136.

DE SERRES, M., et N. BEAUCHESNE (2000). *L'intervenant pivot en oncologie : un rôle d'évaluation, d'information et de soutien pour le mieux-être des personnes atteintes de cancer*, Conseil québécois de lutte contre le cancer, 42 p.

DE VALCK, C., et K.P. VAN DE WOESTIJNE (1996). « Communication problems on an oncology ward », *Patient Education and Counselling*, vol. 14, n° 2, p. 131-136.

DE VILLERMAY, D. (2004). « Vers un modèle transdisciplinaire de la santé », *Recherche en soins infirmiers*, décembre, vol. 79, p. 44-52.

DEGNER, L.F., et coll. (1998). « Development of a scale to measure information needs in cancer care », *Journal of Nursing Measurement*, vol. 6, n° 2, p. 137-153.

DESCHÊNES, L., D.A. ROY, L. MONTREUIL, A. GARIÉPY et N. Lefebvre (2004). *Unifier notre action contre le cancer*, rapport de la démarche ministérielle visant l'amélioration de la gestion et de l'impact du Programme québécois de lutte contre le cancer, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 50 p.

CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL (2004). *Équipes interdisciplinaires en oncologie et en soins palliatifs. Évaluation sommaire des besoins et vision des équipes interdisciplinaires*, Montréal, Centre hospitalier de l'Université de Montréal, (document préparé par la direction des soins infirmiers et la direction de la planification stratégique et des services techniques).

DORAN, D.M.I., G.R. BAKER, M. MURRAY, J. BOHNEN, C. ZAHN, S. SOURAYA et J. CARRYER (2002). « Achieving clinical improvement : An interdisciplinary intervention », *Health Care Management Review*, vol. 27, n° 4, p. 42-56.

DOUGLAS, W., et coll. (2003). « Primary health care team opportunities and challenges in evaluation of service delivery innovations », *Journal of Ambulatory Care Management*, vol. 26, n° 1, p. 22-35.

DUDLEY, L., et P.L. KODIS (1994). *La stratégie du dauphin*, Montréal, Éditions de l'Homme.

DUFOUR, B. (2004). « Approche interdisciplinaire et soins, les fondements de l'interdisciplinarité », *Recherche en soins infirmiers*, décembre, vol. 79.

DUNN, M.C. (1998). « Knowledge helps health care professionals deal with ethical dilemmas », *AORN Journal*, mars, vol. 67, n° 3, p. 658-61.

DUSSAULT, G. (1990). « Les déterminants de l'efficacité de la multidisciplinarité », *Le Gériatrophile*, printemps, vol. 12, n° 2, p. 3-6.

ENG, J.L., D.A. MONKMAN, M.J. VERHOEF, D.L. RAMSUM et J. BRADBURY (2001). « Services d'information de la Société canadienne du cancer : Quels sont les besoins d'information en ce qui concerne les thérapies complémentaires et les médecines douces ? », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 22, nos 3-4, p. 115-121.

FALLOWFIELD, L., et V. JENKINS (1999). « Effective communication skills are the key to good cancer care », *European Journal of Cancer*, vol. 35, n° 11, p. 1592-1597.

FARRELL, M.P., M.H. SCHMITT et G.D. HEINEMANN (2001). « Informal roles and the stages of interdisciplinary team development », *Journal of Interprofessional Care*, mars, vol. 15, n° 3, p. 282-295.

FELDER, B.E. (2004). « Hope and coping in patients with cancer diagnoses », *Cancer Nursing*, avril, vol. 27, n° 4, p. 320-324.

FIGLEY, C.R. (1995). *Compassion Fatigue as Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat Traumatized*, New York, Brunner/Mazel.

FORMARIER, M. (2004). « La place de l'interdisciplinarité dans les soins », *Recherche en soins infirmiers*, décembre, vol. 79, p. 12-18.

FORTIER, L. (2003). « Exploration des connaissances relatives à la collaboration interprofessionnelle chez les finissants d'une école en service social », *Intervention*, vol. 118, p. 21-30.

FOTTLER, M.D. (1996). « The role and impact of multiskilled health practitioners in the health services industry », *Hospital & Health Services Administration*, vol. 41, n° 1, p. 55-75.

FOUREZ, G. (2001). « Des représentations aux concepts disciplinaires et à l'interdisciplinarité », *Recherche en soins infirmiers*, septembre, (66), p.16-22.

FRANK, J.L., et M.O. CRAMER (1999). « Development for an oncology services performance improvement team », *Journal of Healthcare Quality*, vol. 20, n° 6, p. 26-32.

FREEDMAN, T.G. (2003). « Prescriptions for health providers : from cancer patients », *Cancer Nursing*, août, vol. 26, n° 4, p. 323-330.

GAGNIER, J.P. (2002). *Processus de désignation*, conférence prononcée à l'Hôpital Charles LeMoynes, 28 avril.

GASTMANS, C. (2002). *Between Technology and Humanity : The Impact of Technology on Health Care Ethics*, Louvain, Leuven University Press.

GERTEIS, M., et coll. (sous la dir. de) (1993). *Through the Patient's Eye : Understanding and Promoting Patient-Centered Care*, San Francisco, Jossey-Bass Publishers.

GOLDSTEIN, P., D. WALSH et L.U. HORVITZ (1996). The Cleveland Clinic Foundation, Harry R. Horvitz Palliative Care Center, *Support Care Cancer*, vol. 4, n° 5, p. 329-333.

GRANDINETTI, D. (2000). « Make the most of your staff », *Medical Economics*, vol. 77, n° 8, p. 56-66.

GRANICK, M.S., et coll. (1998). « The multidisciplinary in hospital wound care team : Two models », *Advances in Wound Care*, vol. 11, n° 2, p. 80-83.

GRENIER, J., et M. LEMIEUX (2003). « L'interdisciplinarité au quotidien dans un contexte d'intervention en gérontologie », *Intervention*, (118), p. 5-14.

HAGGERTY, J.L., et coll. (2003). Continuity of care : A multidisciplinary review, *BMJ*, 22 novembre, vol. 327, (7425), p. 1219-1221.

HÉBERT, R. (1997). *Définition du concept d'interdisciplinarité*, Sherbrooke, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, Colloque « De la multidisciplinarité à l'interdisciplinarité », 4-5 avril 1997.

HENNEMAN, E., et coll. (2001). « Collaboration : A concept analysis », *Journal Advanced Nursing*, vol. 21, n° 1, p. 103-109.

HORVATH, A.O. (2001). « The alliance », *Psychotherapy*, vol. 38, n° 4, p. 365-372.

HUSTING, P.M. (1996). « Leading work teams and improving performance », *Nurse Management*, vol. 27, n° 7, p. 35-38.

ILLMAN, J. (2002). « U.K.'s efforts to improve multidisciplinary care criticized », *Journal of the National Cancer Institute*, vol. 94, n° 3, p. 163-164.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC Perspectives de la population du Québec, 1996-2051.

- IRVINE DORAN, D.-M. et coll. (2002). « *Achieving Clinical Improvement : An Interdisciplinary Intervention* », *Health Care Manage Rev.*, vol. 27, n° 4, p. 42-56.
- JAMES, J., J.M. JONES, G. RODIN et P. CATTON (2001). « Can assessment of psychosocial orientation assist continuing education program development in psychosocial oncology ? », *Journal of Cancer Education*, printemps, vol. 16, n° 1, p. 24-28.
- KANE, P.K., B. MCCABE et J. BIERLY (1987). « Shaping a collaborative practice environment », *Nursing Administration Quater*, vol. 11, n° 4, p. 24-26.
- KAPPELI, S. (2000). « The value of spiritual support in cancer patients », *Support Care Cancer*, vol. 8, n° 2, p. 75-76.
- KILBEY, J. (2001). « Standards setting and quality assurance », *Professional Nurse*, vol. 16, n° 7, p. 1237, 1239.
- KIM, O. (2005). « The mind-body connection in elderly », *Nursing and Health Sciences*, vol. 7, n° 1, p. 78.
- KIM, S. (2005). « Mind and body in spiritual perspectives », *Nursing and Health Sciences*, vol. 7, n° 1, p. 77.
- KEARSLEY, SCHONFELS, SHEEHAN. (1998). « Quality of life assessment during palliative radiotherapy », *Australasian Radiology*, vol. 42, p. 354-359.
- KLAGSBRUN, S. (1990). *Symptom Control, Ethics and Communication Patterns : Crucial Topics in Cancer Education*, New York, The Charles Press.
- LAFFERTY, W.E., A. BELLAS, A.C. BADEN, P.T. TYREE, L.J. STANDISH et R. PATTERSON (2004). « The use of complementary and alternative medical providers by insured cancer patients in Washington State », *Wiley InterScience*, American Cancer Society, février, vol. 100, n° 7, p. 1522-1530.
- LAIN, J., et coll. (1998). « Improving efficiencies and reducing costs in adult cardiac surgery : A team approach », *Quality Management in Health Care*, vol. 6, n° 4, p. 37-41.
- LARIVIÈRE, C. (1994) *Formation au travail interdisciplinaire*, cahier du participant, Réseau des ressources en développement des organisations, 44 p.
- LARSON, D.G. (1993). « Self-Concealment : Implications for stress and empathy in oncology care », *Journal of Psychosocial Oncology*, vol. 11, p. 1-16.

LASKER, R.D., E.S. WEISS et R. MILLER (2001). « Partnership synergy : A practical framework for studying and strengthening the collaborative advantage », *The Milbank Quarterly*, vol. 79, n° 2, p. 179-205.

LE BOTERF, G. (2002) *Développer la compétence des professionnels. Construire les parcours de professionnalisation*, Paris, Éditions d'Organisation.

LEDUC, N., et coll., (2004). *Programme de formation en analyse et évaluation des interventions en santé pour la prise de décisions et les politiques*, Rapport de recherche, Université de Montréal.

LEGAULT, G.A. (2003). *Crise d'identité professionnelle et professionnalisme*, Québec, Presses de l'Université du Québec.

LEGROW, K., et coll., (2005). « *Development of Professional Based on a Family Systems Nursing Framework : Nurses' and Families' Experiences* », *Journal of Family Nursing*, vol. 11, n° , p. 38-58.

LERNER, H. (1997). *Les illusions du bonheur*, Montréal, Éditions de l'Homme.

LESCARBEAU, R., et J.F. CHAMPOUX (2001). « Les exigences de la pratique interprofessionnelle : constants de différents auteurs », *Interactions*, printemps, vol. 5, n° 1, p. 35-56.

LIKERT, R. (1984). *The nature of highly effective groups*, in D. Kalb, I. Rubin, J. McIntyre. *Organizational Psychology*, Englewood Cliffs : Prentice-Hall, p. 153-166.

LINTZ, K.C., R.T. PENSION, B.A. CHABNER et T.J. LINCH, JR (2002). « A staff dialogue on caring for an intensely spiritual patient : psychosocial issues faced by patients, their families, and caregivers », *The Oncologist*, vol. 7, (suppl. 2), p. 16-22.

MALHERBE. (2002) « De la crédibilité de l'équipe », *Droit déontologie et soins*, vol. 2 (1) p. 4-7.

MARIANO, C. (1989). « The case for interdisciplinary collaboration », *Nursing Outlook*, novembre, vol. 37, n° 6, p. 285-288.

MASSÉ, R. (2003). *Éthique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativité*, Québec, Presses de l'Université Laval.

MATHEWS, S., et coll., (2003), « *Describing the Essential Elements of a Professional Practice Structure* », *Canadian Journal of Nursing Leadership*, vol. 16, n° 2, p. 63-71.

MATHIASSEN, R.A., et coll., (2001). « A dedicated craniofacial trauma team improves efficiency and reduces cost », *Journal of Surgical Research*, vol. 97, n° 2, p. 138-143.

MEIJER, W.J., et D.J.B. VERMEIJ (1997). « A comprehensive model of cooperation between caregivers related to quality of care », *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 9, n° 1, p. 23-33.

MICCOLO, M.A., et A.H. SPANIER (1993). « Critical care management in the 1990 : Making collaborative practice work », juillet, *Critical Care Clinics*, vol. 9, n° 3, p. 443-53.

MILLWARD, L.J., et N. JEFFRIES (2001). « The team survey : A tool for health care team development », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 35, n° 2, p. 276-287.

MIMEAULT, C., L, ROY, (2003). *L'interdisciplinarité, un défi à relever*, Longueuil, Centre intégré de lutte contre le cancer de la Montérégie, Colloque « Le soutien en oncologie », le 9 mai.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1996). *Les services de soutien et de soins aux personnes atteintes de cancer*, Programme québécois de lutte contre le cancer, Comité consultatif sur le cancer, Québec, MSSS.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997). *Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*, Programme québécois de lutte contre le cancer, Comité consultatif sur le cancer, Québec, MSSS.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004). *Le Continuum de services pour les personnes atteintes de cancer et leurs proches : paramètres d'organisation*, Québec, Programme québécois de lutte contre le cancer, MSSS.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004). *Pour optimiser la contribution des infirmières à la lutte contre le cancer – AVIS – Comité de l'évolution de la pratique infirmière en oncologie*, Québec, Programme québécois de lutte contre le cancer, MSSS.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004). *Politique en soins palliatifs en fin de vie*, Québec, MSSS.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005). *Besoins des personnes atteintes de cancer et de leur proches au Québec*, Recommandations et avis – Comité des représentants de la population atteinte de cancer et des proches au Québec (REPOP), Québec, Programme québécois de lutte contre le cancer, MSSS.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005). *Le soutien, l'adaptation et la réadaptation en oncologie au Québec*, Recommandations et avis – Comité de soutien, d'adaptation et de réadaptation (SAR), Québec, Programme québécois de lutte contre le cancer, MSSS.

MORIN, E. (1996). « Cultiver la confiance dans les relations interpersonnelles », dans *Psychologie au travail*, Montréal, Gaétan Morin, p. 311-315.

MORROW, P.C. (1997). *The Measurement of TQM Principles and Work-Related Outcomes*, *Journal of Organizational Behavior* 18 : p. 363-76.

MOULIN, P., et J. FRAVAL (2004). « Interdisciplinarité : regard croisé sur deux cultures de services hospitaliers », *Recherche en soins infirmiers*, décembre, n° 79, p. 19-30.

NALLET, G., et I. BRUNET (2002). Le soignant entre curatif et palliatif : rôle de l'équipe en hémato-cancérologie, *Infokara*, vol. 17, n° 1, p. 11-15.

NICOLESCU, B. (1996). *La transdisciplinarité*, Paris, Éditions du Rocher.

PALKINALA, A. (2003). « Treating elderly patient with cancer », *The Chronicle of Cancer Therapy*, winter, p. 10-17.

PAPADATOU, D., F. ANAGNOSTOPOULOS et D. MONOS (1994). « Factors contributing to the development of burnout in oncology nursing », *British Journal of Medical Psychology*, vol. 67, p. 187-199.

PARSE, R.R. (2003). *L'humain en devenir*, Québec, Presses de l'Université Laval.

PATENAUDE, J., et M. XHIGNESSE (2003). « Processus identitaire et syndrome du conflit de rôles. Le cas des professions médicales », dans Georges A. Legault (sous la dir. de), *Crise d'identité professionnelle et professionnalisme*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec.

PAUCHANT, T., (1996). *La quête du sens*, Montréal, Québec-Amérique/HEC.

PENYAMINI, Y., et coll. (2002). « Self-rated health and mortality », *Medical Care*, 40(6) suppl : 111-56-111-62.

PLANTE, A., L. ROY, (2002). *L'interdisciplinarité*, Centre intégré de cancer en Montérégie (CICM), Module de formation (non-publié).

PONTE, P.R., et coll. (2003). « Making patient-centered care come alive, achieving full integration of the patient's perspective », *Journal of Nursing Administrations*, vol. 33, n° 2, p. 82-90.

POST-WHITE, J., M.E. KINNEY, K. SAVIK, J.B. GAU, C. WILCOX, C. et I. LERNER (2003). « Therapeutic massage and healing touch improve symptoms in cancer », *Integrative Cancer Therapies*, avril, vol. 2, n° 4, p. 332-344.

RANDO, T.A. (1997). « Living and learning the reality of a loved one's dying traumatic stress and cognitive process in anticipatory grief », dans K.J. Dako et J. Davidson (sous la dir. de), *Living with Grief when Illness is Prolonged*, Washington DC, Hospice Foundation of America, p. 33-50.

RICE, B. (1997). *Making a big group feel small*, Medical economics, vol. 74, n° 24, p. 82-96.

RICHARD, C., et M.T. LUSSIER (2005). *La communication professionnelle en santé*, Montréal, Éditions Erpi.

ROBERTS, P. (1999). « Total teamwork : The Mayo Clinic », *Radiology Management*, vol. 21, n° 4, p. 29-36.

ROGER, J. (1998) *Le guerrier spirituel*, Varennes, Éditions ADA.

SAMSON-FISCHER, R. et coll. (2000). « The unmet supportive care needs of patients with cancer », *Cancer, janvier*, vol. 88, n° 1, p. 226-237.

SCHMIDT, K.D. (2001). « Cancer rehabilitation services in a tertiary care center », *Cancer*, 15 août, vol. 92 (4 suppl.) : 1053-4.

SENGE, P., KLEINER, A., ROBERTS, C., ROSS, R., ROTH, G., et B. SMITH (1999) *La cinquième discipline : La danse du changement*, Paris, Éditions Générales First.

SHEPARD, N., et J.F. KELVIN (1999). « The nursing role in radiation oncology », *Seminars in Oncology Nursing*, vol. 15, n° 4, p. 237-249.

SHORTELL, WATERS, CLARKE et BUDETTI (1998). « Physicians as double agents », *JAMA*, 280 (12), p. 1102-1108.

SMELTZER, C.H., et coll. (1996). Streamlining documentation : an opportunity to reduce costs and increase nurse clinicians' time with patients, *Journal of Nurses Care Quaterly*, vol. 10, n° 4, p. 66-67.

SOOTHILL, K., et coll. (2004) « *Grouping cancer patients by psychosocial needs* », *Journal of Psychosocial Oncology*, 22(2) 89-109.

SPINETTA, J.J., M. JANKOVIC, M.W. BEN ARUSH T. EDEN, C. EPELMAN, M.L. GREENBERG, A. GENTILS MARTINS, R.K. MULHERN, D. OPPENHEIM et G. MASERA (2000). « Guidelines for the recognition, prevention and remediation of burnout in health care professionals participating in the care of children with cancer », rapport du SIOF Working Committee on Psychosocial Issues in Pediatric Oncology, *Medical & Pediatric Oncology*, août, vol. 35, n° 2, p. 122-125.

ST-ARNAUD, Y. (2003). *L'interaction professionnelle, efficacité et coopération*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal.

STATISTIQUE CANADA (2004). *Statistiques canadiennes sur le cancer*, Institut national du Cancer du Canada, Toronto.

STREET, F.A., A. LOVE et J. BLACKFORD (2005). « Managing family centered care in aged and acute setting », *Nursing and Health Sciences*, janvier, vol. 7, n° 1.

STRUTTON, D. (2002). « Essay : A cancer patient's perspective on how and why care providers should pursue healing partnership », *Health Marketing Quarterly*, mars, vol. 19, n° 3, p. 71-91.

TATTERSALL, M.H., et H. THOMAS (1999). « Clinical review recent advances oncology », *BMJ*, 318 (7181), p. 445-448.

TAYLOR, C. (1989). *Source of the Self: The Making of the Modern Identity*, New York, Harvard University Press.

TEYTELMAN, Y. (2002). « Effective nursing documentation and communication », *Seminars in Oncology Nursing*, vol. 18, n°2, p. 121-127.

TREMBLAY, J., et L. GAGNON (2004). « Travailler ensemble en réadaptation : une expérience de transdisciplinarité de collaboration », *Soins Cadres*, n° 49, p. 30-34.

TREMBLAY, J., P. PROULX, M. VERMETTE et C. GAUDREAU (2000). « Comment optimiser le travail d'équipe en rééducation-réadaptation. Interdisciplinarité et travail d'équipe », *Réadaptation médicale*, vol. 20, nos 3-4, p. 95-103.

TURGEON, J., et coll. (2001). « La problématique de la continuité des soins en oncologie », Rapport de recherche, Université Laval.

UDOD, S.A., et W.D. CARE (2004). « Setting the climate for evidence-based nursing practice : What is the leader's role ? », *Nursing Leadership*, vol. 17, n° 4, p. 64-75.

VACHON, M. (1987). *Occupational Stress in the Care of the Critically Ill, the Dying and the Bereaved*, Washington DC, Hemisphere.

VALDES, M.A., et coll. (1999). « A multidisciplinary therapy-based, team approach for efficient and effective wound healing : A retrospective study », *Ostomy/Wound Management*, vol. 45, n° 6, p. 30-36.

VOYER, P., (2001). « L'interdisciplinarité, un défi à relever pour les infirmières », *La Gérontoise*, vol. 12, n° 1, p. 9-15.

WALCZAK, M.B., et P.L. ABSOLON (2001). « Essentials for effective communication in oncology nursing : assertiveness, conflict management, delegation, and motivation », *Journal for Nurses in Staff Development*, vol. 17, n° 3, p. 159-162.

WALEED, M., AL-SHAKHAA et M. ZAIRI (1998). « Delivering effective health care through teamwork : the role of pharmaceutical care management », *Health Manpower Management*, vol. 24, n° 6, p. 212-220.

WALKER, M.S., et coll. (2003). « Patient care in multidisciplinary cancer clinics : Does attention psychosocial needs predict patient satisfaction? », *Psycho-oncology*, vol. 12, n° 3, p. 291-300.

WEISMAN, A.D. (1991). « Understanding the cancer patient : the syndrome of the caregiver's plight », *Psychiatry*, vol. 44, n° 2, p. 161-168.

WHEELAN, S.A., et J.M. HOCHBERGER (1996). « Assessing the functional level of rehabilitation teams and facilitating team development », *Rehabilitation Nursing*, vol. 21, n° 2, p. 75-81.

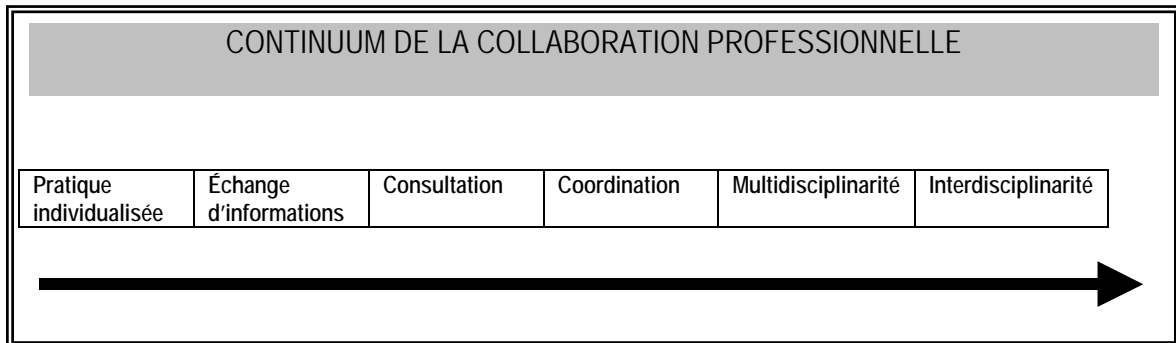
WOOD, M.L., et C.L. MCWILLIAM (1996). « Cancer in remission : Challenge in collaboration for family physicians and oncologists », *Canadian Family Physician*, mai, vol. 42, p. 899-904 et 907-910.

YANCIK, R., et L.A. RIES (2000). « Aging and cancer in America : Demographic and epidemiologic perspectives », *Hematology and Oncology Clinics of North America*, vol. 14, n° 1, p. 17-23.

ZIMMERMAN, J.E., et coll. (1993). « Improving intensive care : Observations based on organizational case studies in nine intensive care units. A prospective, multicenter study », *Critical Care Medicine*, vol. 21, n° 10, p. 1443-1451.

ZUCKER, J.M. (2002). « Reaching a team consensus in pediatric oncology when treatment proves ineffective », Archives de Pédiatrie. (9 suppl) 1 : 55s-59s, 2002 Apr.

ANNEXE



Dussault (1990), d'après IVEY et al. (1987) cité par Larivière (1994)

LES « ÉQUATIONS » DU TRAVAIL EN ÉQUIPE

Le consensus professionnel : (1+1=3) (Facilité par le travail en interdisciplinarité)

La simple collaboration : (1+1=2) (Multi : moins efficace que la synergie de l'interdisciplinarité)

Le compromis : (1+1=1.5) (Qu'on évite le plus souvent possible)

La confrontation défensive : (1+1=0.5) (Dépassée)

(d'après Tremblay J, Gagnon L. 2004)