

Évaluation

du fonctionnement interdisciplinaire de huit équipes de lutte contre le cancer : principaux constats

PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE CANCER

ÉVALUATION

SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

Coordination

Ourdia Naïdji

Analyse et rédaction

Martin Dorion

Olivier Sossa

Gestion des données

Micheline Bowen

Éditique

Martine Turcotte

Révision linguistique

Anne Dauphinais

Édition

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Le présent document a été publié en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Publications**.

Le genre masculin utilisé dans le document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011

Bibliothèque et Archives Canada, 2011

ISBN : 978-2-550-62627-5 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-62628-2 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2011

REMERCIEMENTS

Nos remerciements vont d'abord à chacune des personnes rencontrées en entrevue individuelle ou en groupe de discussion lors de notre collecte de données dans les huit équipes locales de l'échantillon. Toutes ces personnes ont partagé avec enthousiasme leur point de vue sur le fonctionnement de leur équipe. Nos remerciements vont également à toutes les personnes rencontrées lors de la validation des informations recueillies dans les dossiers médicaux des patients.

Nous tenons aussi à remercier les responsables des équipes de lutte contre le cancer, ainsi que les responsables du dossier de la lutte contre le cancer dans chacune des agences de la santé et des services sociaux (ASSS) qui, par leur accueil et leur soutien dans la collecte de données, ont facilité le déroulement de la présente étude.

Un merci particulier s'adresse aux membres du comité de suivi dont le soutien et les commentaires judicieux ont permis d'éclairer et d'enrichir l'analyse à chacune des étapes de réalisation de cette étude. Enfin, nos remerciements vont également aux relecteurs qui nous ont amenés à préciser et à raffiner notre pensée.

RÉSUMÉ

Le présent rapport vise à décrire et comprendre les divers modes de fonctionnement des équipes de lutte contre le cancer et les principaux facteurs facilitant ou contraignant ces modes de fonctionnement. De plus, pour examiner l'intégration des équipes avec leur réseau local, régional ou suprarégional, telle que présentée dans le Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLC), une attention particulière est portée sur les relations des équipes avec leurs différents partenaires.

Afin de mieux saisir la diversité des modalités de fonctionnement de ces équipes, l'approche retenue est une étude descriptive de huit équipes de lutte contre le cancer désignées pour au moins un mandat local. Ces équipes ont été sélectionnées à partir :

- de critères permettant d'assurer une variabilité dans la localisation géographique des équipes;
- du ou des mandats attribués par les agences de la santé et des services sociaux (ASSS) ou par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) à la suite du processus d'évaluation qui a été réalisé par le Groupe-conseil de lutte contre le cancer (GCLCC)¹ du MSSS;
- de la population desservie;
- du taux de cancer de la région.

Diverses techniques de collecte de données de nature qualitative (entrevue individuelle, groupe de discussion, observation non participante, consultation de dossiers de patients, etc.) ont été utilisées pour décrire et comprendre le mode de fonctionnement interdisciplinaire des huit équipes locales de lutte contre le cancer. L'analyse des données recueillies auprès de ces équipes permet d'observer une certaine variabilité dans la compréhension et la mise en œuvre des composantes caractérisant le fonctionnement interdisciplinaire, et ce, depuis leur désignation en tant qu'équipes interdisciplinaires locales de lutte contre le cancer.

De manière générale, la composition des équipes de lutte contre le cancer étudiées répond aux exigences minimales recommandées dans l'Avis du Comité des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer (CEILCC, 2005). Cependant, le temps que dédient les professionnels de soutien (travailleur social, nutritionniste, psychologue, etc.) à la lutte contre le cancer est jugé insuffisant par la majorité des intervenants rencontrés. De ce fait, la priorité aux personnes les plus vulnérables est reconnue par l'ensemble des équipes.

Sur le plan organisationnel, la coordination des huit équipes à l'étude est assurée conjointement par des responsables clinico-administratifs et médicaux. Si les responsables clinico-administratifs exercent un *leadership* formel et reconnu sur les plans administratif et organisationnel, l'autorité des responsables médicaux est moins tangible (trois équipes sur huit) en raison de l'absence d'une reconnaissance d'un pouvoir formel par la direction de l'établissement. Cette situation a un effet négatif sur la

¹ En 2004, un groupe-conseil composé d'experts du domaine de l'oncologie fut mandaté par la Direction de la lutte contre le cancer (DLCC) du MSSS pour procéder à l'évaluation d'équipes en vue de leur désignation pour un mandat local, régional ou suprarégional (DLCC, Rapport d'activités 2005-2006).

motivation des responsables à exercer cette fonction et sur la mobilisation des membres d'au moins deux équipes.

Sur le plan clinique, la coordination des soins et des services repose principalement sur l'infirmière pivot en oncologie (IPO), une fois que les patients lui sont orientés. Toutes les IPO rencontrées confirment que la référence n'est pas toujours systématique dès l'annonce du diagnostic de cancer, comme le préconise le Comité consultatif des infirmières en oncologie (CCIO, 2008).

Tel que décrit par les IPO, leur rôle correspond à celui défini par le CCIO (2008), à savoir évaluer, enseigner et informer, coordonner et soutenir. Ce rôle est de plus en plus reconnu par les membres de l'équipe et leurs partenaires, facilitant ainsi leur implication dans les équipes. L'IPO est le point d'ancrage de la continuité relationnelle et informationnelle et son implication dans un parcours de soins adaptés aux besoins du patient a souvent facilité le développement d'une relation de confiance dès le premier contact, et ce, jusqu'à la fin des traitements. Cependant, l'augmentation du volume de patients orientés vers les IPO a déjà contraint quelques équipes à mettre en place des mécanismes d'accès à l'IPO.

Dans l'ensemble des équipes à l'étude, l'évaluation initiale des besoins et des ressources de la personne atteinte de cancer est réalisée par l'IPO. Elle est souvent réalisée à partir de l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC)². Toutefois, selon plusieurs IPO, ce dernier n'est pas toujours adapté aux besoins d'informations permettant de soutenir les activités d'évaluation des patients atteints de cancer. Il est souvent complété par d'autres outils spécifiques aux besoins du milieu. De plus, cette évaluation s'effectue parfois dans des lieux inadéquats pour aborder certains aspects psychosociaux.

Au moment de la collecte de données³, la moitié des équipes à l'étude ne tenait pas souvent de rencontres interdisciplinaires par manque de *leadership* médical ou à cause de contraintes matérielles et administratives. Les membres des équipes qui organisent des rencontres interdisciplinaires considèrent qu'il s'agit d'un lieu privilégié de partage d'expertise et de prise de décision. Ces réunions permettent aux équipes d'élaborer des plans d'intervention interdisciplinaires (PII) pour les cas complexes. Dans les quatre autres équipes qui ne tiennent pas de rencontres interdisciplinaires, le plan d'intervention est réalisé (lorsque nécessaire) par l'IPO à partir de l'évaluation initiale des besoins et des ressources et est complété par l'expertise d'autres professionnels (nutritionniste, travailleur social, médecin traitant), s'il y a lieu.

L'intégration des différentes équipes de lutte contre le cancer à leur réseau local, régional ou suprarégional est associée au développement des liens organisationnels et à la consolidation de la collaboration entre les divers intervenants de la lutte contre le cancer. Même si la confiance et la reconnaissance de l'apport de chacun des professionnels se sont développées au sein même des équipes et avec les partenaires régionaux et suprarégionaux, elles restent à consolider dans certains milieux avec les organismes communautaires et les services de première ligne (centres de santé et de

² Centre d'expertise en santé de Sherbrooke (2010), *L'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC)*. Outils cliniques et administratifs. [<http://www.expertise-sante.com/oemc.htm>]. Cet outil est implanté dans le réseau public de la santé de toutes les régions du Québec depuis avril 2003.

³ La période de collecte de données s'étend de juin 2008 à janvier 2009.

services sociaux [CSSS], notamment pour la mission du centre local de services communautaires [CLSC]).

Finalement, mentionnons que les échanges d'informations constituent l'un des points à améliorer dans le fonctionnement intégré, car les équipes ne peuvent compter sur la présence d'un système d'information efficace.

L'analyse du fonctionnement des huit équipes à l'étude permet de relever certains enjeux auxquels font face les équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer. Ces enjeux peuvent alimenter les discussions afin de consolider la mise en œuvre de ces équipes.

Ces principaux enjeux sont :

- le temps dédié à la lutte contre le cancer par certains professionnels de soutien demeure limité pour répondre aux besoins des patients et de leurs proches;
- la désignation formelle du responsable médical et la clarification de son rôle restent à faire dans plusieurs équipes afin d'assurer une complémentarité du *leadership* médico-administratif;
- l'harmonisation des critères d'accès à l'IPO pour s'assurer de bien cibler tous les cas complexes;
- les rencontres entre l'IPO et le patient sont parfois réalisées dans des lieux inadéquats, contraignant l'évaluation des besoins et des ressources du patient;
- la pertinence des rencontres interdisciplinaires n'est pas encore comprise par l'ensemble des acteurs de la lutte contre le cancer, ce qui représente un frein à la tenue de telles rencontres;
- les liens entre les équipes et les partenaires de la lutte contre le cancer sont majoritairement tributaires des liens interpersonnels;
- l'ensemble de l'information sur les patients n'est pas centralisée dans un dossier informatisé. En effet, les professionnels détiennent pour la plupart un dossier parallèle, limitant ainsi la fluidité et le partage de l'information.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
1. STRATÉGIE D'ÉVALUATION	3
1.1. Définition des concepts	3
1.2. Approche d'évaluation.....	4
1.3. Méthodes de collecte et d'analyse des données.....	4
2. STRUCTURE DES ÉQUIPES	5
2.1. Composition des équipes et synergie entre les membres.....	5
2.2. <i>Leadership</i>	6
2.2.1. <i>Leadership</i> médico-administratif.....	6
2.2.2. Appui institutionnel	7
2.3. Comités en appui à la gestion des équipes (mécanismes de coordination)	7
2.4. Facteurs influençant la structuration des équipes.....	8
3. FONCTIONNEMENT INTERDISCIPLINAIRE DES HUIT ÉQUIPES ÉTUDIÉES	8
3.1. Évaluation initiale des besoins et des ressources.....	8
3.1.1. Accès à l'IPO	9
3.1.2. Évaluation initiale des besoins et des ressources	10
3.2. Tenue de réunions d'équipe.....	11
3.2.1. Rencontres interdisciplinaires.....	11
3.2.2. Comité des thérapies du cancer.....	12
3.2.3. Autres rencontres cliniques	13
3.3. Plan d'intervention.....	14
3.4. Formalisation des corridors de services et l'accès à l'expertise.....	14
3.4.1. Niveau local	15
3.4.2. Niveau régional.....	15
3.4.3. Niveau suprarégional.....	17
3.5. Facteurs influençant le fonctionnement interdisciplinaire.....	17
CONCLUSION	19
BIBLIOGRAPHIE	23
ANNEXE - Outils de collecte de données	25

LISTE DES ACRONYMES

ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
CCIO	Comité consultatif des infirmières en oncologie
CCLCQ	Centre de coordination de la lutte contre le cancer au Québec
CEILCC	Comité des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer
CEPIO	Comité de l'évolution de la pratique infirmière en oncologie
CLSC	Centre local de services communautaires
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CTC	Comité des thérapies du cancer
DLCC	Direction de la lutte contre le cancer
GCLCC	Groupe-conseil de lutte contre le cancer
IPO	Infirmière pivot en oncologie
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OEMC	Outil d'évaluation multiclientèle
PII	Plan d'intervention interdisciplinaire
PQLC	Programme québécois de lutte contre le cancer

INTRODUCTION

En 1998, le MSSS lançait le PQLC. Ce programme propose l'implantation d'un réseau intégré pour lutter efficacement contre le cancer et répondre aux besoins des patients. Ce réseau vise une hiérarchisation des soins et des services basée sur la mise en place d'équipes interdisciplinaires locales, régionales et suprarégionales. Le fonctionnement de ces équipes, tel que défini par le CEILCC (2005), réfère à un processus comportant quatre composantes essentielles : la collecte de données, les réunions interdisciplinaires, l'élaboration d'un plan d'intervention interdisciplinaire et la collaboration avec tous les partenaires offrant des soins et des services en oncologie. Ce mode de fonctionnement est basé sur une relation d'échanges et de travail entre les différents professionnels d'une équipe et leurs partenaires (locaux, régionaux ou suprarégionaux) en vue d'offrir des soins et des services complémentaires, accessibles et de manière continue.

Pour soutenir les établissements dans l'implantation du PQLC, un processus formel de reconnaissance des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer a été entrepris par les autorités ministérielles. De plus, la Direction de la lutte contre le cancer (DLCC) a confié à la Direction de l'évaluation du MSSS le mandat d'évaluer les effets du processus d'évaluation par les pairs réalisé par le GCLCC aux fins de la désignation ministérielle sur l'implantation des équipes locales de lutte contre le cancer (MSSS, 2008) et, par la suite, les effets de la mise en œuvre des équipes interdisciplinaires et leur mode de fonctionnement.

L'objet du présent rapport vise à décrire et comprendre le fonctionnement interdisciplinaire des équipes locales de lutte contre le cancer à travers l'étude de huit équipes désignées pour au moins un mandat local.

Ce rapport est structuré autour de trois parties. Dans un premier temps, nous présentons l'approche d'évaluation et les différentes sources de données. Par la suite, nous analysons les principales dimensions du fonctionnement des équipes, dont la composition des équipes, le *leadership* médico-administratif, l'accès à l'IPO, la tenue de réunions interdisciplinaires, l'élaboration d'un PII et les liens des équipes avec leur réseau. La dernière partie présente les principaux enjeux du fonctionnement interdisciplinaire des équipes.

1. STRATÉGIE D'ÉVALUATION

Les questions suivantes résument les préoccupations formulées par la DLCC dans le mandat confié à la DE :

1. Les équipes locales de lutte contre le cancer fonctionnent-elles en interdisciplinarité et dans une perspective de réseau intégré?
2. Quels sont les facteurs facilitant ou contraignant ce mode de fonctionnement?
3. Quels sont les effets de ce mode de fonctionnement sur l'accessibilité et la continuité des soins et des services?

À la demande du comité de suivi de l'évaluation, les effets du fonctionnement des équipes sur la continuité et l'accessibilité devaient être examinés à partir des trajectoires de patients atteints de cancer colorectal. Des grilles de collecte de données permettant de repérer, à partir du dossier des patients, les informations pertinentes sur l'accès et la continuité des soins ont été élaborées et validées auprès de plusieurs IPO. Un constat se dégageait de cette étape de validation, selon lequel il serait difficile de retrouver l'ensemble des informations nécessaires dans le dossier du patient. Toutefois, étant donné la pertinence de ces informations pour documenter l'accessibilité et la continuité, nous avons pris la décision de multiplier les sources de données (dossier patient, IPO, patient et proches) pour les obtenir.

Quelques contraintes ont été rencontrées au moment de la collecte de données⁴ :

- les dossiers des patients contiennent des informations difficilement comparables (d'un établissement à l'autre) et souvent incomplètes pour analyser la continuité et l'accessibilité aux soins (par exemple : date de l'annonce du diagnostic, période de traitement, raison d'interruption d'un traitement, suivi dans un autre établissement, date de la demande de consultation à une IPO, etc.);
- l'absence de normes (ou de références) pour guider l'appréciation des délais d'accès dans les différentes phases du continuum de soins (par exemple : temps nécessaire pour une chirurgie, temps nécessaire pour une radiothérapie, etc.);
- en se limitant à un seul site de cancer (cancer colorectal), il était difficile d'attribuer les observations sur l'accessibilité et la continuité aux modalités de fonctionnement des équipes. Les patients atteints de cancer colorectal ne représentent en aucun cas l'ensemble des patients traités dans les équipes locales de lutte contre le cancer.

Ces différentes contraintes nous ont amenés à recentrer les questions d'évaluation sur le fonctionnement des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer sélectionnées ainsi que sur les facteurs facilitant et contraignant ce mode de fonctionnement. Par conséquent, le lien entre le fonctionnement des équipes et l'accessibilité et la continuité des soins ne sera pas présenté dans ce rapport.

1.1. Définition des concepts

L'interdisciplinarité se définit comme étant « le regroupement de plusieurs intervenants ayant une formation, une compétence et une expérience spécifique qui travaillent

⁴ La fenêtre d'observation des dossiers des patients s'étend du 1^{er} janvier 2007 au 31 mars 2008.

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 » (Hébert, 1997). Ce concept exprime ainsi la dynamique qui se crée entre les personnes qui échangent à partir de leur domaine de connaissances, le but étant un enrichissement de la compétence des personnes et de la compréhension d'une situation complexe. L'interdisciplinarité est donc un mode d'organisation du travail qui vise l'interaction entre différentes disciplines. Cette interaction a pour but de produire l'intégration des connaissances, des expertises et des contributions propres à chaque discipline dans un processus de résolution de problèmes complexes (Payette, 2001).

Dans la logique du PQLC, le fonctionnement interdisciplinaire des équipes est renforcé par le réseautage entre les instances locales, régionales et suprarégionales. Cette intégration des équipes avec leurs différents partenaires permettra d'optimiser l'utilisation des ressources disponibles en oncologie et de rapprocher les soins du milieu de vie des personnes atteintes de cancer. La recherche d'une plus grande intégration se fonde sur la reconnaissance d'une forte interdépendance entre les différentes composantes du système de soins (Alter et Hage, 1993). La stratégie d'intégration prend donc tout son sens pour structurer les efforts des différents intervenants dans la prise en charge des maladies aussi complexes que le cancer.

1.2. Approche d'évaluation

L'approche adoptée pour cette évaluation est fondée sur une étude descriptive de huit équipes locales de lutte contre le cancer afin de décrire et de mieux comprendre le fonctionnement des équipes interdisciplinaires selon les diverses réalités des milieux. La sélection des équipes tient compte de la variabilité dans la localisation géographique (urbaine, rurale, éloignée), du mandat des équipes au moment de la désignation, de la couverture territoriale, de la population du territoire à desservir (territoire par rapport à hors territoire) et des taux de cancer de la région. À partir de ces critères, les huit équipes retenues se répartissent comme suit :

- trois équipes avec un mandat local;
- deux équipes avec un mandat local et régional;
- trois équipes avec un mandat local et suprarégional.

1.3. Méthodes de collecte et d'analyse des données

Les méthodes de collecte des données qui suivent ont été utilisées dans le cadre de cette évaluation⁵. Il s'agit :

- d'un groupe de discussion avec des membres de chacune des équipes sélectionnées. Les thèmes abordés portent sur la compréhension de la structure des équipes, leur fonctionnement et leur intégration au réseau local, régional ou suprarégional (Annexe – Outils 1 et 2);
- des entrevues individuelles semi-dirigées avec des IPO (Annexe – Outil 3) d'une part et, d'autre part, avec les responsables clinico-administratifs et médicaux (Annexe – Outil 4) de chacune des équipes pour comprendre leur contribution au fonctionnement des équipes;

⁵ Les outils de collecte de données sont présentés en annexe.

Évaluation du fonctionnement interdisciplinaire de huit équipes de lutte contre le cancer : principaux constats

- de la consultation de documents administratifs (organigramme, programme local de lutte contre le cancer, matrice de désignation des équipes, etc.);
- de l'observation non participante d'une rencontre clinique dans chacune des équipes pour comprendre la dynamique des équipes (Annexe – Outil 5).

La description du fonctionnement des équipes de lutte contre le cancer s'appuie principalement sur des données qualitatives obtenues à partir de groupes de discussion et d'entrevues individuelles semi-dirigées. Ces entrevues ont été enregistrées, transcrites *verbatim* et codées selon des catégories et des sous-catégories d'analyse qui réfèrent aux dimensions du fonctionnement des équipes.

2. STRUCTURE DES ÉQUIPES

2.1. Composition des équipes et synergie entre les membres

« Au niveau de la composition de l'équipe en tant que telle, vous trouverez que l'équipe est complète en termes de professionnels [...] mais nous avons beaucoup de professionnels qui travaillent à temps partiel et ne sont pas entièrement dédiés au programme. »

La composition des équipes que nous avons observées est généralement au-delà des exigences minimales recommandées par le CEILCC (2005)⁶ pour une équipe locale, plus particulièrement dans les équipes en milieu urbain ou ayant un mandat régional ou suprarégional. Même si cette composition minimale des équipes est assurée, les données recueillies démontrent cependant que toutes les ressources des équipes ne sont pas entièrement dédiées à la clientèle oncologique, engendrant ainsi des difficultés dans la gestion et la planification des ressources humaines. Ces difficultés ne semblent pas, selon les propos de plusieurs intervenants, avoir un impact majeur sur la qualité des soins et des services que reçoivent les patients et leurs proches. Selon eux, le dévouement des professionnels et des médecins à la lutte contre le cancer permet de surmonter bon nombre de difficultés, au prix d'efforts importants. Par contre, un besoin additionnel de professionnels de soutien a été exprimé par toutes les équipes pour être en mesure de couvrir de façon optimale les besoins de la clientèle oncologique et de faire face à l'accroissement du volume de nouveaux cas de cancer.

Au sein des établissements, les divers intervenants de la lutte contre le cancer ont développé des liens de collaboration, renforçant ainsi le soutien interprofessionnel et facilitant l'accès aux soins et aux services pour les personnes atteintes de cancer. Avec le temps, une culture de collaboration a pris place. Les différents intervenants ont appris à se connaître, à travailler ensemble et à reconnaître la contribution de chacun, permettant ainsi l'orientation des patients vers les différents soins et services requis.

⁶ Selon l'Avis sur les équipes interdisciplinaires en oncologie du CEILCC, l'équipe locale doit minimalement comprendre : une infirmière, une infirmière pivot en oncologie, un hémato-oncologue ou un oncologue médical, un nutritionniste, un pharmacien, un psychologue ou un travailleur social.

2.2. Leadership

Le *leadership* médical et le *leadership* clinico-administratif permettent d'assurer aux équipes le soutien nécessaire pour un fonctionnement interdisciplinaire. L'Avis sur les équipes interdisciplinaires en oncologie du CEILCC (2005) stipule que le responsable médical doit assurer le lien avec ses pairs et susciter leur engagement et leur collaboration au sein de l'équipe. Quant au responsable clinico-administratif, ce dernier doit s'assurer que les membres de l'équipe reçoivent la formation, la supervision et le soutien adéquats. Il est responsable d'organiser les rencontres d'équipe et de voir à leur animation. La collaboration entre les responsables médicaux et clinico-administratifs permet d'assurer un *leadership* médico-administratif.

2.2.1. Leadership médico-administratif

Dans l'ensemble des équipes rencontrées, un responsable clinico-administratif est nommé et exerce des fonctions qui sont conformes à celles de l'Avis sur les équipes interdisciplinaires en oncologie (veiller à ce que les membres reçoivent la formation, le soutien et la supervision nécessaires, etc.). Le responsable clinico-administratif dans ces équipes est généralement un gestionnaire ayant, parfois, des compétences cliniques (infirmière, technicienne en radio-oncologie, etc.). Dans certaines équipes, le responsable clinico-administratif n'est pas entièrement dédié à l'oncologie et peut être secondé par une autre personne. Dans l'une des équipes détenant également un mandat suprarégional, les responsables clinico-administratifs et médicaux ont nommé des répondants dans chacune des équipes suprarégionales de l'établissement. Cela permet d'assurer une gestion plus soutenue des équipes. Dans l'exercice de leur rôle, ces répondants travaillent en étroite collaboration avec les responsables clinico-administratifs et médicaux. Ce modèle d'organisation pourrait être une piste à explorer par les équipes qui ont un mode de fonctionnement par site de cancer, car, en général, nous avons observé que les équipes suprarégionales d'un même établissement manifestent peu d'interactions directes entre elles. Ces équipes ont leurs propres préoccupations, problèmes et besoins dans un contexte où les ressources disponibles sont limitées et doivent être partagées entre les équipes de l'établissement.

Seulement cinq des huit équipes avaient un responsable médical formellement nommé au moment de la collecte de données. Ce dernier combinait un rôle clinique en plus de sa charge de *leader* médical auprès des équipes. Lorsqu'ils sont chefs de département, les responsables médicaux ont un pouvoir décisionnel lié à ce titre. Cependant, l'exercice de ce rôle, combiné avec des fonctions cliniques, limite la disponibilité de ces responsables auprès des équipes.

« Donc, comme chef médical, si je voulais remplir exactement toutes les fonctions, les rôles, faudrait faire juste ça [...] c'est impossible. Pas avec une charge clinique. C'est ça qui est frustrant parfois, on n'a pas le temps de faire les choses comme on pense qu'elles devraient être faites. »

Dans les cinq équipes où les deux responsables (médical et administratif) sont nommés, ces derniers perçoivent la complémentarité de leur rôle respectif comme un élément essentiel au bon fonctionnement des équipes, constituant de ce fait un levier important dans la structuration de ces dernières.

Évaluation du fonctionnement interdisciplinaire de huit équipes de lutte contre le cancer : principaux constats

« C'est sûr que moi [responsable médical], je peux aider la responsable clinico-administrative dans des cas où ça implique des médecins. Et quand il y a un problème organisationnel à régler, c'est sûr que, comme médecin, je ne connais pas en détail la structure administrative de l'hôpital. »

Le *leadership* médico-administratif a grandement influencé le fonctionnement des équipes. Dans les cinq équipes où les deux responsables sont formellement nommés avec des attributions claires et reconnues, ces derniers ont plus de légitimité dans l'exercice de leur rôle. Cette légitimité leur confère un pouvoir d'influence permettant d'agir en tant que conseillers et motivateurs auprès du corps médical et professionnel, afin de recueillir leurs besoins et d'obtenir leur adhésion au projet de lutte contre le cancer. Ces équipes sont donc plus stables, mieux structurées et mieux encadrées. Par contre, dans le cas de trois équipes où les responsables médicaux n'ont pas été formellement nommés, on observe que leur rôle n'est pas clairement défini et qu'ils se questionnent sur leur imputabilité et leur légitimité dans la coordination des équipes. Par exemple, cette situation a été un obstacle au développement et à la coordination des activités cliniques (réunion interdisciplinaire, PII, etc.) dans deux équipes. La cohésion et la collaboration à l'intérieur d'une de ces équipes ont été ébranlées à la suite de la démission du responsable médical. En effet, en l'absence d'un responsable pour s'occuper du développement de mécanismes de collaboration, rien ne se réalise, même si tout le monde s'en préoccupe (Clements, Dault et Priest, 2007).

2.2.2. Appui institutionnel

Les autorités en place ont contribué à la consolidation des équipes. En effet, l'appui des ASSS et des établissements a été déterminant en ce sens et a permis d'assurer un suivi des recommandations faites à la suite des visites d'évaluation du GCLCC. Par exemple, les ASSS ont joué un rôle fondamental afin d'assurer une harmonisation des initiatives en matière de lutte contre le cancer. Elles ont également appuyé les équipes dans certaines activités de formation, entre autres, pour les IPO. Des équipes ont également souligné l'appui de leur établissement pour faciliter la disponibilité des ressources professionnelles (ajout de temps dédié à la lutte contre le cancer, recrutement, etc.) et matérielles (salle de chimiothérapie, salle de réunion, etc.). L'implication de ces instances auprès des équipes a permis de faire avancer les dossiers en cours et de favoriser le développement des liens avec les divers partenaires.

2.3. Comités en appui à la gestion des équipes (mécanismes de coordination)

La gestion des équipes est soutenue par différents comités dans lesquels sont impliqués les responsables clinico-administratifs et médicaux. Ces comités prennent différentes formes, tels des comités de gestion, de qualité ou de coordination, etc. La participation des responsables clinico-administratifs et médicaux à ces comités contribue au maintien de liens fonctionnels entre l'équipe et les autres entités de l'établissement et du réseau local (arrimer les besoins des équipes avec les ressources disponibles). Ces comités agissent comme soutien à l'intégration des soins. Par exemple, dans l'une des équipes, le comité de gestion a permis de négocier des ententes avec d'autres départements, afin d'obtenir davantage de temps dédié à la lutte contre le cancer pour les professionnels de soutien psychosocial et nutritionnel. Dans une autre équipe, c'est lors d'une rencontre administrative que des besoins spécifiques en ergothérapie furent

identifiés et un ergothérapeute fut par la suite formé afin de répondre à ce besoin (drainage lymphatique). Mentionnons toutefois que le volet promotion et prévention est absent des discussions de ces comités.

2.4. Facteurs influençant la structuration des équipes

L'analyse de la structuration des équipes a permis de décrire la composition des équipes, le *leadership* et les différents comités d'appui à la gestion de ces équipes. En guise de synthèse, nous présentons les principaux facteurs qui ont exercé une influence dans leur mise en œuvre.

Facteurs facilitants :

- le processus de désignation des équipes interdisciplinaires de même que l'élaboration des projets cliniques en oncologie ont été rapportés dans l'ensemble des équipes comme un exercice de réflexion pour mettre en place les assises du PQLC;
- la mobilisation des membres autour de la philosophie du PQLC (une approche globale de lutte contre le cancer, des soins et des services centrés sur la personne, la qualité comme premier guide de nos choix) et leur engagement à la lutte contre le cancer ont permis d'assurer une cohésion au sein des équipes;
- l'appui des instances administratives pour prioriser la lutte contre le cancer est perçu positivement par les intervenants rencontrés.

Facteurs contraignants :

- l'insuffisance de temps dédié à l'oncologie par les professionnels de soutien (notamment psychosocial) rend difficile l'organisation des soins et des services;
- l'absence d'un pouvoir formel, un rôle peu défini et une charge clinique déjà très accaparante limitent l'exercice du *leadership* médical de certaines équipes.

3. FONCTIONNEMENT INTERDISCIPLINAIRE DES HUIT ÉQUIPES ÉTUDIÉES

L'analyse du fonctionnement interdisciplinaire des équipes s'appuie sur les principales dimensions retenues dans l'Avis sur les équipes interdisciplinaires en oncologie du CEILCC (2005). Les dimensions examinées sont l'évaluation initiale des besoins et des ressources des patients et de leurs proches, la tenue de réunions d'équipe, la réalisation des plans d'intervention et la relation des équipes avec leurs partenaires dans la lutte contre le cancer.

3.1. Évaluation initiale des besoins et des ressources

L'évaluation initiale représente une étape importante dans la démarche de soins (Bélanger, 2004). De manière générale, l'évaluation initiale des besoins et des ressources des patients et de leurs proches est amorcée par l'IPO.

3.1.1. Accès à l'IPO

Selon l'Avis sur les équipes interdisciplinaires en oncologie du CEILCC (2005) et divers documents sur le rôle des IPO (CQLC, 2000; CEPIO, 2005; CCIO, 2008), tous les nouveaux patients devraient être dirigés vers un intervenant pivot dès l'annonce du diagnostic de cancer. Dans les faits, une seule des huit équipes a mis en place un mécanisme pour orienter et répartir de manière systématique tous les patients vers une IPO⁷. Dans les autres équipes, les demandes de consultation vers l'IPO proviennent, pour la plupart, de l'initiative des hématologues, des chirurgiens ou d'autres médecins spécialistes ou professionnels de l'équipe. L'adhésion au mode de fonctionnement interdisciplinaire et la compréhension du rôle de l'IPO influencent la propension des médecins à diriger les patients vers une IPO. La clarification et la promotion du rôle des IPO⁸ de même que les formations sur l'interdisciplinarité ont contribué à améliorer la compréhension de la place centrale qu'occupent ces professionnelles au sein des équipes. La clarification du rôle des membres d'une équipe est reconnue comme un élément essentiel pour fonctionner en équipe (Clements, Dault et Priest, 2007).

Cependant, selon les commentaires recueillis, l'absence d'une procédure formelle d'annonce de diagnostic dans laquelle serait impliquée l'IPO accroît le temps nécessaire avant un premier contact entre le patient et l'IPO. La première rencontre permet habituellement d'effectuer les présentations et de donner certaines informations sur le rôle de l'IPO et sur les soins et services disponibles. Les informations données au patient pendant cette rencontre tiennent compte de l'état émotionnel de ce dernier, mais aussi de sa capacité à assimiler toute l'information. Selon les IPO, lorsqu'elles reçoivent une requête pour consultation, la rencontre avec le patient a lieu dans les 48 heures. Dans certains cas, un contact téléphonique peut être établi avant cette rencontre et, occasionnellement, la collecte de données sera entamée dès cet instant.

Dans certains milieux, afin de faire face au nombre croissant de cas de cancer, les IPO ont établi des critères qui favorisent prioritairement l'accès aux patients dont la situation est jugée complexe. Ces critères varient d'une équipe à l'autre et sont basés sur la complexité de la maladie (médicale ou psychosociale) ou le type de traitement (radiochimiothérapie concomitante, radiothérapie, etc.).

Étant donné que les demandes de consultation vers l'IPO ne sont pas systématiques, il n'est pas rare que le patient soit dirigé vers l'IPO à travers un réseau informel (autoréférence, organismes communautaires, etc.). Dans certains cas, l'IPO va à leur rencontre au moment de leur hospitalisation (à la suite d'une chirurgie) ou au moment des traitements de chimiothérapie ou de radiothérapie.

⁷ Les demandes de consultation sont centralisées au secrétariat d'hémo-oncologie afin d'assurer une répartition équilibrée de la clientèle oncologique. Toutefois, selon l'urgence de la situation (par exemple : détresse psychologique, problèmes sociaux, etc.), les membres de l'équipe peuvent diriger directement les patients vers l'IPO.

⁸ Mentionnons que la description que les IPO font de leur rôle correspond à celui défini par le CCIO, à savoir : évaluer, enseigner et informer, coordonner et soutenir. La reconnaissance de leur apport dans la coordination des soins et des services aux patients par les membres des équipes et leurs partenaires permet, au fil du temps, l'établissement d'un climat de confiance et de collaboration entre ces professionnels.

Finalement, mentionnons que certaines IPO doivent exercer leurs fonctions dans plus d'une installation, ce qui, de leur point de vue, contraint la collaboration avec les divers intervenants. La proximité physique des locaux est d'ailleurs reconnue comme un élément facilitant la collaboration interprofessionnelle (Clements, Dault et Priest, 2007).

3.1.2. Évaluation initiale des besoins et des ressources

Dans l'ensemble des équipes rencontrées, l'évaluation initiale des besoins et des ressources du patient et de ses proches s'effectue par l'IPO. Il s'agit d'un processus d'évaluation continue réalisé lors des diverses rencontres entre le patient et l'IPO pour tenir compte de l'évolution de leurs besoins tout au long du parcours de soins. Selon les IPO rencontrées, l'évaluation des besoins et des ressources est une démarche fondamentale parce qu'elle permet de bien cerner les besoins des patients et les ressources dont ils disposent.

« L'évaluation nous permet de voir les ressources dont a besoin le patient [...] C'est vraiment une évaluation globale pour essayer de cibler ses besoins et quelles références sont nécessaires et quelle sorte de suivi va être utile aussi. »

Ces propos recueillis sur l'évaluation initiale sont conformes avec ce que l'on retrouve dans l'Avis sur les équipes interdisciplinaires en oncologie du CEILCC (2005) et dans différents documents sur le rôle des IPO (CQLC, 2000; CEPIO, 2005; CCIO, 2008).

L'évaluation initiale des besoins et des ressources est basée sur l'OEMC. Dans l'ensemble des équipes, cet outil a été adapté par les IPO avec la collaboration d'autres professionnels. Selon les commentaires des IPO, des modifications à l'OEMC furent nécessaires afin de répondre aux spécificités de la clientèle oncologique ou de certains sites de cancer. Ces modifications permettent de mieux couvrir l'ensemble des informations nécessaires à l'évaluation des besoins et à la coordination des soins et des services aux patients (adéquation entre les besoins identifiés et les soins et services à offrir). En plus de cet outil, des grilles standardisées sont employées par certaines IPO pour évaluer le risque nutritionnel et la détresse psychologique des patients.

Il arrive que, par manque d'espace réservé, l'évaluation initiale se déroule sur les chaises de chimiothérapie généralement placées très près l'une de l'autre, ce qui limite la prise en compte de plusieurs aspects de cette évaluation. Par exemple, pour assurer la confidentialité, les IPO évitent dans ces conditions d'aborder certaines composantes du volet psychosocial de l'évaluation.

« C'est très difficile au centre de chimiothérapie, parce que les fauteuils sont cordés les uns à côté des autres. Moi, autant que possible, je ne fais pas de cueillette de données là [...] ou on en fait, mais on ne va pas dans les émotions [...] on reste plus au niveau physique [...] on garde le reste pour une autre fois. »

L'évaluation initiale des besoins et des ressources est grandement influencée, d'une part, par l'intervalle de temps entre l'annonce du diagnostic et l'orientation des patients vers l'IPO et, d'autre part, par l'état émotionnel des patients. Les demandes de consultation vers l'IPO ont lieu très souvent peu de temps avant le début des traitements

alors qu'elles devraient être faites dès l'annonce du diagnostic. Lorsque les IPO interviennent à l'annonce du diagnostic ou peu de temps après, il leur est plus facile d'établir un lien de confiance avec les patients et de les rassurer dans leur parcours. Toutefois, plusieurs médecins n'ont pas encore le réflexe de diriger le patient vers les IPO.

« Idéalement, on aimerait voir le patient à l'annonce du diagnostic, mais on dirait que ce n'est pas encore dans la routine des médecins. »

Les informations colligées par les IPO ne sont pas toujours ajoutées au dossier du patient. Cette situation n'est pas typique aux IPO. En effet, chaque professionnel détient de son côté un dossier parallèle sur sa propre collecte d'informations et sur ses interventions auprès du patient. Cette situation représente un frein à l'échange et à la disponibilité de l'information entre les membres de l'équipe.

3.2. Tenue de réunions d'équipe

Plusieurs types de rencontres sont organisés par les équipes de lutte contre le cancer. Parmi ceux-ci, on retrouve principalement les rencontres interdisciplinaires, les comités de thérapie du cancer et d'autres types de rencontres cliniques selon le mode de fonctionnement des équipes.

3.2.1. Rencontres interdisciplinaires

L'Avis sur les équipes interdisciplinaires en oncologie du CEILCC (2005) prévoit que les équipes de lutte contre le cancer organisent des réunions interdisciplinaires pour y présenter les patients dont l'apparition ou la récurrence de symptômes complexes est constatée. Ces réunions constituent le cadre idéal pour analyser globalement les symptômes complexes en autorisant un accès simultané à l'expertise de chacun des professionnels présents à ces réunions. Ces rencontres favorisent le partage d'expertise et représentent ainsi un environnement propice pour discuter du PII.

La moitié des équipes rencontrées organise des réunions interdisciplinaires. Lors de ces réunions, les discussions portent majoritairement sur les cas complexes (médical ou psychosocial). Leur fréquence varie d'une à deux semaines pour trois équipes, alors qu'elles ont lieu au besoin et à la demande de l'IPO pour la quatrième équipe. La durée des rencontres ne dépasse pas une heure et le nombre de patients présentés varie de trois à cinq.

La majorité des membres de l'équipe participent à ces rencontres interdisciplinaires. Cependant, la participation des pharmaciens est plus difficile, bien qu'en règle générale, ils demeurent disponibles par téléphone afin de répondre aux questions des équipes, le cas échéant. Selon les propos recueillis auprès de ces équipes, les rencontres interdisciplinaires permettent aux différents intervenants d'exprimer leur avis et d'alimenter ainsi le plan d'intervention.

L'observation non participante de ces rencontres réalisées par l'équipe d'évaluation a permis de constater que l'IPO y joue un rôle de premier plan. En effet, c'est l'IPO qui

Évaluation du fonctionnement interdisciplinaire de huit équipes de lutte contre le cancer : principaux constats

dirige ces rencontres. En général, elle introduit la situation de chaque patient⁹ et les professionnels doivent analyser et émettre leurs commentaires sur les cas présentés. Les rencontres se déroulent dans un climat de confiance, d'écoute et de mise à profit des expertises de chacun. Le temps de discussion accordé à chacun des cas dépend de l'ampleur des interventions. Chacun des intervenants qui veut s'exprimer a suffisamment de temps pour le faire. Les discussions montrent que l'IPO possède une bonne connaissance des cas présentés en réunion. Cependant, pour certaines équipes, les locaux dans lesquels se tiennent ces rencontres sont trop exigus pour contenir l'ensemble des membres de l'équipe.

Dans les quatre autres équipes qui n'organisent pas de rencontres interdisciplinaires, l'analyse des données montre que la notion de l'interdisciplinarité n'est pas encore comprise par l'ensemble des intervenants rencontrés, entre autres, sur la nécessité d'organiser des réunions interdisciplinaires impliquant l'ensemble des membres de l'équipe afin d'élaborer des PII. Par exemple, certains médecins ont mentionné que ce type de réunion n'est pas un élément essentiel pour répondre à l'ensemble des besoins des patients et que la présence de tous les membres de l'équipe n'est pas nécessaire lors de ces rencontres. Rappelons que plusieurs médecins sont inconfortables avec les activités en équipe (Berwick, Enthoven et Bunker, 1992).

Cependant, dans ces quatre équipes, des réflexions sont en cours pour définir et mettre en place les modalités d'organisation de telles rencontres. En général, pour les membres de ces équipes, le fait de ne pas tenir de réunions interdisciplinaires limite l'accès aux professionnels de soutien, augmente les dédoublements de services et compromet la continuité des soins.

« On pourrait aller chercher beaucoup plus pour nos patients si on était capable d'avoir des réunions interdisciplinaires d'équipe. »

Ces propos rejoignent les conclusions de Thornhill, Dault et Clements (2008) pour qui la collaboration de professionnels de différentes disciplines favorise le partage de l'expertise, améliorant ainsi la qualité et l'accès aux soins. De plus, dû à l'absence de réunions interdisciplinaires, les professionnels doivent déployer plus d'efforts pour obtenir l'ensemble des expertises nécessaires afin de répondre aux besoins des patients. Cela implique souvent la multiplication des démarches et peut conduire à un essoufflement des ressources en place.

Selon les propos recueillis, les autres obstacles qui contraignent la tenue de rencontres interdisciplinaires sont liés au manque de disponibilité des professionnels et aux difficultés d'accès à des locaux adéquats pour organiser des rencontres d'équipe. Dans l'une des équipes, l'absence de *leadership* médical a freiné l'implantation de rencontres interdisciplinaires.

3.2.2. Comité des thérapies du cancer

Le Comité des thérapies du cancer (CTC) réunit des spécialistes du cancer d'un établissement ou d'une région dans le but de soutenir, grâce à leur expertise, les médecins traitants aux différentes phases du continuum de soins.

⁹ Occasionnellement, d'autres professionnels ou des médecins présentent des cas en réunion interdisciplinaire. Ils introduisent alors eux-mêmes la situation de leur patient.

Évaluation du fonctionnement interdisciplinaire de huit équipes de lutte contre le cancer : principaux constats

La plupart des équipes rencontrées (sept sur huit) ont accès à une expertise oncologique par l'intermédiaire des CTC. Mis à part deux équipes qui organisent des CTC pour répondre exclusivement aux besoins de la clientèle de leur établissement, les autres CTC ont une vocation régionale ou suprarégionale. Ils sont composés de différents spécialistes et permettent de discuter des cas complexes. De plus en plus, d'autres professionnels (IPO, travailleur social, etc.) sont invités à assister à ces rencontres. Selon les propos des IPO, leur participation à ces rencontres facilite leur compréhension de la maladie et témoigne aussi de l'ouverture des spécialistes envers les professionnels de soutien.

Bien que les discussions au CTC portent essentiellement sur la pratique médicale (interprétation d'imagerie, directives sur les examens d'investigation, élaboration de plans de traitement, etc.), nous avons observé, à quelques reprises, que des préoccupations psychosociales ont également été soulevées. Dans les équipes ayant un mandat régional ou suprarégional, les CTC fonctionnent par siège tumoral, comparativement aux autres qui opèrent sur l'ensemble des sièges tumoraux. Les rencontres des CTC sont hebdomadaires, tôt le matin, et durent généralement une heure. Les équipes locales participent à ces comités par visioconférence pour présenter les cas complexes. Toutefois, selon les propos recueillis, la participation par visioconférence ne permet pas toujours d'assurer des échanges de qualité, surtout lors de la présentation des résultats d'imagerie. En effet, la qualité des images peut être compromise par les caractéristiques des équipements utilisés pour la visioconférence.

3.2.3. Autres rencontres cliniques

Sept des huit équipes organisent également des rencontres cliniques par département (hématologie, radio-oncologie, soins palliatifs). Ces dernières ont lieu une fois par semaine et servent principalement à discuter des patients en traitement dans chacun de ces départements. Il s'agit de rencontres médicales qui réunissent des spécialistes, mais également les professionnels de soutien, dont l'IPO.

Dans l'un des établissements, les patients hospitalisés sont suivis à la clinique d'oncologie qui organise des rencontres hebdomadaires pour discuter des soins et des services que les patients hospitalisés ont reçus au cours de la semaine et pour planifier ceux de la semaine à venir. Les discussions portent sur les besoins biopsychosociaux des patients et parfois de leurs proches. Au moment de la collecte, cette équipe envisageait la tenue d'une rencontre d'équipe pour assurer le suivi des cas complexes non hospitalisés. Cette rencontre sera sous la responsabilité de l'IPO et organisée au besoin.

Mentionnons également l'initiative d'une équipe locale avec un mandat suprarégional qui organise une rencontre de soutien, d'adaptation et de réadaptation en oncologie pour les patients qui présentent des problématiques psychosociales très complexes et qui requièrent une expertise particulière plus poussée. Les IPO, le travailleur social, le psychologue, le nutritionniste et un psychiatre participent à cette rencontre. D'autres professionnels et médecins peuvent s'y joindre, si nécessaire. Cette rencontre permet également de présenter les cas complexes pour les sites tumoraux où il n'y a pas d'équipe interdisciplinaire dédiée.

3.3. Plan d'intervention

Selon l'Avis sur les équipes interdisciplinaires en oncologie du CEILCC (2005), les cas complexes devraient être discutés en réunion d'équipe en vue d'élaborer un PII. Dans cette étude, seulement la moitié des équipes rencontrées élabore un PII. Pour ces équipes le plan d'intervention apporte une plus value au fonctionnement interdisciplinaire en facilitant la coordination des soins aux patients vivant des situations complexes.

« Le plan d'intervention permet d'aller tous vers le même objectif. Qu'on dise tous la même chose au patient pour qu'il comprenne bien vers où on s'en va. Ça permet une meilleure coordination des soins, une meilleure intégration et une meilleure continuité aussi pour le patient. »

C'est habituellement à partir de l'évaluation initiale des besoins et des ressources de la personne et de ses proches que l'IPO détermine la complexité du cas à présenter en réunion d'équipe. Les décisions issues de cette réunion permettent d'élaborer un PII. Par contre, pour les cas non complexes, l'IPO élaborera un plan d'intervention en consultant au besoin d'autres professionnels (nutritionniste, psychologue, travailleur social, etc.) ou médecins (oncologue, hémato-oncologue, etc.).

Dans les équipes qui n'organisent pas de réunions interdisciplinaires, l'élaboration du plan d'intervention est faite par l'IPO, parfois avec la collaboration d'autres professionnels. Ce plan d'intervention (ou plan thérapeutique infirmier) demeure sous la responsabilité des IPO qui en assurent le suivi. Pour au moins deux des équipes qui n'élaboraient pas de PII, il existe une volonté des membres de ces équipes et des gestionnaires rencontrés de mettre de l'avant ce mode de fonctionnement, une fois que les restructurations administratives entreprises (organisation en programme clientèle, consolidation des équipes, etc.) seront complétées.

Il s'avère important de faire la promotion du PII auprès des équipes qui n'ont pas adopté ce mode de fonctionnement. Plusieurs des IPO rencontrées ont mentionné que le PII est un outil de coordination efficace qui permet de colliger l'information sur l'historique de la problématique, les objectifs interdisciplinaires, les interventions, les professionnels responsables et les échéanciers de réalisation. Une fois rédigé, le PII est réévalué régulièrement afin de vérifier si les objectifs établis ont été atteints. Il s'agit donc d'un outil qui permet de suivre le patient tout au long de sa trajectoire, et ce, même lors d'un transfert vers d'autres équipes (par exemple, en soins palliatifs). Bien que les patients ne participent pas directement à l'élaboration du PII, l'IPO s'assure qu'ils soient informés que les professionnels travaillent en équipe interdisciplinaire pour leur offrir les meilleurs soins possible.

3.4. Formalisation des corridors de services et l'accès à l'expertise

Dans les orientations prioritaires 2007-2012 du PQLC (DLCC, 2007) le travail en équipe interdisciplinaire au sein d'une organisation hiérarchisée de services intégrés se veut un incontournable, afin de répondre adéquatement aux besoins biopsychosociaux des personnes atteintes de cancer ainsi qu'aux besoins de leurs proches. La consolidation d'une telle organisation de soins et de services intégrés repose, entre autres, sur des ententes formelles entre les dispensateurs de soins et de services œuvrant auprès de la

clientèle oncologique, mais également sur des échanges et une collaboration accrue entre ces divers intervenants, et ce, quel que soit le niveau (local, régional et suprarégional).

3.4.1. Niveau local

Au niveau local, l'accès aux soins et aux services est fortement influencé par les liens que les équipes de lutte contre cancer entretiennent avec les partenaires. Ces liens doivent transcender le milieu de soins (le centre hospitalier) et s'étendre aux partenaires agissant en amont ou en aval du continuum de soins (CEILCC, 2005). Les équipes rencontrées ont développé peu à peu des liens fonctionnels avec leur réseau local, entre autres, pour les soins à domicile, les soins palliatifs et les services communautaires (transport, hébergement, etc.). Ces liens sont établis majoritairement par les IPO. Dans certaines équipes, elles entretiennent une forte collaboration avec les centres de dépistage (cancer du sein) pour être rapidement informées des nouveaux cas de cancer et pouvoir rencontrer les patientes le plus rapidement possible. Les relations qu'elles entretiennent avec les partenaires locaux permettent d'assurer un meilleur soutien aux patientes.

Selon les commentaires recueillis, les mécanismes mis en place pour assurer l'accès aux services auprès des partenaires locaux demeurent majoritairement non formels, mais permettent tout de même le transfert des patients vers les cliniques spécialisées (ou un autre centre hospitalier) pour certaines consultations et la réalisation d'examens diagnostics et de traitements. Ces mécanismes permettent également le transfert des patients vers les maisons de soins palliatifs ou vers des centres hospitaliers de longue durée. À la suite d'une recommandation du GCLCC lors du processus de désignation, une équipe a implanté une procédure pour que les patients atteints de cancer, non suivis par les internistes et n'ayant pas de médecin de famille, soient pris en charge de façon prioritaire par un médecin de famille de leur territoire.

Cependant, il arrive que, faute de procédure formelle (pour diriger les patients vers le réseau local), les professionnels de l'équipe aient à effectuer plusieurs relances afin d'obtenir les soins et les services requis. De plus, il fut mentionné par une équipe que les ressources disponibles permettent difficilement d'offrir des services de soutien pour les proches des personnes atteintes de cancer.

Selon les propos de plusieurs intervenants rencontrés, les médecins de famille sont très peu impliqués dans le continuum de soins surtout après la phase d'investigation. Ils sont également peu impliqués lors du suivi des patients en rémission ou en soins palliatifs. Ce n'est pas une problématique nouvelle et la situation a peu évolué depuis le premier bilan de la lutte contre le cancer (CCLCQ, 2003). Or, une plus grande implication des médecins de famille auprès des patients atteints de cancer représenterait un atout majeur pour la continuité des soins et des services aux patients.

3.4.2. Niveau régional

Des comités régionaux, sous la responsabilité de l'ASSS, permettent de soutenir différentes initiatives de lutte contre le cancer et d'assurer une cohérence régionale dans l'implantation des orientations ministérielles. Le soutien des équipes régionales s'exerce par la diffusion et l'harmonisation d'outils cliniques, la mise en place d'ententes de

Évaluation du fonctionnement interdisciplinaire de huit équipes de lutte contre le cancer : principaux constats

collaboration et de comités régionaux pour faciliter l'accès à une expertise oncologique et pour structurer les initiatives régionales de lutte contre le cancer. De l'avis des membres d'une équipe, l'élaboration des projets cliniques pour le volet *Lutte contre le cancer* a représenté un appui important en ce sens. Ces comités favorisent également la concertation, les échanges et la création de liens entre les différentes instances locales afin de répondre aux besoins de la clientèle oncologique de la région et parfois de certaines régions limitrophes.

Plusieurs groupes professionnels (IPO, pharmaciens, nutritionnistes etc.) sont organisés en sous-comités de pairs afin de répondre aux besoins spécifiques liés à l'exercice de leur rôle. D'autres sous-comités exercent également des mandats bien spécifiques pour leur région permettant d'offrir de l'accompagnement aux équipes locales. Par exemple :

- dans une région¹⁰, un sous-comité régional fut formé afin d'évaluer les besoins en expertise oncologique et de créer des liens avec des équipes suprarégionales pour la participation à leur CTC;
- un sous-comité régional d'IPO fut très actif au moment de l'implantation de leur rôle dans les CSSS d'une région;
- un autre sous-comité d'IPO a organisé une tournée dans chacun des CSSS de sa région afin d'évaluer comment s'actualisait leur rôle et, au besoin, effectuer des recommandations.

Pour des besoins plus spécifiques, deux des équipes rencontrées ont contribué chacune dans leur région aux travaux d'un comité sous-régional. Un des comités regroupe trois CSSS, dont deux n'offrant pas de traitements oncologiques. Dans le second cas, le sous-comité regroupe des acteurs de la lutte contre le cancer, y compris ceux en soins palliatifs. Ces comités sous-régionaux permettent d'avoir une vision commune d'un fonctionnement intégré avec les réseaux locaux, régionaux et suprarégionaux. Ces comités offrent de l'expertise-conseil aux autres équipes de leur territoire en mettant en place des mécanismes de coordination avec les partenaires régionaux et en soutenant des activités d'enseignement et de recherche. Les activités de ces comités ont permis, entre autres, la mise en commun des projets cliniques et le partage d'outils cliniques (évaluation des besoins, protocoles de soins).

La collaboration au niveau régional est également renforcée par les différentes formations offertes par les ASSS avec la participation des équipes régionales. Ces formations sont habituellement organisées de manière ponctuelle, selon les besoins identifiés lors des divers comités et sous-comités régionaux de la lutte contre le cancer où siègent des représentants de chacune des équipes locales. Deux des huit équipes avaient complété un plan régional de formation continue.

Finalement, mentionnons que peu de corridors de services ou d'ententes sont formalisés entre les établissements régionaux et les équipes locales de lutte contre le cancer. Le fait de ne pas avoir de critères établis pour diriger les patients vers des établissements de la région (par exemple, pour obtenir des examens diagnostics ou des traitements oncologiques) peut compliquer l'organisation des soins et des services. Toutefois, une perception positive de la collaboration au niveau régional est exprimée par la majorité des professionnels et gestionnaires rencontrés.

¹⁰ Mentionnons que cette région est éloignée des grands centres urbains où l'on retrouve les centres hospitaliers universitaires avec des mandats suprarégionaux.

3.4.3. Niveau suprarégional

La majorité des canaux de références développés entre les équipes locales et suprarégionales demeurent informels et sont souvent tributaires des réseaux des médecins spécialistes. Cette situation n'est certes pas nouvelle en oncologie et n'est pas le propre des équipes rencontrées. En effet, le PQLC dénonçait cette situation en 1998 comme l'une des principales lacunes en matière d'organisation des services (CCLC, 1997). Quelques ententes sont toutefois conclues, ce qui a permis à deux équipes locales, par exemple, de bénéficier d'un spécialiste en cancer en itinérance deux fois par mois. Ces spécialistes proviennent du réseau universitaire intégré de santé auquel ils sont associés. Des corridors naturels « géographiques et culturels »¹¹ ont été établis avec des centres tertiaires pour des clientèles oncologiques spécifiques. Les IPO jugent que la collaboration est généralement bonne avec les centres tertiaires, entre autres, avec leurs vis-à-vis où des liens se sont développés avec le temps. Toutefois, le retour d'informations écrites sur les soins et les services reçus dans ces établissements est parfois plus difficile selon les personnes rencontrées et peut provoquer certains bris ou dédoublements de services (par exemple, lors de la perte de résultats d'examens).

3.5. Facteurs influençant le fonctionnement interdisciplinaire

L'analyse du fonctionnement des équipes a permis de décrire l'orientation du patient vers l'IPO, l'évaluation initiale des besoins et des ressources du patient, la tenue des rencontres d'équipe et l'élaboration des PII, les divers corridors de services ainsi que l'accès à l'expertise oncologique. En guise de synthèse, nous présentons les principaux facteurs qui ont exercé une influence sur le fonctionnement des équipes.

Parmi les facteurs facilitants, nous retrouvons :

- la compréhension et la reconnaissance du rôle des IPO au sein de la majorité des équipes;
- la disponibilité de l'expertise oncologique par les CTC régionaux ou suprarégionaux;
- les comités régionaux et sous-régionaux associés à la lutte contre le cancer qui permettent une harmonisation des initiatives locales;
- la participation des professionnels de soutien aux CTC qui facilite leur compréhension de la situation de chaque patient.

Parmi les facteurs contraignants, nous retrouvons :

- les références tardives vers l'IPO reportant le moment de l'évaluation initiale des besoins et des ressources;
- l'absence de locaux adéquats pour effectuer l'évaluation initiale;
- l'absence de locaux adéquats pour la tenue de réunions interdisciplinaires;
- le manque de disponibilité des professionnels pour assister aux rencontres interdisciplinaires;

¹¹ Les corridors de transfert vers les équipes suprarégionales tiennent compte également de la disponibilité des spécialistes. Il fut rapporté par les membres d'une équipe qu'il est parfois difficile de joindre les spécialistes des centres tertiaires et que l'on ne peut transférer un patient sans établir préalablement ce contact.

**Évaluation du fonctionnement interdisciplinaire de huit équipes
de lutte contre le cancer : principaux constats**

- la présence de dossiers parallèles qui limite le partage d'informations;
- l'absence de *leadership* qui freine l'implantation des rencontres interdisciplinaires et la rédaction des PII;
- l'interprétation mitigée de la notion de l'interdisciplinarité par certains intervenants;
- la participation par visioconférence aux CTC ne permet pas toujours d'assurer des échanges de qualité, surtout en ce qui a trait aux résultats d'imagerie;
- l'absence d'un système d'information permettant une centralisation et un partage de l'information.

CONCLUSION

En guise de conclusion, un retour sur les principaux résultats issus de l'évaluation est présenté de même que les différents enjeux auxquels font face les équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer. Rappelons que c'est en 1998 que le MSSS a lancé le PQLC. Ce programme s'articule autour d'un continuum de soins et de services centré sur la population et la personne atteinte, lequel va de la prévention aux soins palliatifs de fin de vie, en passant par le dépistage, l'investigation, le traitement et le soutien. La stratégie du PQLC est la création d'un réseau intégré et hiérarchisé reposant, entre autres, sur des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer. Dans l'ensemble des régions du Québec, des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer sont maintenant désignées.

La présente évaluation permet de constater, à partir de l'analyse du fonctionnement interdisciplinaire de huit équipes de lutte contre le cancer qui ont au moins un mandat local, que la grande majorité des intervenants rencontrés adhèrent aux valeurs véhiculées par le programme et ne remettent pas en doute sa pertinence. Toutefois, c'est dans son implantation et dans les modalités de fonctionnement des équipes que des disparités sont remarquées.

En ce qui a trait à la structuration des équipes, un besoin additionnel de professionnels de soutien a été exprimé par l'ensemble des équipes pour être en mesure de couvrir de façon optimale les besoins de la clientèle oncologique et de faire face à l'accroissement du volume de nouveaux cas de cancer. De plus, dans au moins trois équipes, le *leadership* médical est limité en raison de l'absence d'un pouvoir formel et d'un rôle peu défini. Il ressort également des analyses que la fonction de responsable médical, combinée avec une charge clinique déjà très accaparante, constitue une limite importante à l'exercice de ce rôle, tel que préconisé dans l'Avis sur les équipes interdisciplinaires en oncologie du CEILCC (2005).

L'analyse du fonctionnement permet de constater que seulement la moitié des équipes organise des rencontres interdisciplinaires. L'exigüité des locaux, l'absence de *leadership* médical, le manque de disponibilité des professionnels ainsi qu'une interprétation mitigée de la notion d'interdisciplinarité par certains intervenants représentent les principaux facteurs contraignant la tenue de telles rencontres.

De plus, même si la collecte de données sur les besoins et les ressources des patients et de leurs proches représente le pilier de la démarche de soins servant d'appui au travail des équipes interdisciplinaires, des patients sont, encore aujourd'hui, dirigés tardivement à l'IPO après l'annonce du diagnostic. L'évaluation initiale des besoins et des ressources des patients s'effectue parfois dans des lieux (salles de traitement) inadéquats pour aborder certains aspects (psychosociaux) de la collecte de données.

Les relations entre les équipes de lutte contre le cancer et leurs partenaires locaux, régionaux et suprarégionaux sont peu formalisées et davantage développées sur la base de relations interpersonnelles et interprofessionnelles. Dans ces conditions, le transfert d'un patient vers les différents partenaires de la lutte contre le cancer peut parfois s'avérer plus laborieux (multiplication des démarches). Bien que les professionnels (par exemple, les IPO) aient développé des stratégies lors du transfert de

Évaluation du fonctionnement interdisciplinaire de huit équipes de lutte contre le cancer : principaux constats

patients vers d'autres établissements pour faciliter l'échange d'informations, certains problèmes demeurent, entre autres, lors du retour des informations (écrites) dans les centres tertiaires vers les équipes locales.

La collaboration entre l'équipe et les autres départements ou unités est généralement bonne, car les divers intervenants de la lutte contre le cancer placent le patient au cœur de leurs préoccupations, les soins et les services sont centrés sur ce dernier et, comme le mentionnait une IPO : « Tout le monde est prêt à t'aider tant que toi, tu essaies d'aider quelqu'un atteint de cancer ». Le principal élément contraignant la collaboration des divers intervenants est la disponibilité de l'information. En effet, la présence de dossiers parallèles représente un élément pouvant contraindre le fonctionnement en équipe puisque l'information est morcelée entre chacun des membres. Cette information, non centralisée dans un dossier électronique, nuit à une collaboration efficace.

Cette évaluation met donc en lumière plusieurs enjeux d'intégration auxquels font face les équipes de lutte contre le cancer. Ces enjeux d'intégration sont d'ordre structurel, clinique et informationnel.

Enjeux d'intégration structurelle

COMPOSITION DES ÉQUIPES

Les équipes locales de lutte contre le cancer disposent généralement des expertises requises par le PQLC, mais le temps dédié à l'oncologie par certains professionnels demeure problématique. Dans plusieurs établissements, les ressources professionnelles de soutien ne sont pas dédiées à un programme spécifique. Elles relèvent souvent de différentes directions qui rendent parfois difficiles la planification des activités par les responsables des équipes et leur participation aux rencontres interdisciplinaires. Cette situation n'est pas propre à la lutte contre le cancer et entraîne parfois une compétition entre les différents programmes pour l'obtention de ces ressources professionnelles. Un défi de taille demeure pour les équipes de lutte contre le cancer pour offrir une organisation de services optimale et globale pouvant répondre aux besoins des patients, soit celui de concilier l'augmentation des volumes de nouveaux cas de cancer et la disponibilité des ressources professionnelles.

LEADERSHIP MÉDICAL

Le *leadership* médical est fortement influencé par la fonction principale exercée par le responsable médical. Dans les cas où ce dernier est un chef de département, il détient un pouvoir décisionnel et une capacité réelle à influencer les orientations au sein de l'équipe. Dans le cas contraire, son pouvoir d'influence est plus mitigé. À certains moments, cette fonction est davantage perçue comme une surcharge de travail.

COORDINATION INTERORGANISATIONNELLE

La coordination entre les équipes et les partenaires est assurée par différents comités ou tables de concertation et permet d'assurer une harmonisation des initiatives en matière de lutte contre le cancer. Par contre, les relations que les professionnels des équipes entretiennent avec les partenaires du réseau sont fortement dépendantes des liens interprofessionnels et des contacts personnels. Peu d'ententes formelles sont élaborées entre les équipes et leurs partenaires, mais cela ne semble pas être un

facteur contraignant l'organisation des services jusqu'à présent. En effet, les liens interprofessionnels créés au cours des années de pratique facilitent le transfert des patients ou l'accès à l'expertise. Cependant, plusieurs intervenants remettent en question les limites de ce fonctionnement et sa capacité à faire face à l'augmentation des cas de cancer au cours des prochaines années. La formalisation des ententes avec les partenaires permettrait de consolider le réseautage entre les niveaux local, régional et suprarégional.

Enjeux d'intégration clinique

ANNONCE DU DIAGNOSTIC

L'annonce du diagnostic de cancer est une étape fondamentale et déterminante dans le parcours de soins du patient. Pour ce faire, des dispositions particulières devraient être prises pour encadrer l'annonce du diagnostic. Dans les équipes rencontrées, aucune procédure formelle n'est encore implantée. Une telle procédure serait pertinente pour assurer une meilleure relation entre le patient et les différents professionnels, et pour offrir un soutien aux patients les plus vulnérables le plus tôt possible.

IMPLICATION DES IPO

Les demandes de consultation avec les IPO sont à formaliser. Les médecins spécialistes doivent être sensibilisés à l'importance de diriger systématiquement les patients à l'IPO le plus tôt possible après l'annonce du diagnostic, selon des critères préalablement établis. Actuellement, les critères d'identification des cas à diriger vers l'IPO varient selon les équipes. Une réflexion devrait être menée sur l'harmonisation de ces critères.

ACCÈS À L'EXPERTISE

Les CTC, lorsque fonctionnels, sont très appréciés pour l'accès à l'expertise clinique. Les équipes locales participent généralement à ces rencontres par visioconférence, mais les infrastructures disponibles ne permettent pas toujours des échanges de qualité (surtout pour la lecture des examens d'imagerie). Même si des solutions alternatives sont trouvées (par exemple, envoi de disques compacts), on peut remettre en question l'efficacité de ces dernières en termes d'échange d'expertise dans des délais raisonnables. En plus de cette contrainte technologique, l'accès aux CTC dans les équipes à vocation régionale et suprarégionale est limité en raison du volume de patients de plus en plus élevé et de la disponibilité des médecins spécialistes.

ORGANISATION DES RENCONTRES CLINIQUES

Plusieurs types de rencontres cliniques sont organisés par les équipes. Cependant, à quelques exceptions près, ces rencontres ne sont pas interdisciplinaires, telles que décrites dans l'Avis sur les équipes interdisciplinaires en oncologie du CEILCC (2005). En effet, l'Avis stipule que ces rencontres doivent servir à présenter les cas complexes pour résoudre des problèmes pouvant être de nature biopsychosociale, en vue d'élaborer un plan d'intervention tenant compte de l'expertise de chaque membre de l'équipe. Or, les rencontres cliniques sont actuellement organisées par secteurs (héματο-oncologie, radio-oncologie, etc.) ou par clientèle (ambulatoire, hospitalisée). La pertinence des rencontres interdisciplinaires devrait donc être valorisée auprès des équipes.

Enjeux d'intégration informationnelle

Les échanges d'informations constituent l'un des points à améliorer dans le fonctionnement intégré. L'existence de dossiers parallèles et les difficultés de communication entre certaines équipes pour le retour d'informations peuvent entraîner des bris de services, risquant de compromettre la continuité des soins. Les professionnels (surtout dans les équipes locales) trouvent de plus en plus difficiles les échanges d'informations avec les partenaires du réseau suprarégional en raison, entre autres, de la charge de travail du service des archives dans ces établissements.

Les résultats de cette évaluation ont permis de documenter le fonctionnement des équipes de lutte contre le cancer. Il en ressort que le fonctionnement en équipe exige une décision explicite des membres à coopérer pour répondre à un objectif commun. Ceci implique que les membres de l'équipe sacrifient une partie de leur autonomie, permettant ainsi une prise de décision en équipe. Les équipes ont encore besoin d'accompagnement et de soutien afin de bien camper le fonctionnement interdisciplinaire dans leur quotidien.

L'analyse du fonctionnement des équipes présentées dans ce rapport est basée sur leur point de vue. En complément à cette évaluation, il faudrait analyser le point de vue des partenaires des équipes interdisciplinaires afin de fournir une vision systémique de l'intégration des soins et des services en oncologie, et ce, à tous les niveaux (local, régional et suprarégional).

BIBLIOGRAPHIE

ALTER, C. et J. HAGE (1993). *Organizations Working Together*, Thousand Oaks, CA: Sage Publishers, 265 p.

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

BERWICK, D.M., A. ENTHOVEN et J.P. BUNKER. (1992). "Quality Management in the NHS: The Doctor's Role-II", *British Medical Journal*, p. 304-308.

CENTRE DE COORDINATION DE LA LUTTE CONTRE LE CANCER AU QUÉBEC (CCLCQ) (2003). *La lutte contre le cancer dans les régions du Québec, un premier bilan*. Québec, MSSS, 392 p. [En ligne], <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/fb143c75e0c27b69852566aa0064b01c/a32c2ea1f943a28485256e7b00504064?OpenDocument>.

CENTRE D'EXPERTISE EN SANTÉ DE SHERBROOKE (2010). *L'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC)*. [En ligne], <http://www.expertise-sante.com/oemc.htm>.

CLEMENTS D., M. DAULT et A. PRIEST (2007). "Effective Teamwork in Healthcare: Research and Reality", *HealthcarePapers*, vol. 7 Special Issue, p. 26-34.

COMITÉ CONSULTATIF DES INFIRMIÈRES EN ONCOLOGIE (CCIO) (2008). *Rôle de l'infirmière pivot en oncologie*. Québec, MSSS, Direction de la lutte contre le cancer, 16 p. [En ligne], http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/cancer/download.php?f=dc09f641d6c28a8b98d59439d1c3c475.

COMITÉ CONSULTATIF SUR LE CANCER (1997). *Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe. Programme québécois de lutte contre le cancer*, Québec, MSSS, 166 p. [En ligne], <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1997/97-729-5.pdf>.

COMITÉ DE L'ÉVOLUTION DE LA PRATIQUE INFIRMIÈRE EN ONCOLOGIE (CEPIO) (2005). *Pour optimiser la contribution des infirmières à la lutte contre le cancer*. AVIS. 101 p. [En ligne], http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/cancer/download.php?f=ceedfc80a4cb5f5b25b8ac6a92bf9049.

COMITÉ DES ÉQUIPES INTERDISCIPLINAIRES DE LUTTE CONTRE LE CANCER (CEILCC) (2005). *Les équipes interdisciplinaires en oncologie. Avis du CEILCC*. Québec, MSSS, Direction de la lutte contre le cancer, 77 p. [En ligne], http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/cancer/download.php?f=e899a549fb5483bca704b9f28a7e03ec.

CONSEIL QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE CANCER (CQLC) (2000). *L'intervenant pivot en oncologie : un rôle d'évaluation, d'information et de soutien pour le mieux-être des personnes atteintes de cancer*. Québec, Conseil québécois de lutte contre le cancer, 35 p. [En ligne], http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/cancer/download.php?f=0959e31602ca0ce39f59a1c335053678.

**Évaluation du fonctionnement interdisciplinaire de huit équipes
de lutte contre le cancer : principaux constats**

DIRECTION DE LA LUTTE CONTRE LE CANCER (DLCC) (2007). *Les orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer*. Québec, MSSS, 43 p. [En ligne], <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-902-03.pdf>.

DIRECTION DE LA LUTTE CONTRE LE CANCER (DLCC) (2006). Rapport d'activités 2005-2006. Québec, MSSS, 30 p. [En ligne], <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-902-06.pdf>.

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

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2008). *L'évaluation du processus de désignation et ses effets sur l'implantation des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer*. Direction de l'évaluation, 74 p. (document non publié).

PAYETTE, M. (2001). *Interdisciplinarité : clarification des concepts*, *Interactions*, vol. 5, n° 1, 2001, p. 17-33.

THORNHILL J, M. DAULT et D. CLEMENTS (2008). "Ready, Set ... Collaborate? The Evidence Says "Go"; So What's Slowing Adoption of Inter-professional Collaboration in Primary Healthcare? ", *Healthcare Quarterly*, vol. 11, n° 2, p. 14-16.

ANNEXE
Outils de collecte de données

Outil 1 : Guide de discussion de groupe : membres de l'équipe locale

THÈME 1 : LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

1. Pouvez-vous m'expliquer le mandat de votre équipe?
2. Pensez-vous que votre établissement favorise le développement de l'interdisciplinarité en oncologie?
3. Selon vous, la composition de votre équipe permet-elle de fonctionner en interdisciplinarité?
4. Croyez-vous que votre équipe a suffisamment de ressources (humaines, financières, matérielles et informationnelles) pour répondre aux besoins des personnes atteintes de cancer et des proches?
5. Pensez-vous que votre CH (ou CSSS) vous donne un soutien suffisant pour remplir votre mandat? Expliquez.

THÈME 2 : LE FONCTIONNEMENT D'UNE ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE EN ONCOLOGIE

1. À partir de votre expérience, décrivez-nous ce que signifie, pour vous, travailler en interdisciplinarité?
2. Parlez-nous de l'implication des différents professionnels dans votre équipe?
3. Parlez-nous des différentes rencontres que vous organisez?
4. Dans la logique du PQLC, le plan d'intervention est un outil essentiel dans la coordination des soins et services offerts au patient. Pouvez-vous nous en parler?
5. Avez-vous mis en place des mécanismes efficaces de communication? Expliquez.
6. Quels sont, à votre avis, les avantages de fonctionner en équipe interdisciplinaire pour lutter efficacement contre le cancer?
7. Quels sont les inconvénients de l'interdisciplinarité?
8. Selon vous, quels sont les éléments qui facilitent le fonctionnement d'une équipe interdisciplinaire en oncologie?
9. Selon vous, quels sont les éléments qui contraignent le fonctionnement d'une équipe interdisciplinaire en oncologie?
10. Avez-vous des recommandations à formuler pour améliorer le fonctionnement de votre équipe?

THÈME 3 : INTÉGRATION AU RÉSEAU

1. Parlez-nous des mécanismes de référence ou de collaboration avec les équipes régionales, suprarégionales et les autres partenaires communautaires.

QUESTIONS SUPPLÉMENTAIRES : ÉQUIPE LOCALE, RÉGIONALE OU SUPRARÉGIONALE

1. Pouvez-vous nous décrire les stratégies mises en place pour assurer votre rôle?
2. Quelles appréciations faites-vous des relations avec les équipes locales, suprarégionales et les autres partenaires?
3. Quels sont les éléments facilitants ou contraignants?

Outil 2 : Guide de discussion de groupe : membres de l'équipe régionale

1. La structure, la composition et le rôle du comité de coordination régional
2. Les stratégies d'animation mises en place pour assurer le rôle régional en matière de réseautage et d'intégration avec les équipes locales en matière de :

Formation
Soutien (CTC)
Accompagnement
Évaluation

3. Appréciation des stratégies développées avec les équipes locales, suprarégionales et les autres partenaires?
4. Les éléments facilitant ou les contraintes au développement d'un réseau régional

Outil 3 : Guide d'entrevue individuelle : infirmière pivot en oncologie

THÈME 1 : FORMATION ET EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE

1. Quels liens faites-vous entre votre formation, vos expériences et le travail d'IPO?
2. Depuis combien de temps exercez-vous le rôle d'IPO?
3. Exercez-vous d'autres fonctions à part celle d'IPO? Si oui, précisez.
4. Avez-vous reçu une formation spécifique en lien avec le rôle d'IPO?
 - 4.1 Si oui, en quoi cela a-t-il facilité votre travail au sein de l'équipe?
 - 4.2 Si non, jugez-vous qu'une telle formation aurait été utile?

**THÈME 2 : RÔLE DE L'IPO ET CONTRIBUTION AU SEIN DE L'ÉQUIPE
INTERDISCIPLINAIRE**

1. Lors de votre entrée en fonction en tant qu'IPO, est-ce que votre rôle et vos tâches étaient bien définis et convenus (expliquez)?
2. Pouvez-vous me décrire votre rôle au sein de l'équipe interdisciplinaire locale de lutte contre le cancer?
3. Pouvez-vous me parler de votre contribution et de votre engagement au sein de l'équipe?
4. Pouvez-vous me dire comment s'effectue la collaboration avec les autres membres de l'équipe interdisciplinaire locale?
5. Selon vous, quels sont les éléments qui facilitent votre travail au sein de l'équipe interdisciplinaire locale de lutte contre le cancer?
6. Selon vous, quels sont les éléments qui contraignent votre travail au sein de l'équipe interdisciplinaire locale de lutte contre le cancer?

THÈME 3 : RÔLE DE L'IPO AUPRÈS DU PATIENT ET DE SES PROCHES

1. De quelle manière vous sont référés les patients (par qui et quand)?
2. Jouez-vous un rôle auprès du patient au moment de l'annonce du diagnostic?
3. Comment se fait l'évaluation des besoins et des ressources du patient et de ses proches?
4. Disposez-vous d'outils pour évaluer les besoins et les ressources du patient et de ses proches?
5. Comment vous assurez-vous que le patient et ses proches sont bien informés?
6. Comment assurez-vous la coordination des soins et services afin de répondre aux besoins des patients et de leurs proches?
7. Comment vous assurez-vous que le patient et ses proches soient soutenus et accompagnés tout au long de la trajectoire?
8. Quels sont les éléments qui facilitent votre rôle auprès du patient et de ses proches?
9. Quels sont les éléments qui contraignent votre rôle auprès du patient et de ses proches?

CONCLUSION

1. Quels sont les avantages de l'interdisciplinarité pour lutter efficacement contre le cancer?
2. Quels sont les inconvénients de l'interdisciplinarité?
3. Avez-vous des recommandations à formuler pour améliorer le fonctionnement d'une équipe interdisciplinaire locale de lutte contre le cancer?
4. Avez-vous des recommandations à formuler pour améliorer l'exercice de vos fonctions?
5. Avez-vous d'autres commentaires à ajouter?

Outil 4 : Guide d'entrevue individuelle : couple médical et administratif

THÈME 1 : FORMATION ET EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE

1. Quels liens faites-vous entre votre formation, vos expériences et vos fonctions?
2. Depuis combien de temps exercez-vous votre rôle?
3. Exercez-vous d'autres fonctions à part celles-ci? Si oui, précisez.
4. Avez-vous reçu une formation spécifique en lien avec votre rôle?
 - 4.1 Si oui, en quoi cela a-t-il facilité votre rôle?
 - 4.2 Si non, jugez-vous qu'une telle formation aurait été utile?

THÈME 2 : STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

1. Afin de nous situer dans un contexte, pouvez-vous nous dire de quel CH (ou CSSS) et de quelle unité administrative relève l'équipe interdisciplinaire de lutte contre le cancer?
2. Pouvez-vous nous expliquer le mandat de l'équipe interdisciplinaire?

THÈME 3 : RÔLE DU COUPLE CLINICO-ADMINISTRATIF

1. Lors de votre entrée en fonction en tant que responsable médical ou clinico-administratif, est-ce que vos rôles ont été définis et convenus?
 - 1.1 Si oui, est-ce que cela correspond à ce que vous faites dans la réalité?
 - 1.2 Si non, comment ont-ils été établis?
2. Pouvez-vous nous décrire vos rôles respectifs au sein de l'équipe interdisciplinaire?
3. Trouvez-vous un lien de complémentarité entre ces deux rôles?
4. Comment s'effectue la collaboration entre vous?

THÈME 4 : FONCTIONNEMENT ET CONTRIBUTION AU SEIN DE L'ÉQUIPE

1. Décrivez-nous comment s'effectue la collaboration avec les autres membres de l'équipe dans l'exercice de vos fonctions.
2. Décrivez-nous comment s'effectue la collaboration avec les autres partenaires du réseau (local, régional, suprarégional) offrant des services et des soins aux personnes atteintes du cancer.
3. Avez-vous entrepris des démarches particulières pour obtenir la collaboration et le soutien des autres professionnels de l'établissement?
4. À quoi servent concrètement toutes ces collaborations au fonctionnement de l'équipe?
5. Disposez-vous d'outils pour assurer la circulation de l'information au sein de l'équipe et aussi avec les autres partenaires du réseau?
6. Parlez-nous de votre présence et de vos rôles respectifs aux réunions de l'équipe interdisciplinaire locale de lutte contre le cancer.
7. Comment exercez-vous votre *leadership* au sein de l'équipe ?

CONCLUSION

1. Quels sont les avantages de l'interdisciplinarité pour lutter efficacement contre le cancer?
2. Quels sont les désavantages de l'interdisciplinarité?
3. Avez-vous des recommandations à formuler pour améliorer le fonctionnement d'une équipe interdisciplinaire locale de lutte contre le cancer?
4. Quels sont les éléments favorables à l'exercice de vos fonctions?
5. Quels sont les éléments défavorables à l'exercice de vos fonctions?
6. Avez-vous des recommandations à formuler pour améliorer l'exercice de vos fonctions?
7. Percevez-vous des retombés avec l'implantation de vos fonctions?
8. Avez-vous d'autres commentaires à ajouter?

Outil 5 : Grille sur la collaboration interprofessionnelle (les éléments d'observation)

Éléments d'observation
1. Des déterminants structurels
Présence des membres
Représentation des disciplines
Présence des leaders formels
Les lieux favorisent-ils l'échange?
Les membres disposent-ils d'un temps suffisant?
2. Le type de <i>leadership</i> (consensuel, partagé, monopolisé, diffus, éclaté)
3. Des éléments de coordination
Y a-t-il un partage de l'information relative à la clientèle?
Le discours est-il centré sur des cas complexes?
Les professionnels sont-ils tous préparés?
Les objectifs du PI sont-ils généralement clairs?
Les interventions du PI sont-elles bien définies?
Le suivi et la réévaluation sont-ils bien définis?
Les critères de références pour chacun des professionnels sont-ils précisés?
Y a-t-il un répondant principal (IPO, etc.) du patient qui lui transmet l'information?
Proportion du temps alloué à l'échange d'information?
Proportion du temps alloué à la planification des interventions?
Combien de cas sont discutés pendant la réunion?
4. La communication
Discours centré sur les besoins :
L'information est-elle transmise de façon claire et précise?
La conduite de la rencontre favorise-t-elle les échanges?
Existe-t-il des outils de communication permettant l'échange et la circulation efficace de l'information?
5. Climat des discussions
Quel est le climat des discussions?
Le climat favorise-t-il la prise de décision commune?
6. Partage des responsabilités
Qui est responsable de l'animation?
Qui présente les cas?
Les membres sont-ils tous impliqués dans la discussion en tant qu'experts (compétence collective/cohésion)?
Comment se fait l'attribution des responsabilités professionnelles?
Qui est responsable du PI?
Qui est responsable de la collecte des données?
Est-ce que tout le monde connaît les critères de références?

