



**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

Cadre de référence pour la mise en place de réseaux par siège tumoral

Basé sur le projet d'implantation
du Réseau de cancérologie pulmonaire
de l'IUCPQ-UL et de l'Est du Québec

Programme québécois de cancérologie

Juillet 2019

ÉDITION

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

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

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

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2019

Bibliothèque et Archives Canada, 2019

ISBN : 978-2-550-84645-1 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion du présent document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète du document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire du Québec et à condition d'en mentionner la source.

RÉDACTION

M^{me} Mélanie Morneau, directrice de l'offre de soins et services en oncologie,
Programme québécois de oncologie (PQC)

M^{me} Hélène Lizotte, cogestionnaire clinico-administrative, équipe de oncologie pulmonaire,
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval (IUCPQ–UL)

COLLABORATEURS

M^{me} Rachel Langford, cogestionnaire clinico-administrative du programme de oncologie,
CISSS des Îles

M^{me} Sylvie Limoges, cogestionnaire clinico-administrative du programme de oncologie,
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

M^{me} Liliane Audet, cogestionnaire clinico-administrative du programme de oncologie,
CIUSSS du Saguenay – Lac-Saint-Jean

COMITÉ RESPONSABLE DU PROJET D'IMPLANTATION DU RÉSEAU DE L'IUPCQ–UL ET DE L'EST DU QUÉBEC

M^{me} Hélène Lizotte, cogestionnaire clinico-administrative, équipe de oncologie pulmonaire,
IUCPQ–UL

D^r Simon Martel, cogestionnaire médical, équipe de oncologie pulmonaire, IUCPQ–UL

M^{me} Carole Bélanger, directrice générale adjointe, PQC (jusqu'en octobre 2017)

M^{me} Mélanie Morneau, directrice de l'offre de soins et services en oncologie, PQC

RÉVISION ET APPROBATION

D^r Jean Latreille, directeur national, PQC

M^{me} Cathy Rouleau, directrice générale adjointe, PQC

MOT DU DIRECTEUR NATIONAL

Traiter la personne atteinte de cancer à proximité de son domicile et de ses proches est un objectif prioritaire. Par contre, certains soins et services demandent beaucoup d'expertise et ne peuvent être offerts partout. Compte tenu de l'intensification et de la complexité croissante des soins, le besoin d'incorporer de nouvelles connaissances par les professionnels devient de plus en plus pressant pour maintenir une pratique de qualité. En réponse à ce contexte, le Programme québécois de cancérologie (PQC) s'est fixé comme objectif d'atteindre une plus grande collaboration et une meilleure coordination entre les différents acteurs au sein des équipes de cancérologie du réseau de la santé et des services sociaux, tout en respectant les normes de qualité et les délais d'accès à toutes les étapes de la trajectoire de soins des patients. Cette vision englobe divers aspects de l'offre de soins et services, dont l'accessibilité, la qualité (sécurité, continuité et pertinence), l'adaptation de la prestation des services selon les besoins populationnels et l'organisation en réseau.

Le Réseau de cancérologie du Québec est un réseau hiérarchisé et intégré regroupant plusieurs sous-réseaux par siège tumoral organisés autour d'équipes interprofessionnelles spécialisées et surspécialisées. Le fait de cibler un siège tumoral permet le maintien de liens privilégiés et définis entre les professionnels des équipes partageant un domaine d'expertise. Ces liens améliorent l'accès rapide à une opinion d'experts, favorisent le transfert des connaissances et l'évolution des pratiques en lien avec le siège tumoral et, ultimement, diminuent l'isolement et aident au développement de la résilience des personnes et des équipes.

Se voulant au départ spécifique au cancer du poumon, le projet d'implantation du Réseau de l'IUCPQ-UL et de l'Est du Québec est vite apparu comme porteur d'une vision mobilisatrice qui peut s'appliquer à l'ensemble des réseaux par siège tumoral. Le modèle proposé offre des stratégies pour faire face, ensemble, aux défis contemporains, soit la complexification des soins en cancérologie, l'évolution exponentielle des nouvelles connaissances, la pénurie de main-d'œuvre et la nécessité d'être innovateur pour faire plus, faire mieux, dans un contexte de ressources limitées.

Ainsi, ce cadre de référence a été conçu pour aider les membres du Réseau de cancérologie du Québec à mettre en place d'autres réseaux par siège tumoral et faire en sorte que le travail en réseau, qui se vit notamment par le soutien et l'entraide que peuvent s'apporter les professionnels partageant des intérêts et des expertises communs au-delà des barrières de l'établissement, devienne naturel, en vienne à faire partie de notre ADN. En ce sens, je remercie le comité responsable du projet d'implantation du Réseau de l'IUCPQ-UL et de l'Est du Québec et l'ensemble des membres de ce réseau, qui a contribué grandement à faire émerger cette vision prometteuse pour le Québec.

D^r Jean Latreille
Directeur national
Programme québécois de cancérologie

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
PARTIE I - PROJET D'IMPLANTATION DU RÉSEAU DE L'IUCPQ-UL ET DE L'EST DU QUÉBEC	3
1 MANDAT	3
2 ÉTAPES DU PROJET	4
2.1 Démarrage.....	4
2.2 Revue de littérature	4
2.3 Cartographie du réseau	4
2.4 Mise en place de la structure de gouvernance	5
2.5 Visite des établissements.....	5
2.6 Établissement des constats issus des visites	6
2.7 Définition des rôles de centre de référence et de centre responsable du réseau	6
2.8 Ateliers des leaders.....	7
2.9 Rencontres téléphoniques	7
2.10 Trajectoire de soins et de services et plan d'action	7
2.11 Évaluation de la démarche	8
2.12 Reddition de comptes	8
3 RÉSULTATS.....	9
3.1 Cartographie du Réseau de l'IUCPQ-UL et de l'Est du Québec.....	9
3.2 Constats généraux.....	9
3.3 Perspective des personnes touchées par le cancer.....	11
3.4 Rôle du centre de référence responsable d'un réseau.....	12
3.5 Intégration des constats.....	16
3.6 Mécanismes de collaboration.....	17
4 ÉVALUATION DE LA DÉMARCHE	19
5 RETOMBÉES DU PROJET	22
PARTIE II – CADRE DE RÉFÉRENCE	24
1 LE FONCTIONNEMENT EN RÉSEAU : DE LA THÉORIE À LA RÉALITÉ.....	24
2 RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES CENTRES.....	26
2.1 Centre de référence et centre responsable de réseau	26
2.2 Centres affiliés	28
2.3 Centres partenaires	29
3 PERSPECTIVE DES PERSONNES TOUCHÉES PAR LE CANCER.....	29
4 ÉTAPES JUGÉES ESSENTIELLES POUR L'IMPLANTATION D'UN RÉSEAU.....	30
5 VERS UNE TRAJECTOIRE DE SOINS ET DE SERVICES HIÉRARCHISÉE ET INTÉGRÉE.....	33
5.1 La mise en place de guichets d'investigation rapide	33
5.2 L'accès en temps opportun aux plateaux techniques.....	34
5.3 Un transfert efficace de l'information clinique entre les établissements appartenant à une même trajectoire	34
5.4 Le retour du patient dans sa communauté favorisé	34
5.5 Le patient au cœur des décisions qui le concernent	35
6 CONDITIONS DE SUCCÈS.....	35
6.1 Le partage d'une vision commune et mobilisatrice	36
6.2 La présence d'une structure de gouvernance forte qui soutient le projet.....	36
6.3 L'engagement médical et administratif.....	37
6.4 La création d'une conjoncture favorable au changement.....	37
6.5 La compréhension de la réalité de chacun.....	37
6.6 Le respect du rôle de chacun et la reconnaissance de sa contribution au réseau	38

6.7	<i>La réalisation de gains rapides confirmant les bienfaits du travail en réseau</i>	38
6.8	<i>La constance dans les communications et le rappel de la vision</i>	39
6.9	<i>Le climat de confiance</i>	39
CONCLUSION		40
RÉFÉRENCES		41
ANNEXES		42
ANNEXE I - COFFRE À OUTILS		43
	<i>Outil 1 : Rôles et responsabilités du leader</i>	43
	<i>Outil 2 : Napperon de présentation du projet</i>	44
	<i>Outil 3 : Planificateur de visite</i>	45
	<i>Outil 4 : Exemple d'ordre du jour pour la visite</i>	47
	<i>Outil 5 : Exemple d'ordre du jour pour la plénière</i>	48
	<i>Outil 6 : Aide-mémoire pour la visite des installations (trajectoire du patient)</i>	49
	<i>Outil 7 : Grille d'animation pour la plénière</i>	51
	<i>Outil 8 : Questionnaire pour la personne touchée par le cancer</i>	53
	<i>Outil 9 : Exemple de trajectoire</i>	55
	<i>Outil 10 : Questionnaire d'évaluation de l'appréciation de la démarche</i>	56
	<i>Outil 11 : Tableau de bord de suivi du plan d'action</i>	58
ANNEXE II – CARTOGRAPHIE DES SOINS ET SERVICES DU RÉSEAU DE L'UCPQ-UL ET DE L'EST DU QUÉBEC		59

INTRODUCTION

La prise en charge des personnes atteintes de cancer se complexifie. Elle exige une plus grande collaboration et une meilleure coordination entre les différents acteurs au sein des équipes et dans le réseau de la santé et des services sociaux pour le respect des normes et des délais à toutes les étapes de la trajectoire de soins des patients. Cette vision rejoint les objectifs du Plan directeur en oncologie de la Direction générale de l'oncologie (DGO)¹ et se concrétise à travers le Réseau de l'oncologie du Québec, un réseau hiérarchisé et intégré composé de plusieurs réseaux par siège tumoral organisés autour des équipes surspécialisées, spécialisées et locales.

Dès 2012, la DGO a entrepris une vaste démarche visant à mettre en place un réseau de l'oncologie pulmonaire afin d'en faire un projet de démonstration du modèle de réseau envisagé dans le Plan directeur [1]. Les apprentissages découlant de ce projet pourraient, par la suite, bénéficier au développement des autres réseaux. Le modèle de réseau retenu est celui d'un centre de référence responsable d'un réseau autour duquel gravitent des centres affiliés et des centres partenaires.

Cette démarche a nécessité la révision des normes initialement élaborées dans le cadre du processus des visites de désignation des équipes suprarégionales, régionales et locales, qui a eu lieu entre 2005 et 2009 [2]. Par la suite, ces normes ont servi de guide à la désignation de centres de référence, affiliés et partenaires en 2014 [3]. Les centres partenaires et affiliés ont soumis des propositions de corridors formels de soins et de services avec un centre affilié ou un centre de référence. Le résultat de cet exercice, combiné à la réévaluation des centres désignés réalisée en février 2015, a conduit à la reconnaissance de quatre réseaux de l'oncologie pulmonaire à l'échelle du Québec :

- Réseau de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec–Université Laval (IUCPQ-UL) et de l'Est du Québec;
- Réseau de l'Estrie et de la Montérégie;
- Réseau du Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM);
- Réseau du Centre universitaire de santé McGill (CUSM).

Bien que les réseaux soient formalisés administrativement, leur fonctionnement intégré et hiérarchisé doit être optimisé. Les constats suivants témoignent de ce besoin :

- Les établissements sont encore en situation d'adaptation par rapport à la réforme qui a conduit à la fusion des établissements et à l'abolition des agences;
- Le fonctionnement en réseau amène un changement majeur de culture pour les établissements et leurs équipes, qui sont habitués à fonctionner de façon indépendante;
- Avec les désignations, certains centres ont perdu le privilège de faire des chirurgies et on a observé initialement, à plusieurs endroits, une certaine résistance au changement;
- L'offre de soins et de services dans les installations s'est souvent développée sur une base historique ou selon l'intérêt des médecins en poste et n'est pas toujours en cohérence avec la mission de l'établissement;
- Les centres de référence qui sont responsables d'un réseau ne comprennent pas complètement leur rôle d'animation par rapport aux membres partenaires de leur réseau ou éprouvent des difficultés à différencier ce rôle de centre responsable de celui de centre de référence;

¹ Devenue le Programme québécois de l'oncologie en avril 2019.

- Dans certains centres, l'offre de soins et de services ne correspond pas à la demande, que ce soit pour des raisons de capacité ou d'organisation, de sorte qu'ils ne sont pas en mesure de respecter les délais ou d'honorer les corridors de services établis avec les centres desservis;
- Dans certains centres surspécialisés, on observe une rétention de la clientèle référée, même lorsque les services surspécialisés ne sont plus requis, de sorte que les centres partenaires sont sous-utilisés. Cela peut entraîner une perte d'expertise dans les centres affiliés ou partenaires, sans compter les déplacements inutiles pour les usagers.

La DGC a demandé à l'IUCPQ-UL de procéder à l'implantation officielle de son réseau et de revoir les modes de fonctionnement actuels entre les établissements en lien avec les enjeux soulevés précédemment, afin de répondre le mieux possible aux attentes et aux besoins des membres du réseau. L'exercice proposé devait permettre d'émettre des orientations sur les meilleures façons d'implanter un réseau de cancérologie pulmonaire hiérarchisé et intégré et d'en optimiser le fonctionnement.

Ce document expose les principaux constats issus de ce projet. La première partie décrit les résultats spécifiques au projet d'implantation réalisé par l'IUCPQ-UL et son réseau, alors que la deuxième propose un cadre de référence permettant d'appliquer les apprentissages tirés du projet à d'autres réseaux. Un coffre à outils pour la mise en place d'une démarche similaire est également disponible en annexe.

PARTIE I — PROJET D'IMPLANTATION DU RÉSEAU DE L'IUCPQ–UL ET DE L'EST DU QUÉBEC

1 MANDAT

Le mandat proposé à l'IUCPQ–UL avait pour objectif de déterminer la répartition optimale et l'adaptation des soins et des services entre les établissements et les installations appartenant au réseau de cancérologie pulmonaire, de même que les mécanismes de collaboration à mettre en place pour assurer l'accessibilité et la continuité des soins et services tout au long du continuum.

Les objectifs spécifiques étaient les suivants :

- Faire l'état de situation de la condition actuelle à partir des données disponibles et de la consultation des partenaires.
- Décrire les rôles et les responsabilités qui soutiennent un mode de fonctionnement en réseau hiérarchisé et intégré pour :
 - l'IUCPQ–UL à titre d'établissement responsable du réseau et de son équipe de professionnels;
 - les établissements et les installations membres du réseau et leur équipe de professionnels.
- Préciser les stratégies qui favorisent le fonctionnement en réseau en lien avec :
 - la trajectoire de soins et de services (répartition des soins, processus, mécanismes de référence et de collaboration);
 - les activités académiques et de recherche;
 - l'harmonisation des pratiques.
- Reconnaître les défis, les difficultés et les enjeux pour combler les écarts entre la condition actuelle et celle souhaitée.
- Proposer des actions simples et efficaces à mettre en œuvre pour répondre aux enjeux soulevés et atteindre la condition souhaitée.
- Déterminer les mécanismes de contrôle et de suivi pour :
 - le réseau;
 - le PQC.

2 ÉTAPES DU PROJET

Pour arriver à répondre aux différents objectifs de ce projet, plusieurs étapes ont été nécessaires. Chacune des étapes, toutes aussi importantes les unes que les autres, est détaillée. Pour faciliter la reproduction de la démarche dans d'autres réseaux, les différents outils élaborés dans le cadre du projet sont également disponibles en annexe.

2.1 Démarrage

Amorcé en février 2017, le projet s'est échelonné jusqu'en décembre de la même année. Un cogestionnaire médical et un cogestionnaire clinico-administrative, soutenus par les membres de la DGC, ont constitué la gouvernance du projet. Pour être en mesure de déployer les énergies nécessaires à l'implantation de celui-ci, la cogestionnaire clinico-administrative a été libérée de ses tâches pour se consacrer entièrement au projet.

2.2 Revue de littérature

Le Plan directeur de la Direction générale de cancérologie a servi de point de départ aux réflexions sur le mode de fonctionnement en réseau [1]. Un survol de la littérature publiée depuis la parution du Plan directeur portant sur le fonctionnement en réseau et la gestion du changement dans les organisations de santé a également été réalisé au début du projet. De nombreux auteurs, tels que Fortin, Ferlie, Rondeau et Schneider, ont abordé ces sujets dans les dernières années [4-10]. Ces documents ont permis de voir l'évolution de la connaissance dans le domaine et de dégager des tendances intéressantes, des idées prometteuses afin de concevoir des stratégies gagnantes lors de la planification de ce projet. La littérature recensée a également permis d'établir les grands principes qui devraient guider l'implantation du réseau de cancérologie pulmonaire, et qui sont présentés dans la deuxième partie du document.

2.3 Cartographie du réseau

Les données de l'Institut de la statistique du Québec, de l'APR-DGR² et de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ont permis de dresser un portrait global du Réseau de cancérologie pulmonaire de l'IUCPQ-UL et de l'Est du Québec, en matière de taille de la population desservie, du nombre d'hospitalisations et du nombre de chirurgies pour un cancer du poumon. De plus, les données recueillies dans le cadre du questionnaire sur la trajectoire en cancérologie pulmonaire transmis par la DGC aux établissements, en 2015, ont été utilisées afin de cartographier les différents soins et services de la trajectoire présents dans chaque installation.

² Banque de données de la ministre qui contient des renseignements personnels clinico-administratifs relatifs aux soins et aux services rendus à une personne, admise ou inscrite en chirurgie d'un jour, dans un centre hospitalier du Québec (extraits de MED-ÉCHO), auxquels sont ajoutés d'autres renseignements relatifs aux regroupements attribués par le logiciel APR-DRG, au calcul du niveau d'intensité relative des ressources utilisées (NIRRU) et d'autres indicateurs de gestion.

2.4 Mise en place de la structure de gouvernance

Bien qu'un cogestionnaire médical et un cogestionnaire clinico-administrative aient été nommés à la tête du réseau pour coordonner le projet de façon plus intensive, la participation de tous les établissements membres du réseau a été essentielle à la concrétisation du projet.

Une demande a été adressée aux présidents-directeurs généraux des établissements membres du réseau dans le but de désigner un médecin « leader » en cancérologie pulmonaire et un cogestionnaire clinico-administratif dans chaque établissement. Les médecins désignés devaient être impliqués dans la trajectoire du cancer du poumon de leur établissement et pouvaient être soit un pneumologue, un radio-oncologue, un hémato-oncologue ou oncologue médical, un interniste, un chirurgien ou un omnipraticien. Cette variété s'est avérée une richesse en matière de vision et d'expertise. Ces médecins leaders devaient travailler en collaboration avec le cogestionnaire clinico-administratif afin de se faire les porte-paroles de leur établissement auprès du réseau. Leur rôle a été bien défini dès le départ et a reçu l'approbation de tous.

Outil 1 : Rôles et responsabilités du leader

2.5 Visite des établissements

Une meilleure connaissance du réseau et la création des liens nécessaires au fonctionnement optimal de celui-ci passent inévitablement par la visite de ses partenaires. Ces visites avaient comme objectifs de dégager une vision commune du projet et de sa finalité, de mieux comprendre la situation actuelle vécue par chaque milieu et d'explorer les mécanismes de collaboration présents et à mettre en place pour assurer l'accessibilité et la continuité des soins tout au long du continuum. Celles-ci avaient également pour but de créer des liens de proximité entre les équipes du réseau de l'Est de la province. Les médecins leaders en cancérologie pulmonaire, les directeurs de cancérologie et les cogestionnaires médicaux et clinico-administratifs devaient participer à la visite.

Chaque établissement pouvait de plus inviter toute personne impliquée dans la trajectoire de cancérologie pulmonaire et jugée pertinente dans le cadre de cette démarche.

Outil 2 : Napperon de présentation du projet

Outil 3 : Planificateur de visite

Outils 4 et 5 : Ordre du jour visite et plénière

Les visites étaient planifiées selon trois étapes :

1. La première étape permettait d'effectuer la visite des installations afin de parcourir la trajectoire de l'utilisateur atteint de cancer pulmonaire. Cette étape a permis de connaître le portrait réel de la trajectoire de soins dans chacun des établissements visités.

Outil 6 : Aide-mémoire pour la visite des installations

2. La deuxième étape consistait en une période de plénière où, après une brève présentation des objectifs du projet, différents sujets ont été abordés. Les intervenants ont eu la chance de s'exprimer sur différents thèmes :

- les forces de l'établissement;
- les défis et les préoccupations;
- la vision du travail en réseau;
- les attentes par rapport au centre de référence;
- le rôle de leur établissement dans le réseau;
- les moyens de collaboration (présents ou à mettre en place) proposés.

Outil 7 : Grille d'animation

3. La troisième étape consistait en une entrevue avec des personnes touchées par le cancer du poumon. Bien qu'un questionnaire type ait été élaboré, la personne touchée par le cancer avait également la possibilité de s'exprimer librement selon sa préférence. Ce partage de l'expérience vécue par ces usagers tout au long de leur trajectoire a été très enrichissant.

Outil 8 : Questionnaire pour la personne touchée par le cancer

Parallèlement à ces entrevues, des rencontres avec des usagers en provenance de différentes régions et ayant été référés à l'IUCPQ-UL pour une chirurgie thoracique ont également été effectuées. Les personnes rencontrées, agissant comme partenaires du réseau, ont témoigné de leur expérience en soulignant les défis auxquels elles ont dû faire face lors de cette période de leur vie. Les constats issus des entrevues avec les personnes touchées par le cancer sont présentés à la section 3.3.

En terminant, il est important de mentionner que le but de ces visites n'était pas d'évaluer la trajectoire de soins, mais plutôt de comprendre la réalité de chacun des milieux, autant ses enjeux que ses bonnes pratiques, dans le but ultime de faire progresser l'ensemble du réseau.

2.6 Établissement des constats issus des visites

Les observations réalisées de même que les réflexions partagées lors des visites ont permis de dégager des constats spécifiques à chaque établissement ainsi que des constats plus généraux applicables à tout le réseau. Les différents mécanismes de collaboration proposés lors des visites ont également été recensés. Les constats généraux sont présentés à la section 3.2.

Alors que les étapes précédentes ont permis de brosser le portrait du Réseau de cancérologie pulmonaire de l'IUCPQ-UL et de l'Est du Québec, les étapes subséquentes ont permis de consolider les apprentissages pour l'implantation d'un réseau intégré.

2.7 Définition des rôles de centre de référence et de centre responsable du réseau

Dans le souci d'avoir une vision complète du rôle que doit exercer le centre de référence, mais aussi de faire évoluer ce rôle plus traditionnel vers celui d'un centre responsable d'un réseau, une revue de littérature a été effectuée sur le sujet. Le Plan directeur en cancérologie énonçait déjà une certaine vision du rôle de centre de référence [1]. En France, plusieurs centres hospitaliers (ex. : Centre hospitalier universitaire de Bordeaux et Centre hospitalier de Marseille) présentent un rôle du centre de référence plutôt traditionnel avec des activités de recherche et de formation, un accès à des soins

spécialisés et la planification de réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) qui se comparent chez nous au comité du diagnostic et du traitement du cancer (CDTC) [11]. Le document sur les critères de désignation pour les centres de référence établis par la DGC a également fait partie des sources consultées³.

À la suite de cette revue de littérature, l'équipe de l'IUCPQ-UL a d'abord décrit la perception qu'elle avait de son propre rôle au sein du réseau. En lien avec les critères établis par la DGC quant au rôle attendu d'un centre de référence, une équipe de médecins et de cogestionnaires de l'IUCPQ-UL a élaboré une première définition de son rôle.

Dans un deuxième temps, au moment des visites des établissements, on demandait aux intervenants de ces milieux quelles étaient leurs attentes par rapport au centre de référence responsable de leur réseau. Une comparaison entre le rôle prescrit par la DGC, le rôle perçu par le centre de référence et celui attendu par les partenaires du réseau a été présentée, menant à l'adoption d'une description consensuelle de ce rôle par tous les leaders représentant les établissements. Par la suite, cette définition du rôle du centre de référence responsable du réseau a également fait l'objet d'une présentation à la DGC et au comité de direction de l'IUCPQ-UL où il a été adopté en septembre 2017. Ce rôle issu des trois visions complémentaires est présenté à la section 3.4.

2.8 Ateliers des leaders

Des ateliers de travail avec les différents partenaires du réseau ont été réalisés afin de mettre en commun les constats issus des visites des établissements, de dégager et de prioriser les conditions de succès pour la mise en place d'un fonctionnement en réseau et de favoriser la création de liens entre les établissements membres du réseau. Les établissements ont été regroupés en trois groupes distincts ayant un profil semblable avec des enjeux similaires. Cette façon de faire permettait le partage des solutions et des bons coups des différents milieux au profit des autres. Les résultats issus des échanges lors des ateliers sont présentés à la section 3.5.

Lors des échanges avec les établissements, plusieurs stratégies ont été proposées en vue de favoriser une plus grande collaboration au sein du réseau. La priorisation des mécanismes de collaboration telle qu'elle est définie par les membres du réseau est présentée à la section 3.6.

2.9 Rencontres téléphoniques

Des suivis téléphoniques ont été effectués par la cogestionnaire clinico-administrative de l'IUCPQ-UL au cours de l'été 2017 pour examiner plus en détail les constats spécifiques à chaque établissement (forces et défis). Ces occasions de communiquer ont également permis de renforcer les liens et de créer un climat de confiance.

2.10 Trajectoire de soins et de services et plan d'action

Une trajectoire de services est un outil interdisciplinaire qui permet d'assurer la coordination optimale des services. Elle vise à améliorer la qualité et l'efficacité des services, tout en maximisant l'utilisation

³ Document non publié.

des ressources. L'impact positif associé à l'utilisation de trajectoires de services concerne à la fois l'utilisateur, le professionnel et l'établissement. Pour l'utilisateur, on note généralement une meilleure qualité des soins, de meilleurs résultats cliniques et davantage de satisfaction par rapport aux soins, alors que pour le professionnel et l'établissement, il y a amélioration des processus de soins et de services.

Dans ce contexte, les trajectoires de soins et de services pour les usagers atteints de cancer pulmonaire ont été élaborées conjointement avec les établissements du réseau. Cela a permis aux centres affiliés de travailler avec leurs centres partenaires et de mener une réflexion plus approfondie sur les différentes étapes de la trajectoire de soins intraétablissement et, dans certains cas, interétablissements, en vue de relever certaines lacunes à corriger prioritairement.

Outil 9 : Exemple de trajectoire

Par la suite, un plan d'action a été élaboré par chacun des établissements. Celui-ci met en lumière les différents défis soulevés dans la trajectoire de soins et lors des visites. Ce plan d'action permet à chacun des membres de mieux coordonner les efforts pour atteindre les objectifs du réseau.

2.11 Évaluation de la démarche

Un sondage d'appréciation a été distribué à tous les leaders d'établissements en septembre 2018 afin de relever les aspects jugés les plus satisfaisants et les moins satisfaisants dans la démarche. Cette façon de faire nous a permis d'analyser les attentes des partenaires et de reconnaître le fil conducteur pour la détermination des actions prioritaires. Les résultats de cette évaluation sont présentés à la section 4.

Outil 10 : Questionnaire d'évaluation

2.12 Reddition de comptes

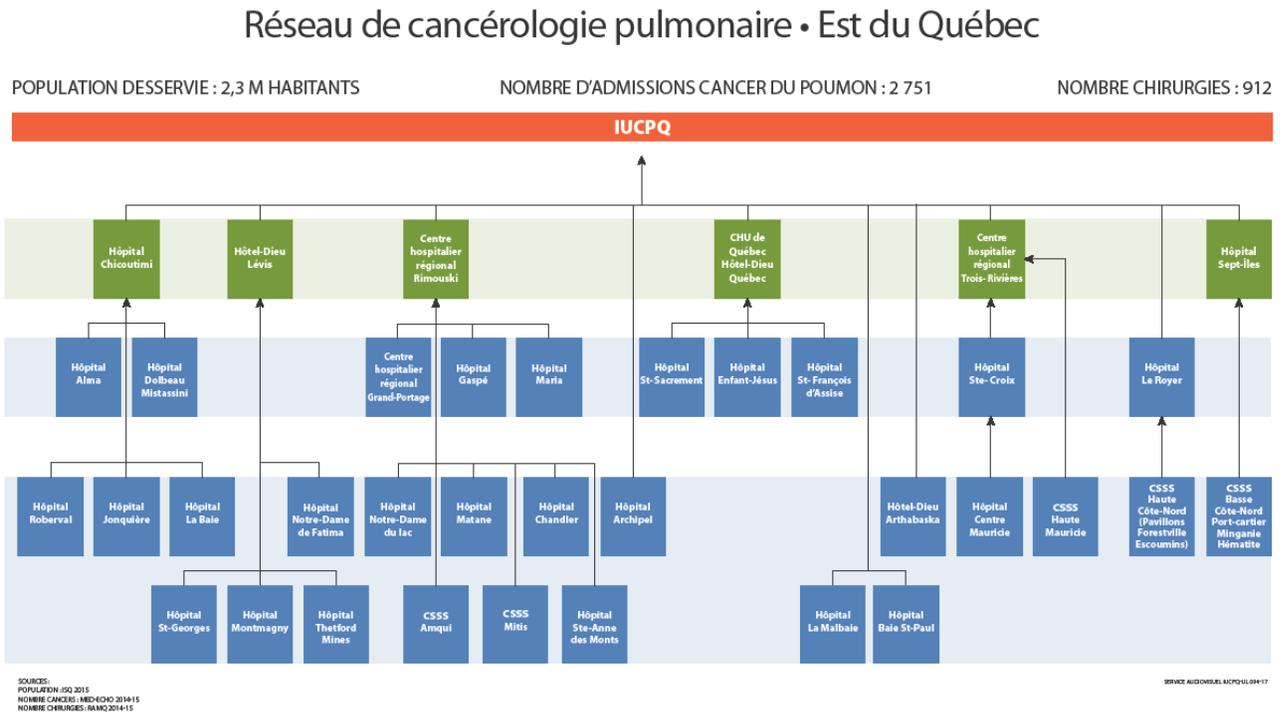
Un rapport d'étape présentant les constats globaux et spécifiques à chaque établissement a été déposé à la DGC à l'été 2017. Le plan d'action annuel du Réseau de cancérologie de l'Est du Québec, qui comprend à la fois des mesures générales pour le réseau et spécifiques à chaque établissement servira de base pour la reddition de comptes au PQC. Un napperon qui permet de suivre en un coup d'œil l'évolution du réseau a aussi été conçu.

Outil 11 : Tableau de bord

3 RÉSULTATS

3.1 Cartographie du Réseau de l’IUCPQ–UL et de l’Est du Québec

L’IUCPQ–UL est le centre de référence responsable d’un réseau en cancérologie pulmonaire qui regroupe plusieurs établissements, majoritairement de l’Est du Québec. Ce réseau est présenté à la figure 1 :



Les cartographies plus spécifiques des différents soins et services offerts tout au long de la trajectoire du cancer du poumon sont, quant à elles, présentées à l’annexe II. Cet exercice de cartographie a été apprécié par les membres des différents établissements, car il leur a permis de prendre connaissance rapidement des différents services offerts dans chaque établissement du réseau et de visualiser certains aspects de la trajectoire de soins.

3.2 Constats généraux

Lors des visites des établissements, certains constats généraux et spécifiques aux établissements ont été dégagés. Le tableau de la page suivante illustre les constats généraux découlant du projet. Les constats spécifiques ont, quant à eux, été remis aux établissements dans une démarche constructive.

Constats	Recommandations
<p>Suivant l'adoption de la loi 10, l'intégration des pratiques entre les installations et, dans certains cas, entre les régions n'est pas complétée pour tous les établissements. L'intégration interprofessionnelle au sein d'une trajectoire commune est aussi à consolider.</p>	<p>Une structure de gouvernance forte en cancérologie dans l'établissement favorise la consolidation de la trajectoire de cancérologie pulmonaire.</p>
<p>Il est apparu que, dans les établissements où une personne était affectée à la coordination des rendez-vous, une meilleure surveillance des délais pouvait être réalisée et le risque que des requêtes de services soient « échappées » était réduit.</p>	<p>La coordination de l'investigation du cancer pulmonaire dans les établissements doit être un élément à implanter prioritairement.</p>
<p>Une grande variabilité dans l'accessibilité et la priorisation du TEP est observée entre les différents établissements.</p>	<p>Les établissements doivent se conformer aux recommandations de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) sur les indications et les délais de priorisation des examens [12]. Des moyens de contrôle doivent être mis en place pour s'assurer de maintenir l'accessibilité et l'utilisation judicieuse de ces examens.</p>
<p>Le transfert des images diagnostiques est difficile entre les établissements et même parfois entre les installations d'un même établissement, ce qui amène un ralentissement important dans la fluidité de la trajectoire.</p>	<p>Donner l'accès bidirectionnel aux PACS entre les établissements membres du réseau permettrait d'améliorer la fluidité de la trajectoire.</p>
<p>Les activités chirurgicales se font dans sept installations du territoire avec des volumes différents.</p>	<p>Il sera nécessaire de planifier à long terme l'offre de service en chirurgie thoracique sur le territoire de l'Est de la province afin d'en assurer la pérennité.</p>
<p>La chimiothérapie est offerte dans presque toutes les installations. Différents modèles de prise en charge et de surveillance des traitements ont été adoptés en fonction des ressources disponibles dans le milieu. La couverture par les hémato-oncologues ou oncologues médicaux est un enjeu à certains endroits.</p>	<p>La décentralisation de l'administration des traitements systémiques dans les centres partenaires est préconisée dans tout le réseau et est un acquis à préserver. Cette pratique doit être balisée pour assurer la sécurité de l'utilisateur tout en gardant une certaine souplesse pour s'adapter aux ressources disponibles du milieu.</p>
<p>Les centres de référence et les centres affiliés ont tendance à maintenir le suivi de la clientèle ayant bénéficié d'un traitement curatif alors que le suivi</p>	<p>La trajectoire de suivi à moyen et à long terme avec le médecin de famille ou à l'hôpital de proximité doit être mieux définie.</p>

Constats	Recommandations
pourrait être fait par la première ligne.	
L'accès aux soins palliatifs est variable d'un établissement à l'autre. Dans certains établissements, la prise en charge de la clientèle en soins palliatifs est effectuée par les spécialistes et les infirmières pivots jusqu'à la fin de vie, alors que dans d'autres milieux, un intervenant coordonne et facilite la prise en charge de cette clientèle.	Les soins palliatifs étant considérés comme un service de proximité, il est important d'assurer une offre de service minimale sur tout le territoire pour la clientèle concernée, afin de respecter le principe d'équité d'accès aux soins et aux services de santé.
Les centres affiliés ont un désir d'autonomie afin d'offrir la gamme étendue de soins et de services sur place.	L'établissement doit atteindre des standards de qualité équivalents à ceux du centre de référence et atteindre une masse critique pour développer l'expertise nécessaire.
La plupart des usagers questionnés mentionnent qu'ils seraient prêts à se déplacer pour recevoir des soins complexes si ceux-ci ne sont pas disponibles localement.	Les options thérapeutiques uniquement disponibles au centre de référence devraient être présentées aux usagers lorsqu'elles sont cliniquement indiquées pour que celui-ci puisse faire un choix éclairé.

3.3 Perspective des personnes touchées par le cancer

Une des préoccupations majeures dans le cadre du projet était d'offrir des soins et des services axés sur les besoins des personnes atteintes de cancer et de leurs proches. Afin de répondre à cette préoccupation et de porter une attention particulière à l'expérience patient, des entrevues individuelles ont été réalisées avec des usagers ciblés par l'établissement et leurs proches. Bien que l'échantillonnage soit restreint, les témoignages ont été enrichissants et pertinents pour le projet. La reconnaissance envers les membres de l'équipe d'oncologie a été mentionnée plus d'une fois. Les usagers rencontrés ont été très satisfaits d'avoir eu la possibilité de partager leur vécu et ainsi de soulever les défis dans cette trajectoire de soins et de services.

Les principaux constats issus de ces entrevues, de même que la proportion de patients les ayant mentionnés, sont présentés dans le tableau qui suit :

Forces

- Soutien présent par les différents professionnels tout au long de la maladie (94 %).
- Communication fluide entre les établissements au sujet de l'état de santé de l'utilisateur lors de transferts (92 %).
- Information complète du plan de traitement (91 %).
- Excellent soutien des infirmières pivots pour différents renseignements ou conseils en matière de santé (82 %).
- Séquence d'examen planifiée de façon optimale (75 %).
- Options de traitement bien expliquées pour que l'utilisateur puisse faire un choix éclairé (70 %).

Points à améliorer

- Délai trop long entre l'apparition des premiers symptômes et le diagnostic (33 %).
- Meilleure coordination entre les établissements pour éviter de répéter les examens (20 %).

Lorsque les usagers ont été invités à se prononcer sur leur préférence entre recevoir des soins par une équipe qui a une grande expertise pour traiter les cas complexes de cancer du poumon ou recevoir des soins à proximité de leur domicile, 77 % d'entre eux ont mentionné qu'ils préféreraient recevoir des soins par une équipe qui a une grande expertise pour traiter les cas complexes de cancer du poumon.

3.4 Rôle du centre de référence responsable d'un réseau

Cette section présente un résumé des différentes visions du rôle que devrait assumer le centre de référence responsable d'un réseau relativement à l'organisation de son offre de soins et de services, ainsi que ses plus grandes forces et ses principaux défis tels qu'ils sont définis par le PQC (à gauche), perçus par l'équipe du centre de référence (au centre) et souhaités par les partenaires du réseau (à droite).

Trois visions complémentaires du rôle du centre de référence responsable d'un réseau

Le tableau suivant montre qu'en ce qui concerne le volet clinique, le rôle du centre de référence responsable d'un réseau se situe davantage au niveau de l'élaboration des bonnes pratiques en lien avec les données probantes et le soutien qu'il doit offrir aux centres de son réseau. Un consensus semble se dégager entre les trois visions quant au fait que le centre de référence responsable d'un réseau doit offrir un éventail complet de services surspécialisés et contribuer à identifier les cas complexes qui devraient lui être référés.

PQC	Centre de référence	Centres affiliés/partenaires
Mission clinique		
<ul style="list-style-type: none"> • Établir des critères qui déterminent le niveau de complexité qui justifie qu'un cas diagnostiqué au centre affilié ou partenaire doit lui être référé. • Colliger les données sur la morbidité et la mortalité postopératoires et celles reliées aux traitements de radiothérapie et de chimiothérapie, les analyser régulièrement et obtenir des résultats comparables à ceux des centres d'excellence reconnus. • Définir la trajectoire de soins et de services de la personne atteinte à qui il offre des services. • Établir une procédure d'accès conviviale pour ceux qui ont à lui référer des personnes atteintes. • Avoir accès à un plateau technique de haute technologie de pointe spécifiquement requis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Maintenir l'accès à des services cliniques diagnostiques et thérapeutiques spécialisés et surspécialisés en oncologie pulmonaire grâce à la concentration d'une équipe interdisciplinaire. • Maintenir l'accès pour cette équipe interdisciplinaire à des plateaux techniques complets à la fine pointe de la technologie pour le diagnostic et le traitement du cancer du poumon. • Offrir l'éventail complet des chirurgies thoraciques oncologiques à visée curative et la prise en charge des cas difficiles ou rares par l'équipe des chirurgiens thoraciques certifiés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Déterminer les critères permettant d'identifier les cas complexes qui devraient être référés à l'IUCPQ-UL. • Maintenir un leadership en pathologie moléculaire. • Soutenir les centres affiliés et partenaires : adopter une culture du « oui », répondre à leurs demandes et se sentir concerné par leurs enjeux. • Favoriser une culture de collégialité entre les équipes membres du réseau.

Le volet « coordination » favorise les liens d'entraide pour servir équitablement les usagers des différentes régions. Le tableau suivant montre que ces liens concernent différents aspects, que ce soit la création de corridors de services avec les régions, l'accès aux spécialistes au moyen des CDTC, le soutien offert en cas de découverte temporaire, sans oublier la transmission au patient d'une information complète sur les soins reçus pour faciliter son retour dans sa communauté. La communication interétablissements doit être fluide et l'esprit de solidarité doit être bien établi.

PQC	Centre de référence	Centres affiliés/partenaires
Coordination		
<ul style="list-style-type: none"> Maintenir un CDTC selon les normes établies par le Collège des médecins du Québec. Établir des ententes bidirectionnelles, créer et maintenir des liens formels avec les autres établissements du réseau définissant les corridors de services pour l'expertise qui lui est reconnue avec un objectif de continuité des services; ces ententes sont écrites. Collaborer avec les autres équipes surspécialisées s'occupant d'un même siège tumoral dans le cadre de la concertation du Réseau de cancérologie du Québec. 	<ul style="list-style-type: none"> Maintenir et développer des standards de pratique en collaboration avec le PQC. S'assurer de la fluidité des services au niveau suprarégional. Créer une table d'échange visant une cohésion d'équipe au niveau du réseau. Créer des corridors bidirectionnels fluides de soins et de services. Encourager la participation des établissements affiliés au comité du diagnostic et du traitement du cancer (CDTC) de l'IUCPQ-UL. S'assurer d'une organisation des services pouvant pallier les bris ou ruptures de services spécialisés en oncologie pulmonaire médicale ou chirurgicale. Développer et évaluer les meilleures pratiques curatives et palliatives en oncologie pulmonaire. 	<ul style="list-style-type: none"> Obtenir du soutien pour l'implantation de nouvelles pratiques. Désigner une personne-ressource dans le centre de référence (point de chute) à contacter lors de problématiques particulières. Améliorer la transmission de l'information lors du retour de l'utilisateur dans sa région lorsqu'il a reçu des soins à l'IUCPQ-UL. Rendre disponible le chirurgien thoracique (ou autre spécialiste) pour qu'il puisse se joindre au CDTC du centre affilié lorsque la spécialité médicale n'est pas présente dans l'établissement. Obtenir du soutien du centre de référence, de façon temporaire, pour pallier des pénuries d'effectifs ou des découvertures de garde dans le cas des plus petites équipes.

Le rôle du centre de référence responsable d'un réseau dans le volet « enseignement » devrait inclure, selon les perceptions présentées dans le tableau suivant, un rôle de leadership dans l'évolution des pratiques médicales à l'échelle internationale et le transfert de l'information relative à ces pratiques vers les centres de son réseau. Le centre de référence responsable d'un réseau est un centre universitaire accueillant plusieurs stagiaires à différents niveaux pour leur transmettre les connaissances des meilleures pratiques.

PQC	Centre de référence	Centres affiliés/partenaires
Enseignement		
<ul style="list-style-type: none"> • Offrir de l'enseignement universitaire pré et postgradué pour les médecins, les infirmières et les pharmaciens. • Former des résidents, fellowship reconnu par le Collège Royal. • Donner de la formation continue à l'intention des membres de l'équipe interprofessionnelle et à l'intention d'autres professionnels du Québec. • Assurer un leadership dans l'évolution des pratiques, la formation médicale et le transfert des connaissances du champ d'expertise pour lequel il est désigné au sein du RCQ. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diffuser les connaissances relatives aux meilleures pratiques et aux domaines en émergence. • Organiser des : <ul style="list-style-type: none"> ○ formations; ○ conférences; ○ congrès avec les autres centres responsables des réseaux; ○ ateliers; ○ activités de retour sur les congrès majeurs. 	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer une « veille technologique » : être à la fine pointe de l'information et des nouvelles pratiques, assister aux principaux congrès et diffuser les avancées médicales et professionnelles. • Publiciser et rendre disponibles les différentes formations offertes à l'IUCPQ-UL via des moyens électroniques. • Permettre des stages d'observation pour l'administration de la chimiothérapie ou autre traitement sur demande.

La promotion de la recherche dans un centre universitaire est fort importante, comme le montre le tableau suivant. L'implication des chercheurs dans différents sujets de recherche amène des retombées importantes pour les usagers atteints du cancer. Le partage des connaissances avec les différents établissements du réseau permet de soutenir le développement de la pratique médicale et d'améliorer l'espérance de vie de l'utilisateur. En plus d'être un chef de file en recherche pour son secteur d'activité, le centre de référence responsable d'un réseau doit également mettre en place des processus pour favoriser la participation des patients aux protocoles de recherche clinique, peu importe leur région de résidence.

PQC	Centre de référence	Centres affiliés/partenaires
Recherche		
<ul style="list-style-type: none"> • Participer à des protocoles de recherche fondamentale, clinique ou évaluative. • Avoir publié des articles scientifiques, fait des présentations orales ou présenté des affiches à des congrès reconnus de niveau international au cours des trois dernières années qui attestent de son engagement dans la recherche. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir la recherche sur le cancer pulmonaire (fondamentale et clinique). • Diffuser les résultats des recherches pertinentes à travers le réseau. • Contribuer à la standardisation multicentrique des analyses de biomarqueurs du cancer du poumon à l'échelle canadienne. • Partager l'expérience et les connaissances de l'IUCPQ-UL permettant de soutenir les établissements dans l'élaboration de différents projets cliniques. 	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser la participation de la clientèle des régions éloignées dans les projets de recherche. • Publiciser l'information à jour sur les protocoles actifs dans le réseau.

Pour ce qui est du soutien au RCQ, et comme le présente le tableau suivant, le centre de référence responsable d'un réseau doit collaborer étroitement avec le PQC pour alimenter les discussions sur les meilleures pratiques aux niveaux national et international. Il doit participer à l'établissement de normes

de qualité et de sécurité en oncologie. Il est un partenaire important pour soutenir le PQC dans l'élaboration du programme de cancérologie pulmonaire et l'évolution des pratiques. Le centre de référence responsable d'un réseau a aussi comme responsabilité de favoriser l'appropriation des orientations en matière de qualité par son réseau, ce qui doit se traduire par des trajectoires optimisées et structurées.

PQC	Centre de référence	Centres affiliés/partenaires
Soutien au réseau de cancérologie du Québec (RCQ)		
<ul style="list-style-type: none"> • Posséder un registre local du cancer et fournir des données au Registre québécois du cancer. • Collaborer avec le PQC à la réalisation du Programme québécois de lutte contre le cancer. • Participer au comité national du siège tumoral spécifié. 	<ul style="list-style-type: none"> • Collaborer à structurer des trajectoires optimales des parcours des patients. • Collaborer à établir ou à actualiser des recommandations de bonnes pratiques de niveau national en s'appuyant sur des recommandations et des données internationales et diffuser ces connaissances à l'ensemble du réseau. • Collaborer à établir des normes de qualité en oncologie pulmonaire avec les différents partenaires de l'équipe interdisciplinaire. • Collaborer à analyser les données provinciales en lien avec le cancer du poumon. 	<ul style="list-style-type: none"> • Revoir les trajectoires de soins pour le suivi des clientèles particulières tout en minimisant les déplacements de l'utilisateur : <ul style="list-style-type: none"> ○ chimiothérapie adjuvante; ○ prise en charge de métastases cérébrales post-chirurgie thoracique; ○ surveillance des nodules; ○ chirurgie thoracique seule. • Partager les outils, les protocoles et les algorithmes utilisés à l'IUCPQ–UL avec les centres affiliés et partenaires. • Élaborer un cadre d'utilisation pour les immunothérapies. • Concevoir des outils permettant une plus grande prise en charge de l'utilisateur par les médecins de famille afin qu'ils puissent davantage s'impliquer dans le suivi des usagers et minimiser les déplacements de ceux-ci. • Donner des orientations sur l'évaluation de la qualité et de l'accessibilité, partager les résultats des revues de la qualité.

3.5 Intégration des constats

Peu de temps après les visites, des ateliers d'échanges entre les établissements membres du réseau ont été réalisés. Ces ateliers avaient pour but de partager les constats issus des visites individuelles afin de confirmer et de compléter au besoin les observations faites, d'approfondir certains sujets et de déterminer les mécanismes de collaboration sur lesquels le réseau devait travailler prioritairement. Afin de faciliter les échanges, les établissements ont été rassemblés en trois groupes vivant des enjeux similaires. La composition des trois groupes de même que les enjeux spécifiques abordés par chacun d'eux sont présentés dans le tableau suivant :

Regroupement d'établissements	Thèmes spécifiques abordés
Groupe 1 : <ul style="list-style-type: none"> • CISSS de la Gaspésie • CISSS de la Côte-Nord • CISSS des Îles 	<ul style="list-style-type: none"> • Rôle du centre partenaire en région éloignée • Partage de stratégies pour faire face à des difficultés communes • Attentes par rapport au centre affilié et de référence
Groupe 2 : <ul style="list-style-type: none"> • CIUSSS de la Capitale-Nationale • CHU de Québec-UL • CISSS de Chaudière-Appalaches 	<ul style="list-style-type: none"> • Définition de l'offre régionale et interrégionale de services • Organisation des services
Groupe 3 : <ul style="list-style-type: none"> • CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean • CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec. • CISSS du Bas-Saint-Laurent 	<ul style="list-style-type: none"> • Rôle du centre affilié par rapport au centre de référence (similitudes/différences) • Rôle du centre affilié par rapport à ses partenaires

En plus de permettre de consolider certains constats, ces ateliers d'échanges ont permis aux centres affiliés et partenaires de prendre conscience que d'autres établissements membres de leur réseau avaient des réalités ou vivaient des enjeux similaires aux leurs. Ainsi, il est apparu que ces établissements pouvaient s'entraider et que certains problèmes pouvaient être résolus sans obligatoirement passer par le centre de référence. En effet, un réseau fonctionnel n'est pas uniquement composé de liens hiérarchiques avec le centre affilié ou de référence, mais aussi de liens horizontaux où chaque membre peut contribuer à la recherche de solutions et au succès du réseau dans son ensemble.

3.6 Mécanismes de collaboration

Lors des échanges avec les établissements, plusieurs stratégies ont été proposées en vue de favoriser une plus grande collaboration au sein du réseau. Certains défis étaient également communs à plusieurs établissements et ont été mis en lumière afin de permettre au réseau de se consolider. Le tableau de la page suivante présente les principales actions proposées lors des discussions avec les leaders du réseau, ordonnancées selon la priorisation qui leur a été attribuée par ces derniers.

Mécanismes de collaboration proposés par les membres du réseau

1	Mettre en place des guichets de coordination dans tous les établissements.
2	Avoir accès au PACS ⁴ et aux dossiers médicaux des autres établissements.
3	Diffuser les méthodologies utilisées et les résultats des travaux du comité de revue de la pratique de l'IUCPQ-UL, incluant ceux relatifs à la chirurgie thoracique.
4	Harmoniser les pratiques.
5	Définir les mécanismes de référence/présentation aux CDTC poumon dans les centres affiliés et de référence.
6	Favoriser le retour de la clientèle vers la première ligne : outils destinés aux omnipraticiens.
7	Améliorer l'offre de services en soins palliatifs.
8	Formaliser les corridors de services particulièrement pour les régions éloignées.
9	Favoriser davantage l'utilisation des équipements de la télémédecine.
11	Démontrer une complémentarité et une complicité mutuelle entre le centre de référence et les centres affiliés et partenaires auprès de la clientèle dans l'offre de soins et de services.
12	Planifier à long terme l'offre de services en chirurgie thoracique (consolidation de PEM).
13	Intégrer l'infirmière pivot de la région lorsque la situation clinique d'un de ses patients est discutée dans les rencontres interdisciplinaires à l'IUCPQ-UL.
14	Organiser une à deux rencontres individuelles par année entre les centres affiliés/partenaires et l'IUCPQ-UL afin de maintenir les liens du réseau et de revoir les enjeux.
15	Créer une communauté de pratique réunissant les « leaders » poumon dans chaque établissement.
16	Revoir les trajectoires de certaines clientèles particulières.
17	Donner accès aux intervenants à l'information sur les protocoles de recherche clinique disponibles afin de favoriser la participation des patients de l'ensemble du territoire.
18	Améliorer le soutien aux usagers en région éloignée pour l'hébergement et le transport.

⁴ Système informatique organisé en réseau, qui permet d'assurer la saisie, la numérisation, la transmission (intra et interétablissements), l'affichage, le traitement, l'analyse et l'archivage d'images médicales numériques provenant de multiples techniques d'imagerie diagnostique.

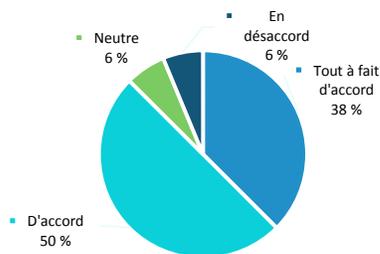
4 Évaluation de la démarche

Afin de connaître l'appréciation des membres du réseau par rapport à la démarche proposée, une évaluation a été réalisée en septembre 2017. Les résultats de cette évaluation ont démontré que les participants étaient généralement satisfaits du projet. Quelques pistes d'amélioration ont été suggérées. Les résultats plus spécifiques de cette évaluation sont présentés dans les figures qui suivent.

Résultats du sondage sur la démarche d'implantation du Réseau de cancérologie pulmonaire de l'IUCPQ-UL et de l'Est du Québec

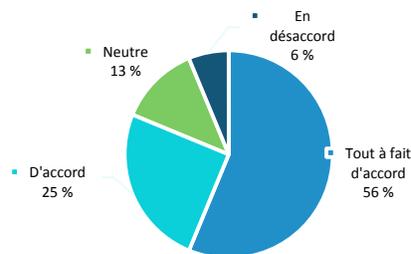
Question 1

Les activités, jusqu'à maintenant, m'ont permis de bien comprendre les objectifs du projet et les attentes du MSSS en termes de fonctionnement en réseau.



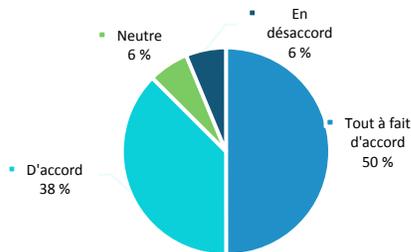
Question 2

La visite de mon établissement est une étape essentielle au projet.



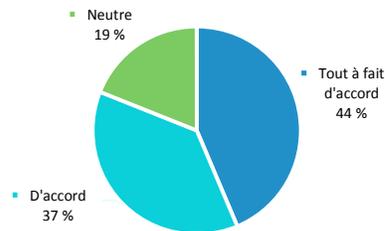
Question 3

Est-ce que vos préoccupations ont été bien entendues par l'équipe?



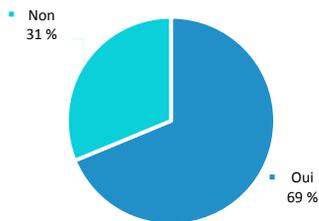
Question 4

Considérez-vous que le centre de référence a bien identifié vos problématiques?



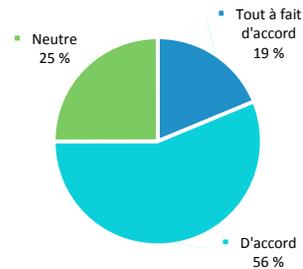
Question 5

Avez-vous remarqué si des actions ont déjà été prises pour répondre à certains besoins de la région?



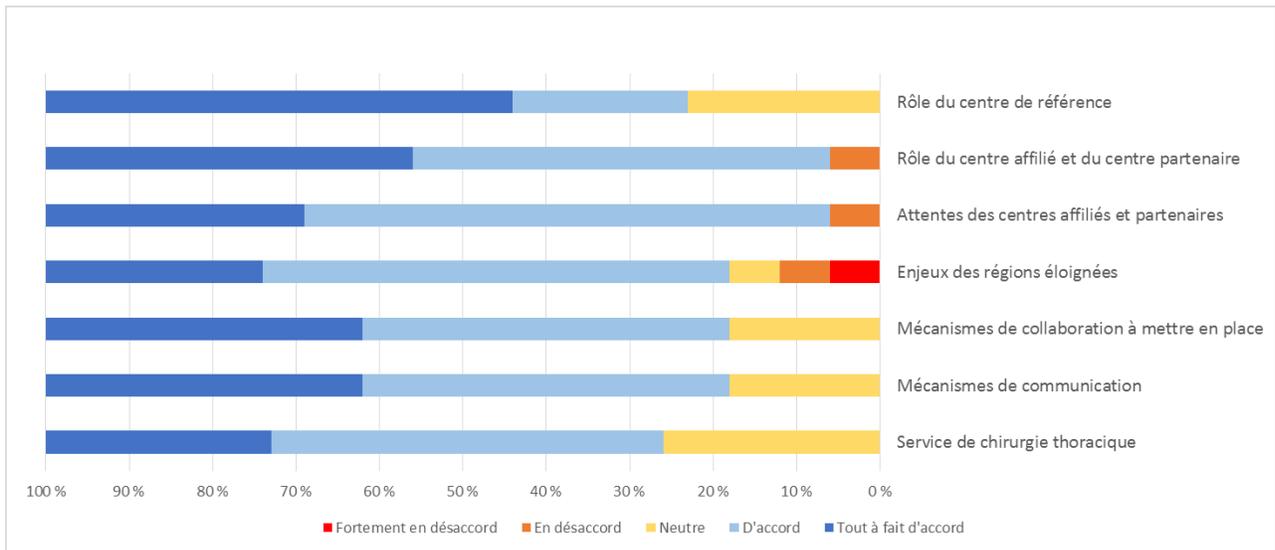
Question 6

Le projet a permis à mon établissement de créer de nouveaux liens avec des intervenants des autres établissements membres du réseau.



Question 7

Les discussions à propos des divers sujets abordés étaient pertinentes.



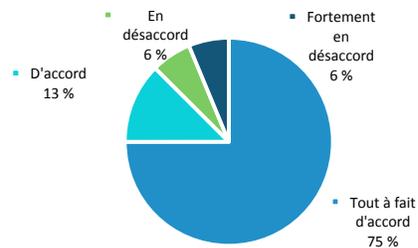
Question 8

En lien avec la question 7, quels autres sujets auriez-vous aimé aborder?

- Délais en cas de suspicion de cancer.
- Ratio de ressources humaines cliniques par rapport à l'organisation du travail.
- Collaboration avec les chirurgiens généraux en région.
- Transport des usagers.
- CRDS et cas suspects de néoplasie.
- Disponibilité des chirurgiens thoraciques.
- Protocole de recherche, analyse de cas traceurs, partage d'expertise, innovation clinique, tableau de bord et suivi d'indicateurs.

Question 9

La consultation des personnes touchées par le cancer apporte une valeur ajoutée au projet.



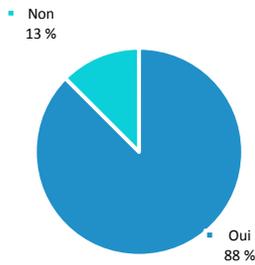
Question 10

Quels changements importants devraient être apportés au projet pour mieux réaliser l'objectif « Consolider et faire vivre le réseau de cancérologie pulmonaire » ?

- Base documentaire commune pour un partage d'outils cliniques. Mettre en lien les conseillères cliniques spécialisées de nos programmes.
- Ateliers de travail plus fréquents avec l'ensemble des partenaires du réseau de cancérologie pulmonaire.
- Mieux structurer le suivi des dossiers en investigation interrégionale.
- Mécanismes de référence clairs et efficaces.
- Garder le processus le plus fluide possible.
- Favoriser les relations entre les régions éloignées : partage d'outils élaborés en périphérie adaptés à la situation en région éloignée.
- Approche partenaire.
- Point de chute unique pour les demandes de consultation.
- Aucun changement important nécessaire, simplement poursuivre les échanges et le partage d'expérience client afin d'améliorer la trajectoire.
- La mise en place rapide des moyens pour améliorer le cheminement du patient dans le continuum de soins est bien orchestrée par votre établissement.
- Démarche structurée pour assurer une couverture à long terme en chirurgie thoracique dans les centres affiliés.
- Revoir les regroupements d'établissements.
- Donner accès à un lien pour les documents pertinents pour le traitement.

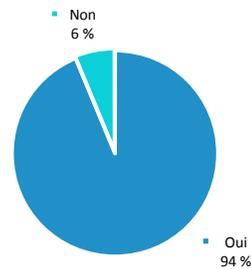
Question 11

Est-ce que les moyens de communication utilisés sont adéquats ?



Question 12

Est-ce que la fréquence des rencontres est adéquate ?



5 Retombées du projet

Les efforts déployés pour consolider le Réseau de cancérologie pulmonaire de l'IUCPQ-UL et de l'Est du Québec ont apporté des résultats positifs. Les acteurs du réseau ont réussi à travailler en collaboration et en collégialité dans le but premier de répondre aux besoins de l'utilisateur atteint du cancer pulmonaire. Une base relationnelle solide a été établie, favorisant ainsi le climat de confiance nécessaire à des liens durables et constructifs. Les membres du réseau ont fait preuve d'engagement et d'une belle ouverture au cours de cette démarche et nous tenons à les remercier. Les usagers atteints de cancer du poumon en ressortiront gagnants à court, moyen et long terme et cela est la plus belle récompense pour tous les intervenants qui s'impliquent. À cet égard, voici quelques exemples de gains qui ont été réalisés dès les premières semaines d'implantation du Réseau de cancérologie pulmonaire de l'IUCPQ-UL et de l'Est du Québec :

- identification de personnes-ressources à contacter lors de problèmes;
- diffusion des formations offertes par le centre de référence à tout le réseau de l'Est de la province;
- diffusion des modalités de fonctionnement du CDTC de l'IUCPQ-UL;
- offre de stages d'observation dans différents secteurs à la demande des centres éloignés;
- développement d'une culture d'écoute et de réponse rapide aux établissements du réseau;
- partage de différents documents du centre de référence pour permettre aux autres établissements de les adapter selon leur réalité;
- mise en place d'un soutien médical temporaire dans une région où l'essoufflement de l'équipe médicale était très présent;
- harmonisation de certaines pratiques (ex. : rôle de l'infirmière pivot, modalités de fonctionnement du CDTC);
- diminution des délais de traitements de chimiothérapie dans une région éloignée.

Dans le cadre du projet, certains centres affiliés se sont donné comme objectif de reproduire le rôle de centre responsable d'un mini-réseau auprès de leurs centres partenaires et de définir, en collaboration avec ces derniers, l'offre de soins et de services qu'ils souhaitent développer dans le futur. Pour ce faire, ils ont reproduit la démarche du centre de référence en allant visiter chacun des centres partenaires sous leur responsabilité. La visite des centres partenaires leur a permis de mieux connaître leur réalité, leurs enjeux et de dénouer certaines problématiques vécues.

Le projet d'implantation du réseau de cancérologie pulmonaire en partenariat avec l'IUCPQ-UL a également été une expérience aidante pour les centres partenaires, comme l'exprime le témoignage suivant :

« Quelle ne fut ma surprise quand j'ai reçu l'appel de la gestionnaire clinico-administrative de l'IUCPQ-UL me disant : "J'aimerais savoir ce que nous pouvons faire pour vous aider. Vous pouvez nous faire part des difficultés rencontrées par vos patients et les intervenants dans la trajectoire du cancer du poumon, et nous allons essayer ensemble de trouver des solutions". Depuis 35 ans que je suis dans le réseau, c'est la première fois que je recevais un tel appel. Vous comprendrez que j'ai eu plus souvent à solliciter de l'aide qu'à m'en faire offrir sans en avoir demandé. Ma foi, c'était le monde à l'envers! Comment aurions-nous pu refuser une

telle offre? Partage d'outils, accès à la formation, liens avec les intervenants dans la prestation de services, consultation en oncologie et coordination des rendez-vous. »

Le projet réalisé a donc été fructueux sur plusieurs plans et ses retombées ont eu des effets au-delà des activités initialement planifiées.

Il reste maintenant à créer un rapprochement entre les quatre réseaux de la province pour que les apprentissages et les expériences positives de chacun soient partagés et qu'ils profitent à l'ensemble du Réseau de cancérologie du Québec. Par ailleurs, les travaux réalisés ont mis en lumière certains enjeux concernant l'organisation de la chirurgie thoracique dans le réseau, vu le nombre élevé de centres qui effectuent toujours ce type de chirurgie par rapport au nombre de chirurgiens thoraciques diplômés chaque année, ce qui pourrait compromettre la pérennité du service à long terme. Des réflexions devront avoir lieu au sein du MSSS à ce sujet.

En définitive, ce projet nous apparaît très concluant, ce qui nous conduit à recommander l'application de ce modèle aux autres réseaux de cancérologie pulmonaire du Québec et, éventuellement, aux autres sièges tumoraux, en s'adaptant aux réalités de chacun. En effet, nous sommes à même d'observer la reconnaissance de la complémentarité que nous avons établie entre les établissements. Le témoignage suivant d'un partenaire du réseau démontre bien ce sentiment de complicité et de confiance que le projet a permis de développer, de même que ses retombées positives :

« J'aimerais remercier le MSSS et l'IUCPQ-UL pour l'initiative de ce projet qui a eu des retombées positives pour nos patients en améliorant la qualité des soins avec efficience. Cela a aussi été une expérience humaine très enrichissante. Madame Lizotte, que j'appelle maintenant Hélène, est devenue une nouvelle amie et une précieuse partenaire. Cette expérience nous donne vraiment envie de recommencer avec d'autres trajectoires de cancer. »

PARTIE II – CADRE DE RÉFÉRENCE

1 LE FONCTIONNEMENT EN RÉSEAU : DE LA THÉORIE À LA RÉALITÉ

La gestion traditionnelle fondée sur l'autorité hiérarchique dans des structures fermées ne répond plus aux besoins actuels et aux nombreux défis des organisations. Il faut trouver des façons différentes de collaborer dans l'élaboration et la prestation de l'offre de soins et de services ainsi que de partager les informations afin de transcender les barrières des établissements.

Le fonctionnement en réseau permet de faire émerger de nouvelles idées pour renouveler les façons de faire, de proposer et de partager des solutions innovatrices pour des problèmes complexes que les établissements auraient bien de la difficulté à résoudre seuls. Le partage des bonnes pratiques favorise la concertation entre les professionnels, permettant ainsi d'harmoniser et d'optimiser les façons de faire et de rehausser les standards de pratique à l'échelle du réseau. Dans le contexte où les ressources sont rares et où l'efficacité du travail est recherchée, la force du réseau prend toute son importance. Le travail en réseau permet de coordonner des efforts, des actions de plusieurs centres pour répondre à une prise en charge globale de la clientèle dans une trajectoire de soins qui, quelquefois, est complexe.

Le Plan directeur en oncologie propose le fonctionnement en réseau pour faire face à la complexité grandissante de la prise en charge du cancer. Le modèle proposé repose sur la vision suivante : « Ensemble, dans le Réseau de oncologie du Québec, pour offrir des soins et des services accessibles, de la meilleure qualité possible, tout en optimisant l'utilisation des ressources ». Il fait également appel aux trois notions fondamentales suivantes :

- la hiérarchisation des soins et des structures de gouvernance;
- la collaboration entre les experts cliniques et les gestionnaires;
- l'intégration.

En s'appuyant sur une organisation structurée réunissant l'ensemble des parties prenantes, le réseau permet la communication, la collaboration, la concertation et la coordination, qui se réaliseront grâce à la représentation, à la participation et au partage [1].

« Un réseau existe par les liens entre les membres. Pour assurer que ces derniers offrent des services de qualité, un réseau suit des normes et des standards, ancre l'évaluation de sa performance dans ses opérations et fait évoluer les pratiques. Un réseau doit disposer de moyens de communication pour rejoindre rapidement ses membres. Un réseau efficace est hiérarchique et intégré [1]. »

Plusieurs autres définitions du réseau ont été publiées dans différents articles de gestion. M. Alain Rondeau et Mme Ariane-Hélène Fortin définissent le réseau comme suit : « Un ensemble de liens significatifs entre des entités autonomes ayant des intérêts partagés et des préoccupations communes qui coopèrent au sein d'un même système complexe afin d'atteindre un résultat global supérieur du système et d'en retirer un avantage ou d'éviter un inconvénient [9]. »

Cette définition, malgré sa complexité, reflète vraiment les éléments définissant le travail en réseau. Elle rejoint à plusieurs égards celle du Plan directeur de oncologie et apporte certains éléments complémentaires intéressants sur les comportements et les aspirations des individus ou des organisations qui composent le réseau. En appliquant concrètement ces deux définitions au réseau de oncologie, nous pourrions le définir de cette façon : un ensemble de liens entre les différents

établissements qui accueillent des usagers atteints de cancer pour leur offrir un ensemble de soins et de services dans une trajectoire complexe. Ces établissements partagent des préoccupations communes, des dossiers communs et travaillent en concertation pour offrir ensemble un haut standard de pratique dans une trajectoire fluide. Ils partagent leurs forces pour une meilleure cohésion dans la distribution des soins et des services. La résultante souhaitée est une qualité des soins de haut niveau, accessible à tous les usagers du réseau de façon équitable et une plus grande pertinence dans l'utilisation des ressources.

Les résultats du projet d'implantation du Réseau de l'IUCPQ-UL et de l'Est du Québec ont conduit à la proposition d'une démarche permettant de concrétiser cette vision de travail en réseau, initialement véhiculée dans le Plan directeur de cancérologie et appuyée par plusieurs auteurs tels que Rondeau, et transposable aux autres réseaux. Un des enjeux soulevés lors de la création du réseau était celui d'offrir des services intégrés tout en préservant une autonomie d'action pour chacun des centres à l'intérieur des grands principes établis par le réseau. Les établissements de santé ont en effet eu comme préoccupation d'accomplir la mission propre qui leur était confiée de façon indépendante, en pensant qu'ils devaient tout faire seuls. La réforme modifiant la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) reconnaît cette expertise, mais exige maintenant des établissements qu'ils prennent en considération le réseau plus large dans lequel ils se trouvent. Les établissements doivent donc dorénavant faire abstraction de leurs intérêts propres dans la mise en place de continuums de soins communs et d'un fonctionnement en réseau optimal, ce qui peut constituer un défi de taille pour certains.

Pour arriver à une cohésion du réseau, le partage d'une vision commune, centrée autour de la personne touchée par le cancer, est incontournable. La reconnaissance d'une responsabilité partagée pour la prise en charge de la clientèle fait que chacun, à son niveau, sent que non seulement il peut, mais qu'il doit contribuer à offrir les meilleurs soins possible aux personnes touchées par le cancer. Comme le mentionne M. Alain Rondeau, chaque membre a une valeur pour l'ensemble du réseau et peut apporter quelque chose au groupe, que ce soit par ses connaissances du milieu et de ses problématiques, par ses compétences, son expertise, et par la légitimité qu'on lui donne il est en mesure de traiter des problématiques et des enjeux du réseau [9]. En effet, un réseau fonctionnel n'est pas uniquement composé de liens hiérarchiques avec le centre affilié ou de référence, mais aussi de liens horizontaux où chaque membre peut contribuer à la recherche de solutions et au succès du réseau dans son ensemble.

Grâce à cette responsabilité partagée et complémentaire, le sentiment de compétition parfois présent dans le réseau de la santé peut lentement céder sa place à un climat d'entraide. Pour y parvenir, la reconnaissance du rôle de chacun dans l'offre de soins et de services à la clientèle est essentielle. Ces rôles sont décrits dans la section suivante.

2 RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES CENTRES

Le PQC a déterminé trois niveaux de désignation pour les réseaux par siège tumoral ou spécifique à une problématique particulière :

- ⇒ Centres de référence;
- ⇒ Centres affiliés;
- ⇒ Centres partenaires.

L'implantation des réseaux par siège tumoral a aussi donné naissance à un nouveau rôle, assumé par un centre de référence : celui de centre responsable du réseau.

2.1 Centre de référence et centre responsable de réseau

Les centres de référence sont caractérisés comme suit : « des établissements qui sont reconnus pour leur expertise de pointe dans le siège tumoral en question et traitent annuellement un volume suffisant de cas pour maintenir la compétence de l'équipe. Ils possèdent une équipe suprarégionale dédiée à ce siège tumoral qui a obtenu une désignation de niveau 3 ou 4⁵ [3]. »

Le rôle plus traditionnel du centre de référence a beaucoup été en lien avec sa capacité à fournir des services surspécialisés à l'ensemble de la population et à prendre en charge les patients lui étant référés, de même qu'avec la présence d'un plateau technique de haute technologie et d'une équipe de professionnels surspécialisés dans le domaine permettant de rendre disponible cette expertise dans son réseau. À cette offre de services s'ajoute la mission d'enseignement par la diffusion des connaissances relatives aux meilleures pratiques et l'organisation de conférences et de formations, et la mission de recherche avec la promotion et la diffusion des résultats. Enfin, le centre de référence doit assumer un rôle de formation, de supervision, de soutien et d'évaluation (FSSE).

Un rôle que les centres de référence se sont généralement moins bien approprié est celui de centre responsable de réseau, en lien avec la vision d'un réseau de services intégrés. Parmi ses nombreuses fonctions, l'une est de créer et de maintenir des liens formels avec les autres équipes des établissements membres du réseau. Conjointement avec ses partenaires, il définit et adapte la trajectoire de soins et de services de la personne atteinte qu'il sert et s'assure de l'accessibilité des services dans son réseau. Le partage d'outils entre les établissements favorise la collaboration, l'entraide et la prise en charge des usagers lors du retour de ceux-ci dans leur région. Le centre responsable du réseau joue un rôle de coordonnateur, d'animateur et de vigie en ce qui concerne les différents volets d'évaluation de la performance de la trajectoire des personnes à qui il offre des services.

Le centre de référence doit se sentir concerné par les difficultés vécues par les établissements dans la trajectoire de soins. Un problème vécu par un établissement peut être commun à d'autres

⁵ L'équipe suprarégionale fait partie d'un établissement universitaire. Elle offre des services surspécialisés d'investigation diagnostique, de traitement et de suivi pour un siège tumoral particulier. Elle sera de niveau 3 ou 4. Les membres d'une équipe de niveau 4 se distinguent notamment par leur implication dans la formation de deuxième et de troisième cycle offerte aux étudiants, la formation continue offerte aux autres membres de l'équipe ou aux partenaires du réseau et par la recherche exécutée. Ces équipes ont été désignées dans le cadre du processus d'évaluation de 2005 à 2009 [2].

établissements et avoir des répercussions à l'échelle du réseau de cancérologie. Il faut donc le voir non seulement comme un problème de l'établissement, mais plutôt comme un problème du réseau.

Le centre de référence doit soutenir ses partenaires, dans la mesure du possible, dans le développement de leur autonomie et de leur compétence face à des situations plus complexes. En résumé, le centre responsable d'un réseau doit :

- ⇒ se sentir concerné par les réalités et les difficultés vécues dans les établissements (culture du oui en réponse aux demandes d'aide);
- ⇒ considérer qu'un problème vécu par un établissement devient le problème du réseau;
- ⇒ ne pas laisser de questions sans réponses, ce qui ne veut pas dire agir à la place de l'autre;
- ⇒ outiller les partenaires pour qu'ils développent leur autonomie et leur compétence face à des situations complexes;
- ⇒ respecter ce désir d'autonomie et intervenir dans un esprit de collaboration et de complémentarité auprès des centres affiliés.

Enfin, le centre de référence responsable d'un réseau doit contribuer à établir des normes de qualité en collaboration avec les autres centres responsables et le PQC. Il doit se faire le porte-parole de son réseau auprès de cette dernière et défendre non pas ses intérêts propres, mais ceux du bien commun du réseau et de la clientèle desservie. Le centre de référence responsable d'un réseau doit également être en concertation avec les autres centres de référence des différents réseaux de cancérologie pulmonaire de la province. Cette concertation permettra de bien définir la vision et les actions prometteuses pour rendre les soins en cancérologie pulmonaire accessibles, concertés et intégrés.

Résumé du rôle du centre de référence responsable d'un réseau	
Centre de référence	Centre responsable d'un réseau
<p>Offre de service</p> <ul style="list-style-type: none"> – Maintenir l'accès à des services cliniques surspécialisés – Posséder des plateaux techniques à la fine pointe de la technologie – Offrir l'éventail complet des soins pour la prise en charge des cas difficiles ou rares – Établir une procédure d'accès conviviale pour ceux qui ont à lui référer des personnes atteintes 	<p>Offre de service</p> <ul style="list-style-type: none"> – Collaborer à structurer les trajectoires optimales des patients avec les centres affiliés et partenaires – Créer des corridors de services bidirectionnels fluides – Améliorer la transmission de l'information lors du retour de l'utilisateur dans sa région – Offrir du soutien pour l'implantation de nouvelles pratiques – Encourager la participation des établissements au CDTC du centre de référence – Répondre aux demandes des centres affiliés et partenaires, être concerné par leurs enjeux – S'assurer d'une organisation de services pouvant pallier les bris ou ruptures de services dans les centres affiliés et partenaires

Enseignement <ul style="list-style-type: none"> – Effectuer l’enseignement universitaire pré et postgradué, fellowship – Donner des formations continues à l’intention des membres de l’équipe 	Enseignement <ul style="list-style-type: none"> – Diffuser les connaissances relatives aux meilleures pratiques et aux domaines en émergence et les formations offertes – Permettre des stages d’observation pour les équipes des centres affiliés et partenaires
Recherche <ul style="list-style-type: none"> – Participer à des protocoles de recherche fondamentale, clinique ou évaluative – Témoigner de son engagement dans la recherche par des publications, des présentations orales ou des affiches 	Recherche <ul style="list-style-type: none"> – Favoriser la participation de la clientèle dans les projets de recherche en diffusant l’information sur les protocoles actifs – Favoriser le développement de la recherche clinique dans les centres affiliés
Soutien au RCQ <ul style="list-style-type: none"> – Collaborer à analyser les données provinciales sur les principaux indicateurs cliniques – Collaborer avec les autres centres de référence dans le cadre de la concertation du RCQ 	Soutien au RCQ <ul style="list-style-type: none"> – Donner des orientations sur l’évaluation de la qualité et de l’accessibilité pour son réseau – Être le porte-parole des membres de son réseau auprès du RCQ et du PQC

2.2 Centres affiliés

Selon les critères établis par le PQC, les centres affiliés doivent être en collaboration étroite avec le centre de référence afin de participer notamment au CDTC, d’utiliser les algorithmes d’investigation, de traitement et de suivi du centre de référence et de transférer les cas plus complexes à ce dernier. Ils doivent avoir en place une équipe interprofessionnelle pour assurer une complémentarité et une continuité dans les soins et services offerts aux patients de leur région [3]. Étant au centre de la pyramide, le rôle du centre affilié comporte deux niveaux.

D’une part, le centre affilié doit collaborer avec son centre de référence et se conformer aux grandes orientations établies par le réseau qui, dans la mesure du possible, auront été élaborées avec le centre de référence en tenant compte des réalités des centres affiliés. Le centre affilié doit également délimiter clairement son offre de service et identifier, conjointement avec le centre de référence, les cas complexes pour lesquels une consultation du centre de référence est nécessaire. L’équipe du centre affilié doit s’assurer que l’ensemble des options thérapeutiques disponibles au sein du réseau sont présentées au patient, incluant les protocoles de recherche clinique ou les techniques de pointe qui seraient disponibles uniquement au centre de référence, afin qu’il puisse prendre une décision éclairée. Elle doit pouvoir bénéficier des plateformes de formation continue et de recherche du centre de référence, ce qui n’exclut pas qu’elle puisse développer ses propres activités et en faire bénéficier le reste du réseau.

D’autre part, le centre affilié doit également reproduire le rôle de centre responsable d’un mini-réseau auprès de ses centres partenaires et définir, en collaboration avec ces derniers, l’offre de soins et de services souhaitée dans le futur. La visite des centres partenaires permet de mieux connaître leur réalité, leurs enjeux et de dénouer certaines problématiques vécues. La démarche préconisée dans ce cadre de référence permet généralement de donner aux leaders médicaux et aux cogestionnaires clinico-administratifs la légitimité de revoir les processus dans le but de rendre la trajectoire plus fluide et d’éliminer les problèmes.

2.3 Centres partenaires

Les centres partenaires sont généralement des centres où il ne se fait pas de chirurgie pour un siège de cancer déterminé, mais où d'autres soins et services aux personnes atteintes de cancer sont offerts en collaboration avec les centres de référence ou les centres affiliés [3]. Vu la démographie du Québec, une des particularités propres à plusieurs centres partenaires est qu'ils sont localisés en région éloignée, leur population étant dispersée sur de grands territoires, et géographiquement isolés.

Dans plusieurs cas, ces installations sont des petits centres qui ont besoin des services des autres établissements pour l'investigation, certains traitements, l'expertise, la formation et le soutien des équipes. Les gestionnaires doivent porter plusieurs chapeaux et les intervenants sont très polyvalents. Ils doivent répondre aux mêmes normes et produire les mêmes plans d'action et les mêmes redditions de comptes que les grands centres, mais avec peu de soutien clinique et administratif. Ce sont de bons généralistes, mais pas des spécialistes, même si ce n'est pas par manque d'intérêt ou de volonté. Ils doivent faire preuve de beaucoup de créativité et de débrouillardise pour offrir des services de qualité malgré les ressources très limitées.

Un des partenaires membres du réseau de l'Est du Québec se décrit de la sorte :

« Nous faisons partie de la grande famille du réseau de la santé. Nous sommes comme des enfants qui ont besoin de parents. Parfois, nous avons l'impression de déranger, surtout quand les parents sont très occupés avec leurs propres problèmes de grandes personnes. Je dirais aussi que plus les enfants sont petits, plus ils ont besoin des plus grands, mais plus ils grandissent, plus ils acquièrent de l'autonomie. Parfois, un enfant fait du bruit pour être entendu. C'est peut-être parce qu'il se sent seul, anxieux ou vit de l'insécurité. Si nous prenons le temps de bien nous occuper de ses besoins, il se calme, dérange moins et tout le monde est heureux et y trouve son compte. »

Le centre partenaire a un rôle essentiel à jouer afin d'assurer le bon fonctionnement du réseau à son niveau. Par exemple, il doit participer aux préparations préopératoires et reprendre en charge le suivi des patients une fois la phase active du traitement complétée. Le centre partenaire doit se sentir appuyé par le centre responsable du réseau afin de développer la confiance et la compétence pour offrir les soins et les services le plus près possible du milieu de vie du patient, lorsque les ressources et l'expertise en place le permettent. Ce travail en partenariat suppose un élément de confiance de part et d'autre et c'est ainsi que l'on réussit à éviter que les patients se déplacent inutilement avant une intervention chirurgicale, car de nombreux voyages impliquent non seulement des coûts de transport additionnels pour l'établissement, mais des inconvénients non négligeables pour le patient et sa famille, comme des pertes de revenus et des frais de séjour parfois très importants, sans oublier le stress qui y est relié.

3 Perspective des personnes touchées par le cancer

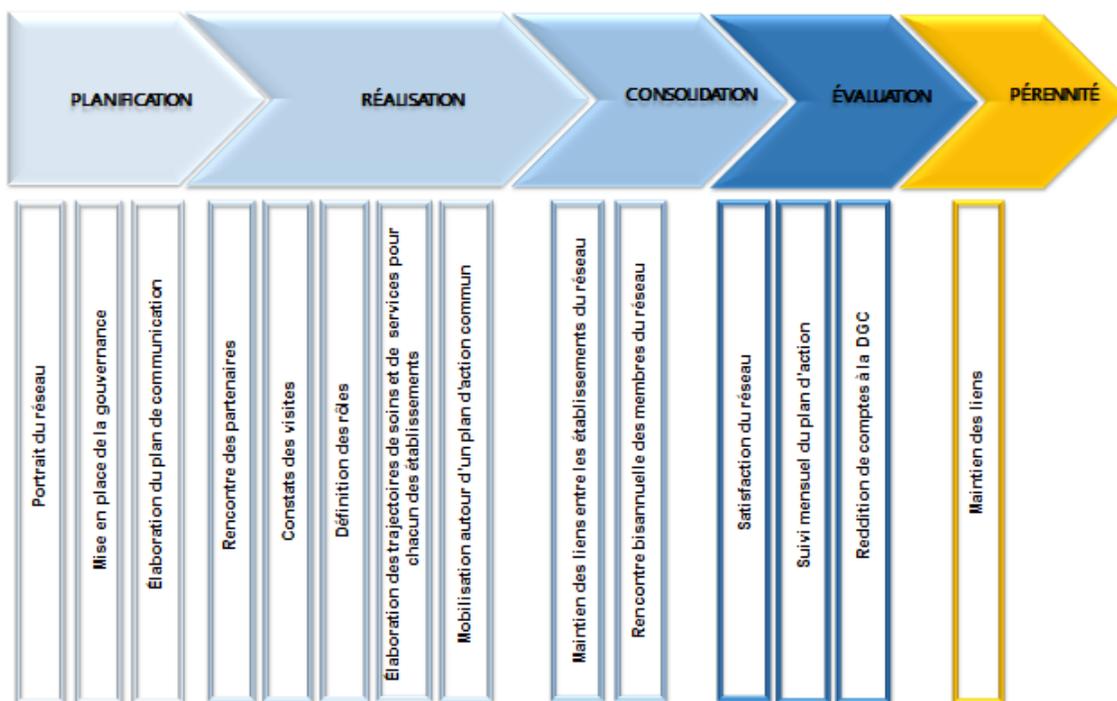
Un des principes directeurs du système de santé et de services sociaux est de favoriser l'approche de partenariat entre l'utilisateur, ses proches et les intervenants. Le patient doit être au cœur de nos préoccupations pour qu'on puisse offrir les soins et les services qui répondent à ses besoins. Ce

partenariat, comme l'indique le plan stratégique du MSSS, peut conduire à de meilleurs résultats sur le plan de la santé en plus de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins et des services et à la sécurité de l'utilisateur [13, 14]. Les usagers sont généralement reconnaissants lorsqu'on leur donne la possibilité de partager leur vécu et ainsi de contribuer à l'amélioration de la trajectoire de soins et services.

Ainsi, au même titre que les équipes des centres de référence, affiliés et partenaires, nous estimons que la personne touchée par le cancer doit être considérée comme un membre à part entière du réseau de cancérologie et que le réseau doit être organisé autour de ses besoins. Par ailleurs, il est apparu dans le contexte du projet que, malgré le fait que les établissements membres du réseau pouvaient avoir des intérêts divergents dans la poursuite du projet, un consensus semblait se dégager lorsqu'on ramenait les discussions autour des besoins de l'utilisateur.

4 Étapes jugées essentielles pour l'implantation d'un réseau

Le tableau et le schéma suivants résument les étapes jugées essentielles pour mettre en place un réseau de cancérologie autour d'un continuum de soins et de services propre à un siège tumoral ou à une problématique particulière.



Étapes nécessaires à la mise en place d'un réseau par siège tumoral		
Planification	<i>Portrait du réseau</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Cartographie des trajectoires de services dans le réseau • Analyse des services offerts, des volumes d'activité et des corridors de services
	<i>Mise en place de la structure de gouvernance</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Désignation par le centre de référence d'un cogestionnaire clinico-administratif affecté à la mise en place du réseau et d'un leader médical • Désignation d'un leader médical et d'un leader clinico-administratif dans chaque établissement
	<i>Élaboration du plan de communication</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Présentation aux présidents-directeurs généraux des établissements afin d'obtenir leur engagement • Communication de la vision aux équipes
Réalisation	<i>Visite des partenaires</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Parcours de la trajectoire de l'utilisateur • Plénière avec les membres de l'équipe visitée pour discuter des attentes, des forces et des défis • Entrevues avec des usagers
	<i>Constats des visites</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Formulation des différents constats à la suite des visites des établissements • Retour personnalisé aux directeurs de cancérologie des établissements sur les constats globaux et spécifiques à leur établissement
Consolidation	<i>Détermination des rôles</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Centre de référence : <ul style="list-style-type: none"> ○ Rôle traditionnel perçu par l'équipe de référence • Centre responsable d'un réseau : <ul style="list-style-type: none"> ○ Attentes des centres affiliés et partenaires • Centre affilié/partenaire : <ul style="list-style-type: none"> ○ Défini en respect des caractéristiques du territoire, de la capacité et de l'expertise en place ○ Particularités pour les régions éloignées à prendre en compte
	<i>Élaboration des trajectoires de soins et de services pour chacun des établissements</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Élaboration de la trajectoire du cancer pulmonaire et repérage des lacunes dans la trajectoire

Consolidation (suite)	<i>Création des liens entre les établissements du réseau</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Ateliers de travail réunissant les leaders des établissements ayant des enjeux communs • Recherche de consensus sur la priorisation des différents moyens de collaboration à mettre en œuvre • Communications fréquentes entre les leaders clinico-administratifs : <ul style="list-style-type: none"> ○ Retour individuel sur les constats de leur établissement ○ Partage d'outils ○ Diffusion de formations diverses ○ Soutien à la consolidation de leur trajectoire • Maintien des liens entre les leaders médicaux : <ul style="list-style-type: none"> ○ Identification de projets d'intérêts communs pour amorcer des discussions de groupe et pour favoriser les liens de confiance ○ Diffusion d'informations sur les nouvelles pratiques et la formation continue
	<i>Mobilisation autour d'un plan d'action commun</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Élaboration d'un plan d'action permettant de résoudre les problématiques soulevées lors de la visite et de l'analyse de la trajectoire
Évaluation	<i>Satisfaction du réseau</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Sondage auprès des leaders des établissements
	<i>Suivi mensuel du plan d'action</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Contacts téléphoniques
	<i>Reddition de comptes au PQC</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi du plan d'action du réseau et révision périodique
Pérennité	<i>Maintien des liens</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Rencontres bisannuelles en personne • Suivis téléphoniques • Formations offertes et diffusées à tous

5 Vers une trajectoire de soins et de services hiérarchisée et intégrée

L'implantation d'un réseau doit permettre d'atteindre les objectifs suivants :

- une trajectoire de soins et de services parfaitement intégrée, qui transcende les barrières de l'établissement;
- un accès aux soins et aux services surspécialisés en temps opportun et le retour de l'utilisateur dans son établissement d'origine lorsque ces soins ne sont plus requis;
- une utilisation efficiente des ressources, en évitant le dédoublement des activités cliniques et administratives;
- l'utilisation d'algorithmes, de protocoles et d'outils communs;
- la diffusion des meilleures pratiques en favorisant les échanges entre les professionnels des équipes de soins dans les différents établissements (communauté de pratique, CDTC, formation);
- le développement de la recherche clinique;
- la mesure de la performance du réseau dans sa globalité à l'aide d'indicateurs convenus entre les réseaux et de la qualité des soins qui y sont donnés;
- un rôle élargi pour le centre de référence responsable du réseau, qui doit répondre aux besoins des centres affiliés et partenaires.

Lors du projet de consolidation du Réseau de cancérologie pulmonaire de l'IUCPQ-UL et de l'Est du Québec, certains constats ou recommandations sur les processus de travail ou les mécanismes de collaboration qui favorisent l'intégration et la fluidité de la trajectoire de soins et de services ont été dégagés. Plusieurs d'entre eux sont exportables à tous les réseaux de cancérologie. Voici les cinq qui nous apparaissent les plus significatifs et qui devraient être considérés dans les autres démarches d'implantation de réseaux par siège tumoral :

- Mise en place de guichets d'investigation rapide;
- Accès en temps opportun aux plateaux techniques;
- Transfert efficace de l'information clinique entre établissements;
- Retour du patient dans sa communauté lorsque c'est possible;
- Patient au cœur des décisions qui le concernent.

5.1 La mise en place de guichets d'investigation rapide

Un guichet d'investigation implique la présence d'un point de chute unique pour la réception des demandes de consultation, la priorisation des demandes selon la pertinence et la gravité clinique, la coordination des rendez-vous pour les examens nécessaires à l'investigation et au diagnostic, de même que la surveillance systématique des délais pour chaque patient. Dans les établissements où une personne autre que le médecin traitant est affectée à la coordination des rendez-vous, une meilleure surveillance des délais peut généralement être réalisée et le risque que des usagers se retrouvent sans suivi entre deux examens en est grandement réduit. La présence d'un guichet d'investigation dans les centres de référence et les centres affiliés permet de formaliser les corridors de services pour les plus petits centres qui, parfois, ne savent pas à quelle porte cogner pour référer leur clientèle.

Dans certains établissements, cette fonction est assumée par l'accueil clinique alors que dans les établissements à plus grand volume, comme les centres de référence et les centres affiliés qui reçoivent beaucoup de demandes de services en provenance des centres partenaires, un guichet spécifique devrait

être mis en place. Dans tous les cas, un arrimage doit être assuré avec les centres de répartition des demandes de services (CRDS).

Ultimement, la mise en place de guichets d'investigation devrait soutenir la collecte de données nécessaire à la mesure du temps d'attente vécu par le patient dans sa globalité, soit de la première suspicion ou de la première référence en spécialité jusqu'au premier traitement.

5.2 L'accès en temps opportun aux plateaux techniques

Une grande variabilité dans l'accessibilité et la priorisation de certains examens diagnostiques, dont la TEP-TDM, a été observée entre les établissements dans le cadre du projet d'implantation. Dans plusieurs cas, des lignes directrices permettant de déterminer les indications et les délais de priorisation de ces examens sont établies par des sociétés savantes [12]. Afin d'assurer une équité d'accès à ces plateaux techniques pour l'ensemble des usagers sur le territoire d'un réseau, des moyens de contrôle doivent être mis en place pour s'assurer de maintenir l'accessibilité par une utilisation judicieuse de ces services. À cet effet, le centre de référence a certainement un rôle à jouer dans la diffusion des meilleures pratiques et le soutien à leur implantation.

5.3 Un transfert efficace de l'information clinique entre les établissements appartenant à une même trajectoire

Le transfert des images diagnostiques entre les établissements et même parfois entre les installations d'un même établissement est difficile, ce qui amène un ralentissement important dans la fluidité de la trajectoire et même, parfois, la nécessité de répéter certains examens. Il y a donc nécessité de mettre en place de nouveaux mécanismes de communication entre les établissements pour permettre au clinicien qui doit prendre une décision au regard de la conduite thérapeutique à tenir pour son patient d'avoir en main toutes les informations pertinentes pour le faire. Cela est d'autant plus vrai dans un réseau hiérarchisé et intégré où il n'est pas rare qu'un patient doive recevoir des soins et des services dans plusieurs établissements. D'ailleurs, la communication fluide entre les établissements au sujet de leur état de santé lors de transferts a été un élément important mentionné par une majorité de personnes touchées par le cancer.

Le Dossier Santé Québec (DSQ) permet d'avoir accès à certaines informations, mais la qualité des images n'est pas toujours à la hauteur des besoins cliniques. Plusieurs cliniciens ont mentionné comme solution potentielle l'accès bidirectionnel aux PACS entre les établissements membres d'un même réseau, toutefois des enjeux technologiques et légaux doivent être considérés.

5.4 Le retour du patient dans sa communauté favorisé

Les centres de référence et les centres affiliés ont, de manière générale, tendance à maintenir le suivi de la clientèle ayant bénéficié de services surspécialisés, alors que le suivi pourrait être fait par les équipes médicales des centres partenaires, voire par les médecins de famille si ceux-ci sont adéquatement outillés pour le faire. La décentralisation de l'administration de la chimiothérapie dans les centres partenaires est aussi préconisée, pourvu que cette pratique soit balisée pour assurer la sécurité de l'utilisateur tout en gardant une certaine souplesse pour s'adapter aux ressources disponibles dans chaque milieu. À cet effet, plusieurs modèles de prise en charge et de surveillance des traitements ont été adoptés, avec supervision par des hémato-oncologues ou des oncologues médicaux sur place ou à distance.

Le retour du patient dans son centre de proximité permet par ailleurs que les ressources du centre de référence soient judicieusement utilisées pour la prise en charge des conditions cliniques qui nécessitent

son expertise surspécialisée. Un corridor de services doit alors être établi pour référer rapidement le patient vers le centre de référence ou le centre affilié si sa situation clinique se détériore en cours de suivi et qu'une prise en charge plus spécialisée est requise.

Le travail en réseau doit permettre le développement de cette complicité entre l'équipe surspécialisée et les intervenants de proximité afin que les mêmes algorithmes et protocoles soient utilisés, qu'une confiance mutuelle dans la qualité et la pertinence des services offerts de part et d'autre s'établisse et que, du point de vue du patient, celui-ci ait l'impression d'être traité par une seule et même équipe dont le discours est cohérent tout au long du continuum.

5.5 Le patient au cœur des décisions qui le concernent

Dans le cadre du projet de consolidation du réseau de l'IUCPQ–UL et de l'Est du Québec, la plupart des usagers questionnés ont mentionné être prêts à se déplacer pour recevoir des soins complexes si ceux-ci ne sont pas disponibles localement. Près du quart d'entre eux ont toutefois mentionné qu'ils n'étaient pas prêts à se déplacer à l'extérieur de leur région. Chaque personne est unique et une combinaison de plusieurs facteurs peut la conduire à accepter tel ou tel traitement, à se déplacer ou non pour recevoir des soins surspécialisés ou expérimentaux. Face à ce constat, le rôle de l'équipe traitante est donc de présenter au patient et à ses proches l'ensemble des options thérapeutiques disponibles au sein du réseau, y compris les protocoles de recherche et les traitements de pointe uniquement accessibles au centre de référence, en exposant objectivement les bénéfices et les risques, afin qu'ils puissent prendre une décision éclairée en fonction de leurs valeurs et de leurs objectifs de soins. Les personnes se présentant avec une situation complexe divergeant des protocoles établis devraient pouvoir bénéficier d'une présentation à un CDTC, afin que les meilleures options thérapeutiques puissent leur être présentées suivant les recommandations émises.

6 Conditions de succès

Les apprentissages tirés de ce projet de démonstration nous ont permis de mettre en lumière certaines conditions jugées essentielles pour favoriser l'implantation du réseau. Cette section présente celles qui nous apparaissent les plus significatives :

- Le partage d'une vision commune et mobilisatrice;
- La présence d'une structure de gouvernance forte qui soutient le projet;
- L'engagement médical et administratif;
- La création d'une conjoncture favorable au changement;
- La compréhension de la réalité de chacun;
- Le respect du rôle de chacun et la reconnaissance de sa contribution au réseau;
- L'obtention de gains rapides confirmant les bienfaits du travail en réseau;
- La constance des communications et le rappel de la vision;
- Le climat de confiance.

6.1 Le partage d'une vision commune et mobilisatrice

La compréhension commune du projet, de sa vision, de sa pertinence, des buts visés est le premier ingrédient à mettre en place pour assurer le succès de la démarche. La vision du projet doit demeurer constante et cohérente tout au long de la démarche. Elle doit être basée sur des valeurs partagées par tous, afin que chaque membre du réseau s'y reconnaisse et saisisse les bénéfices qu'il peut retirer individuellement et collectivement du travail en réseau.

Une vision mobilisatrice doit être centrée autour d'un projet clinique qui, dans le cas présent, peut s'articuler autour d'une trajectoire de soins et de services accessible, fluide et continue. Le fait de donner la parole aux personnes touchées par le cancer à propos de leur vision concernant le réseau et du continuum de soins permet d'aligner les objectifs de la démarche sur leurs besoins, ce qui donne un sens véritable aux actions mises de l'avant. Ainsi, les opinions divergentes peuvent être plus facilement ralliées et les revendications personnelles délaissées au profit du bien-être de la clientèle.

6.2 La présence d'une structure de gouvernance forte qui soutient le projet

La haute direction des établissements membres du réseau doit soutenir le projet et être prête à dégager les ressources nécessaires pour régler les enjeux soulevés par l'implantation du réseau. Par ailleurs, la mise en place d'un réseau spécifique à un continuum particulier peut soulever des enjeux plus globaux affectant un service ou un département entier, et il revient alors à la haute direction de prendre en charge ces problématiques.

Le centre de référence responsable du réseau a un rôle essentiel d'animateur et de consolidateur du réseau, particulièrement intense lors du démarrage de la démarche, mais continu dans le temps. Pour cette raison, l'équipe surspécialisée spécifique à un siège tumoral ou à une problématique particulière d'un centre de référence devrait avoir un chef médical et un cogestionnaire clinico-administratif affectés à l'équipe et au réseau. Le cogestionnaire clinico-administratif devrait être libéré pour être en mesure de consacrer une partie de sa tâche au maintien des liens avec les membres du réseau.

Dans chaque établissement membre du réseau, l'engagement des leaders désignés est aussi un incontournable. Ils doivent croire au projet et devenir les défenseurs de celui-ci. Ils doivent assumer un leadership auprès de leurs équipes en portant, en défendant et en expliquant la démarche avec ouverture, constance et transparence. Ces leaders, par leur ténacité, doivent être capables de mobiliser les équipes et de les soutenir dans la démarche. Ils doivent être à l'écoute des besoins et des priorités déterminés par les partenaires du réseau. Ils doivent également s'impliquer dans la vie du réseau, le maintien des liens ne pouvant et ne devant pas uniquement reposer sur les épaules du centre de référence.

Dans chaque établissement, les cogestionnaires ou les leaders devraient être en lien avec la structure de gouvernance de cancérologie de leur établissement. Lorsqu'ils sont présents sur le comité de gestion en cancérologie de leur établissement ou qu'ils ont l'écoute de leur comité de coordination, nous avons constaté que la résolution des problèmes rencontrés était mieux prise en charge et que l'implantation d'initiatives découlant de la démarche était mieux coordonnée. Ils doivent également être en mesure de communiquer à leur établissement l'avancement des travaux de consolidation du réseau de cancérologie par siège tumoral ou spécifique à une problématique particulière.

6.3 L'engagement médical et administratif

Un des éléments clés permettant la réussite d'un tel projet est l'engagement médical. La cogestion médico-administrative facilite l'amélioration continue de la qualité des trajectoires de soins et de services offerts aux usagers. Le leadership médical a une influence positive sur les pairs dans le processus d'amélioration continue.

Le travail en réseau est une chose, mais fonctionner en réseau en est une autre. S'engager dans un esprit de collaboration, de partage d'expertise et de savoir entre les centres de référence, les centres affiliés et les centres partenaires est un processus gagnant.

La cogestion médico-administrative est basée sur le respect et les 5 C :

- ✓ Communication : accessibilité des cogestionnaires
- ✓ Confiance et partage des responsabilités cliniques
- ✓ Complicité et leadership partagés
- ✓ Crédibilité clinique
- ✓ Collaboration interprofessionnelle

6.4 La création d'une conjoncture favorable au changement

Se donner un temps d'arrêt ou de réflexion pour analyser, évaluer et améliorer ensemble au même moment l'expérience patient dans la trajectoire de cancérologie pulmonaire est un point très important, car si on tentait d'effectuer ce travail chacun de son côté, à des moments différents, cela exigerait certainement plus d'efforts avec des résultats moindres. Ce processus de révision doit découler d'une volonté réelle et sincère de collaboration à tous les niveaux, de la gouvernance au personnel clinico-administratif, sans oublier le corps médical. Tous doivent se sentir concernés, du PDG jusqu'à la préposée aux rendez-vous. Une telle démarche commande une attitude de respect, d'ouverture et d'écoute de part et d'autre, qui a été vécue dans le cadre du projet.

6.5 La compréhension de la réalité de chacun

Chaque établissement a des réalités propres qu'il faut bien comprendre et exprimer. À cet effet, la visite des partenaires par le centre responsable en début de démarche a constitué une étape absolument essentielle à la réussite du projet d'implantation du Réseau de l'IUCPQ-UL et de l'Est du Québec et a été très riche en apprentissages. Non seulement a-t-elle permis au centre de référence de découvrir les réalités différentes et les difficultés rencontrées, mais également les bons coups des autres équipes permettant ainsi d'ajuster sa vision en conséquence. Elle a aussi permis de tisser des liens qui seront, nous l'espérons, basés sur une relation de confiance et durables dans le temps. Ainsi, il appert qu'aucune solution unique ne peut être adoptée par l'ensemble du réseau et que le centre de référence doit être à l'écoute et adapter son rôle aux besoins et aux attentes de chacun. En tout temps, il importe de garder le dialogue ouvert, transparent et constructif en soulignant les points forts collectifs et individuels sans porter de jugement et en cherchant collectivement des solutions aux difficultés rencontrées sans pointer

de coupable. Une communication positive et honnête où les personnes ne craignent pas d'émettre leur opinion doit être en tout temps favorisée.

6.6 Le respect du rôle de chacun et la reconnaissance de sa contribution au réseau

Chaque membre a un rôle à jouer dans le réseau. Qu'il soit centre de référence, affilié ou partenaire, chaque établissement représente un maillon du continuum, tout aussi important l'un que l'autre. Ainsi, les membres du réseau doivent être considérés comme des partenaires à parts égales, avec chacun un rôle distinct dans la trajectoire qui se doit d'être bien défini. La contribution de chacun doit être reconnue et en aucun cas minimisée. Il importe que chacun ait la conviction que le travail en réseau s'avère la meilleure forme de mise en commun des efforts.

Le réseau doit permettre de rehausser la qualité des soins et des services et amener chacune des équipes à pleinement s'accomplir, en respect de l'expertise en place. Le fonctionnement en réseau vise un leadership collaboratif et partagé, où le centre de référence doit adopter un rôle de médiateur, d'encadrement et de soutien en cas de difficulté, et délaissier la vision autocratique historiquement associée à un tel centre. Plusieurs auteurs mentionnent l'importance du comportement que doit avoir le chef de file. Il doit se préoccuper de la capacité à interagir positivement dans l'organisation du réseau. Le leader du réseau doit encourager et faciliter, par ses paroles et ses gestes, la collaboration à l'intérieur de son propre réseau [5, 6, 9].

Pour que le réseau demeure actif, efficace et engagé, les membres doivent continuer de croire que leur participation est précieuse et pertinente. Il faut que le centre de référence responsable demeure à l'écoute des préoccupations des membres du réseau, suscite leur rétroaction et les intègre dans la résolution des problèmes. De leur côté, les centres affiliés doivent intégrer leur désir d'autonomie dans la structure globale de fonctionnement du réseau afin que chaque usager atteint de cancer du poumon bénéficie du plus haut niveau de qualité de prise en charge et de traitement de sa condition.

Que chacun sache qui fait quoi à l'intérieur du réseau est en partie ce qui lui donne sa fluidité et sa rapidité d'action. Galbraith *et al.* expliquent que plus les gens savent qui est la bonne personne à contacter et à quelles fins, plus ils sont disposés à se soutenir les uns les autres et plus fortes seront les fondations pour construire une capacité latérale et briser les frontières dans et entre les organisations [15].

6.7 La réalisation de gains rapides confirmant les bienfaits du travail en réseau

L'implantation d'un réseau demande du temps et de l'énergie. Si les membres du réseau ne voient pas rapidement des résultats ou n'en tirent pas de bénéfice, ils peuvent se démobiliser et délaissier sa mise en place au profit d'autres tâches plus urgentes. Au contraire, s'ils constatent que le travail en réseau facilite leur gestion quotidienne du continuum en oncologie, ils seront motivés à s'investir davantage dans celui-ci.

Voici quelques exemples de gains qui peuvent être réalisés rapidement grâce à l'implantation d'un réseau et ainsi mobiliser les intervenants pour qu'ils s'investissent dans la démarche :

- développement d'une culture d'écoute et de réponse rapide aux établissements du réseau;

- identification de personnes-ressources à contacter lors de problèmes;
- partage de différents documents du centre de référence pour permettre aux autres établissements de les adapter selon leur réalité;
- diffusion des formations offertes par le centre de référence à tout le réseau;
- diffusion des modalités de fonctionnement et de participation au CDTC;
- révision de certaines trajectoires interrégionales problématiques.

6.8 La constance dans les communications et le rappel de la vision

Le réseau est fondé sur la reconnaissance de la complémentarité et de l'interdépendance de ses différents acteurs. Il prend sa force et devient efficace par le nombre de contacts qui se font à différents niveaux des organisations. Un seul groupe de travail, même le plus impliqué, ne peut y arriver seul. Le réseau repose sur l'engagement de membres intéressés, volontaires et pouvant jouer un rôle actif dans la réduction de l'incertitude et la recherche d'avenues nouvelles adaptées à la complexité dans laquelle ils naviguent [16].

La fréquence des communications sur l'avancement du projet a été la pierre angulaire pour assurer la poursuite des travaux et garder les équipes mobilisées dans l'évolution de celui-ci. Il demeure important de maintenir les suivis téléphoniques réguliers auprès des cogestionnaires clinico-administratifs et des leaders médicaux, de s'informer de l'avancement de certains dossiers et d'apporter au besoin le soutien nécessaire à l'atteinte des objectifs. Cette façon de faire permet également de créer un sentiment d'appartenance à un réseau et de travailler en collaboration avec différents établissements.

6.9 Le climat de confiance

Établir un climat de confiance est important. Ce climat de confiance, une fois installé, permet la création d'un respect mutuel, stimule l'engagement des membres et favorise l'émergence du réseau. Il se crée et se renforce à travers les occasions de communication. Plus celui-ci sera présent, plus on acceptera de partager de l'information et de travailler en réseau. Les auteurs Fortin et Rondeau mentionnent que « la confiance dans un fonctionnement en mode réseau se créera et se consolidera dans une collaboration soutenue autour d'un continuum de soins où divers partenaires sont engagés. La confiance est rarement présente lors de la mise en place du réseau. Elle émerge plutôt comme une conséquence d'une collaboration réussie [9]. »

CONCLUSION

Tout au long du projet d'implantation du Réseau de l'IUCPQ–UL et de l'Est du Québec, nous avons pu constater l'engagement important des partenaires dans le continuum de soins et de services. Cet engagement soutenu et partagé par plusieurs est certainement un moyen qui permet de traverser les nombreux bouleversements vécus dans le réseau de la santé. Les principaux constats issus du projet ont été présentés dans la première partie de ce document.

Le PQC s'est inspiré des apprentissages tirés de l'expérience du Réseau de l'IUCPQ–UL et de l'Est du Québec pour en faire un cadre de référence plus général pour l'implantation des autres réseaux de cancérologie pulmonaire et des réseaux spécifiques aux autres sièges tumoraux ou à une problématique spécifique. Celui-ci propose une démarche pour faciliter le transfert des connaissances. Nous espérons que ces travaux auront permis de :

- démontrer les avantages du mode de fonctionnement en réseau proposé;
- dégager les conditions de succès pour la mise en place d'un mode de fonctionnement en réseau;
- faire évoluer les responsabilités du centre de référence vers celles d'un centre responsable d'un réseau;
- reconnaître le rôle indispensable de chaque membre du réseau;
- guider les actions qui doivent être mises de l'avant pour faire vivre un réseau;
- partager les différents outils élaborés dans le cadre du projet.

« Seul on va plus vite, ensemble on va plus loin⁶ »

⁶ Proverbe africain

REFERENCES

1. Direction générale de cancérologie du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2013) *Plan directeur en cancérologie : Ensemble, en réseau, pour vaincre le cancer*. Québec, Québec.
2. Direction de la lutte contre le cancer du ministère de la Santé et des Services sociaux (2010). *L'évaluation et la désignation des établissements et des équipes 2005-2009 — Bilan*. Québec, Québec.
3. Direction générale de cancérologie du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2014) *Optimisation de l'offre de soins et services en cancérologie pulmonaire — Cadre de référence*. Québec, Québec.
4. Audry, M., et al. (2017) *S'organiser pour réussir les projets de transformation organisationnelle : Le bureau de projet : une mode ou un besoin réel?* Institut Santé et Société.
5. Colerette, P., R. Schneider et P. Legris. (2003) *La gestion du changement organisationnel — Quatrième partie — L'adaptation au changement*. Management Systems, **janvier-février** : p. 56-64.
6. Colerette, P., R. Schneider et P. Legris (2003) *La gestion du changement organisationnel — Cinquième partie — Communication et changement* Management Systems, **mai-juin** : p. 48-57.
7. HEC Montréal (2010) *Intervenir auprès des personnes toxicomanes : de la nécessité de travailler en réseaux*. Consulté en ligne : <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/jasp/archives/2010/RealJacob.pdf>.
8. Parent, C., M.-H. Jobi, et A. Rondeau (2015) *Quelques obstacles à la mise en place de trajectoires de services performantes dans le réseau*. Le Point en santé et service sociaux, octobre.
9. Fortin, A.-H. et A. Rondeau (2014) *La gestion en mode réseau : une grille d'analyse pour le monde de la santé*. Gestion, **39**(3) : p. 16-28.
10. Ferlie, E., et al. (2010) *Exworthy Networks in Health Care; A Comparative Study of Their Management, Impact and performance, Report of the National Institute for Health Research Service Delivery and Organization*. Programme, février.
11. Schweyer F.-X (2005) *Le travail en réseau : un consensus ambigu et un manque d'outils*. Sociologies Pratiques, **11** : p. 89-104.
12. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) (2011) *Indications de la tomographie par émission de positrons (TEP) : mise à jour sommaire. Rapport préparé par Michel Rossignol. ETMIS 2011; 7(7) : 1-45*.
13. Direction générale de cancérologie du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2016) *Cadre de référence : Les personnes touchées par le cancer : partenaires du réseau de cancérologie*. Québec, Québec.
14. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2017). *Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux 2015-2020*. Mise à jour 2017. Québec, Québec.
15. Galbraith, J., D. Downey, et A. Kates (2002) *How networks undergird the lateral capability of an organization-Where the work gets done*. Journal of Organisational Excellence, **21**(2).
16. Roy, D.A., E. Litvak, et F. Paccaud (2010) *Des réseaux responsables de leur population*. Les Éditions du Point.

ANNEXES

ANNEXE I — Coffre à outils

Outil 1 : Rôles et responsabilités du leader

Vision mobilisatrice

- Adhère à la vision du projet et la communique avec enthousiasme;
- Agit à titre de porteur du dossier dans l'établissement;
- Se fonde sur l'action pour être un leader efficace;
- Mobilise les différentes équipes;
- Ne perd pas de vue un des objectifs principaux : l'usager demeure au cœur des préoccupations;
- Fait preuve d'ouverture.

Gestion du projet/gestion de changement

- Assiste aux rencontres organisées dans le cadre du projet de démonstration et participe activement aux discussions et à la prise de décision;
- Diffuse les orientations, la démarche d'implantation et fait le suivi de l'application du changement à apporter;
- Présente le changement comme une réalité incontournable et souhaitable;
- Manifeste une volonté et un engagement constants permettant de concrétiser le changement;
- Sollicite et obtient l'adhésion des intervenants concernés par le changement dans son établissement;
- Anticipe et gère les préoccupations liées au changement.

Communication

- Communique l'information (avancement des travaux) auprès des membres de son équipe et dans les diverses installations de son établissement;
- Agit à titre de porte-parole de son équipe et, à cet effet, sonde leur avis sur les différentes questions abordées par le groupe de travail du projet;
- Communique avec la structure de gouvernance en oncologie de son établissement pour la diffusion de l'avancement des travaux.

Collaboration

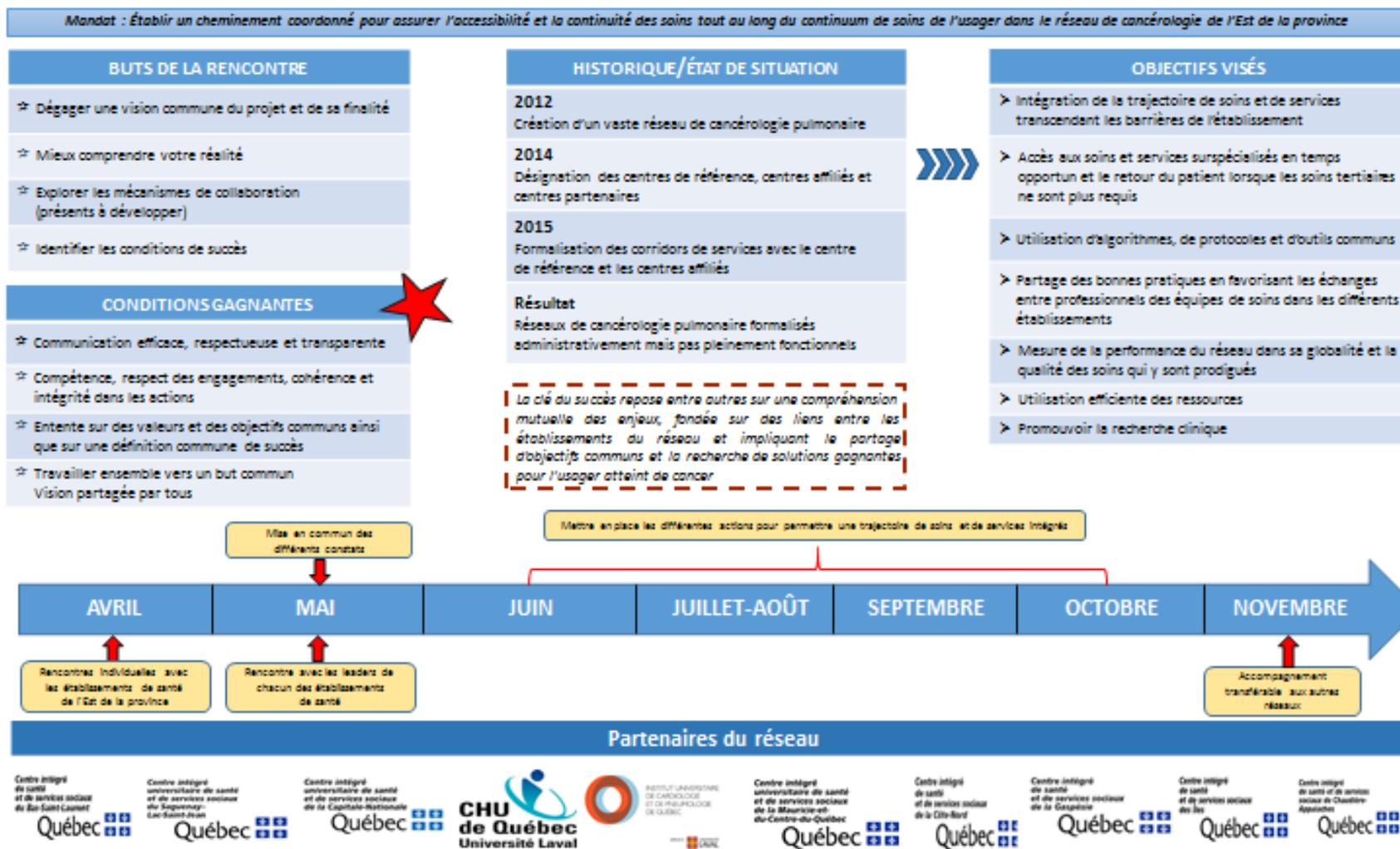
- Favorise la mise en place d'une culture de travail en réseau et de collaboration dans son établissement.

Orientation vers les résultats

- Fait connaître les difficultés rencontrées dans son établissement au groupe et adopte une approche axée sur la recherche de solutions;
- Considère les risques et les contraintes pouvant influencer sur la réalisation du projet;
- Prend connaissance des meilleures pratiques au sein du réseau afin de les transposer dans son établissement;
- Compose avec les situations imprévues ou complexes en gardant le cap sur les objectifs du projet.

Outil 2 : Napperon de présentation du projet

Consolidation du réseau de cancérologie pulmonaire de l'Est de la province



Outil 3 : Planificateur de visite

PLANIFICATION DES VISITES DES ÉTABLISSEMENTS MEMBRES DU RÉSEAU DE CANCÉROLOGIE PULMONAIRE

[Nom de l'établissement]

Le comité responsable des visites est composé des personnes suivantes :

- [À compléter]
- ...

Étapes préparatoires à la visite :

1. Déterminer la date de la visite

Possibilités (premier arrivé, premier servi) : *ex. : 27 février, 3 et 20 mars, 3-5-6-7-10-11-24 avril*

** Les dates contiguës seront accordées en priorité aux régions éloignées.

2. Déterminer quelles installations seront visitées

Cibler les installations qui ont un rôle important dans la trajectoire de cancérologie pulmonaire

** Les cogestionnaires médicaux et clinico-administratifs ou le médecin porteur du projet doivent accompagner le comité lors des visites des autres installations.

3. Déterminer l'horaire de la ou des journées

Prévoir une visite des installations (nous souhaitons suivre le parcours typique d'un patient atteint de cancer du poumon tout au long de sa trajectoire dans l'installation)

Prévoir une période de 90 minutes pour les discussions (le responsable de l'installation devra réserver une salle à cet effet)

4. Déterminer les personnes de l'établissement requises pour la période de discussions et s'assurer de leur disponibilité à la date convenue

- directeur du programme de cancérologie;
- cogestionnaire médical;
- cogestionnaire clinico-administratif;
- médecin désigné comme le porteur du projet dans l'établissement;
- autres membres de l'équipe interdisciplinaire de cancérologie pulmonaire (au besoin);
- représentants des installations qui ne seront pas visitées (au besoin);
- toute autre personne désignée par l'établissement.

** Une personne devra être désignée pour accueillir le comité et lui faire faire la visite des installations.

Les thèmes suivants seront abordés :

- forces et défis de l'établissement en lien avec l'organisation de la cancérologie pulmonaire;

- rôle perçu de l'établissement au sein du réseau de cancérologie pulmonaire;
- attentes par rapport au centre de référence;
- mécanismes de collaboration présents ou à mettre en place (CDTC, références, télémédecine, communautés de pratique, formation, algorithmes, etc.);
- répartition de l'offre de soins et de services : accessibilité en lien avec la capacité et les corridors de services, plan de contingence en cas de bris de services ou de découverte médicale;
- niveau d'intégration de la trajectoire entre les installations de l'établissement.

5. Prévoir un mécanisme pour la consultation de la clientèle

À définir avec le directeur du programme de votre établissement : présence d'une personne touchée par le cancer lors des discussions, rencontre d'organismes communautaires ou de regroupements de patients de la région ou autre.

Outil 4 : Exemple d'ordre du jour pour la visite

Déroulement de la visite au *[Nom de l'établissement]* dans le cadre de la trajectoire du cancer pulmonaire *[Nom de l'installation]*

9 h Accueil des visiteurs

9 h 15 Début de la visite des environnements de soins

- 9 h 20 : Pneumologie (triage)
- 9 h 40 : Endoscopie
- 10 h : Radiologie
- 10 h 20 : Médecine nucléaire
- 10 h 40 : Radio-oncologie
Médecine de jour
- 11 h 5 : Hémato-oncologie

11 h 30 Rencontre privée avec les personnes touchées par le cancer

12 h Dîner

13 h Plénière

- Retour avec le comité médical aviseur des équipes impliquées dans la trajectoire en cancérologie pulmonaire

15 h Clôture de la visite

Outil 5 : Exemple d'ordre du jour pour la plénière

DATE					ANIMATEURS	
HORAIRE	De :	13 h 30	À :	15 h		
ENDROIT						
PARTICIPANTS (EXEMPLES DE PERSONNES CONVOQUÉES)	Leader poumon Chef de l'oncologie médicale Chef de la radio-oncologie Chef de l'imagerie médicale Chef de service de la médecine nucléaire Représentant de la médecine interne, centre partenaire 1 Représentant de la médecine interne, centre partenaire 2				Chef de la chirurgie thoracique Cogestionnaire médical du programme de cancérologie Directeur responsable du programme de cancérologie Cogestionnaire clinico-administratif du programme de cancérologie Infirmière en oncologie et chargée de projet	

ORDRE DU JOUR

	<i>Temps consacré</i>	<i>Animateur</i>	I C D
1. Ouverture de la rencontre	5 min		I
2. Le rôle de votre établissement dans le réseau en lien avec le volet « cancérologie pulmonaire »	20 min		D
3. Vos forces et défis comme établissement de santé	20 min		D
4. Vos attentes par rapport au centre de référence en oncologie pulmonaire	15 min		D
5. Niveau d'intégration de la trajectoire entre installations	20 min		D
6. Mécanismes de collaboration (présents ou à mettre en place)	15 min		D
7. Prochaines étapes	5 min		I

Légende : I : Information; C : Consultation; D : Discussion

Référence de la demande

- Arrivée de la référence (une ou plusieurs portes d'entrée);
- Première visite de l'utilisateur : examen, consultation médicale?
- Voir les sites d'activité tels que le guichet d'investigation (si présent).

Investigation

- Méthodes utilisées pour la gestion des délais d'accès;
- Bronchoscopie/TEP : effectuée à quel endroit?
- Les délais pour obtenir les résultats du laboratoire de pathologie sont-ils acceptables?

Diagnostic

- Annonce du diagnostic : faite par qui?
- Moment de la prise en charge par l'infirmière pivot.

Traitement

- Connaître les sites des activités, par exemple :
 - référence avec le chirurgien;
 - oncologie ambulatoire (chimio-radiothérapie);
 - lors de l'hospitalisation (lits de soins de médecine oncologique, lits de soins palliatifs);
 - dans l'établissement, existe-t-il un endroit où des activités particulières sont offertes aux usagers en oncologie (massothérapie, renseignements généraux, etc.)?
- Est-ce que le rendez-vous en deux temps est appliqué?
- Comment est administrée la chimiothérapie (en lien avec la méthode de soins infirmiers)?
- Enseignement offert aux usagers (ex. : lors de chirurgies) : individualisée ou en groupe?
- Est-ce qu'il y a des tables de discussion avec l'équipe interdisciplinaire?
 - volet « soutien professionnel » : qui effectue la demande? l'utilisateur se déplace-t-il ou le professionnel vient-il vers l'utilisateur?
- Est-ce qu'il y a des critères de référence vers les professionnels (ex. : outils de détresse)?
- Comment fonctionne le CDTC ou comment se joint-il au CDTC du centre de référence?
- Lors de chirurgies, de quelle façon est attribué le nom du chirurgien?
- Est-ce que le service de télémédecine est utilisé?
- Est-ce que l'outil de détection de la détresse (ODD) est utilisé?

Fin de l'épisode de soins aigus

- Comment est effectué le retour de l'utilisateur vers la première ligne?
- Quels sont les outils utilisés facilitant le travail?
 - utilisation du passeport oncologique : remis à l'utilisateur? qui le remplit? utile? Si oui, quand?
- Est-ce le même pneumologue qui suit l'utilisateur?
- L'utilisateur atteint de cancer, qui consulte à l'urgence, doit-il voir l'urgentologue?
- Comment sont intégrés l'utilisateur et sa famille dans la prise de décision (traitements/soins)?
- Est-ce qu'il y a un programme de cessation tabagique?

- Indicateurs ministériels : qui effectue le suivi? L'information est-elle transmise aux équipes de soins?
- Organisation du DCI.

Soins palliatifs

- Comment se fait la prise en charge des patients en soins palliatifs? Dans quel milieu et par quel intervenant?
- Est-ce que les soins palliatifs sont offerts au bon moment dans la trajectoire de soins?

Outil 7 : Grille d'animation pour la plénière

Cette grille permet d'inscrire des éléments spécifiques à la réalité de chaque établissement afin de susciter les discussions ou de s'assurer d'aborder les points jugés plus sensibles. Des exemples sont présentés pour chaque rubrique.

Visite des établissements – Animation de rencontres

<p>Vision de l'établissement dans le réseau (défis/forces/rôles)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Référence des médecins vers les centres affiliés : est-ce que les mécanismes permettant la référence de la clientèle sont optimaux?</i> • <i>Communication avec la première ligne et les organismes communautaires</i> • <i>Vision du rôle d'un centre intégré de cancérologie</i> • <i>Depuis la fusion des établissements, est-ce que la formalisation des corridors de services est complétée? Avez-vous défini des critères d'orientation?</i> • <i>Haut taux de cancer du poumon dans certaines régions</i> • <i>Pour les régions éloignées, le réseautage interrégional et suprarégional est fort important. Comment se vit-il?</i> • <i>Le volet « maintien des compétences », est-ce un enjeu pour vous? Quelle aide aimeriez-vous que le centre de référence apporte?</i>
<p>Vision du centre de référence en cancer pulmonaire (attentes)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>De quel type de soutien avez-vous besoin (comment voyez-vous le rôle du centre de référence)?</i> • <i>Est-ce que les moyens actuels de communiquer avec le centre de référence répondent à votre besoin?</i> • <i>La possibilité de se joindre au CDTC du centre de référence</i> • <i>Le moyen de communication vers le centre d'origine (lors du retour de l'utilisateur) répond-il à votre besoin?</i> • <i>Quelles sont vos attentes lors du transfert de la clientèle post-chirurgie?</i> • <i>Volet « recherche » : diffusion des différents projets de recherche</i>
<p>Niveau d'intégration des trajectoires entre établissements</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Outre le fait que la trajectoire est bien définie sur papier, est-ce qu'elle est vécue dans le réseau de l'Est du Québec?</i> • <i>Comment sont intégrées dans la trajectoire les différentes installations de l'établissement?</i> • <i>Les cas complexes devraient-ils être référés au centre de référence?</i> • <i>Êtes-vous en mesure de mesurer le délai entre la prise de radiographie pulmonaire et la référence à un centre spécialisé?</i> • <i>Transfert lors du retour de la clientèle vers la première ligne : est-ce que l'information reçue permet une prise en charge adéquate de l'utilisateur?</i>

Mécanismes de collaboration présents et à mettre en place	<ul style="list-style-type: none">• <i>Accès au CDTC du centre de référence</i>• <i>Intérêt de créer une table d'échange en oncologie pulmonaire dans le réseau</i>• <i>Partage des pratiques exemplaires</i>• <i>Diffusion plus élargie des journées thématiques</i>
Période de questions, d'échanges et de discussion	

**MESURE DE L'EXPÉRIENCE PATIENT EN ONCOLOGIE PULMONAIRE
DANS LE RÉSEAU DE LA SANTÉ
ÉTABLISSEMENTS VISITÉS**

1. Le délai entre l'apparition de vos premiers symptômes et votre premier rendez-vous avec le spécialiste a été :

Très acceptable Plutôt acceptable Plutôt inacceptable

Quel a été ce délai? _____

S'il a été plutôt inacceptable, quelle a été la cause de ce délai de votre point de vue?

2. Vous a-t-on expliqué les différentes options de traitement pour que vous puissiez faire un choix éclairé?

Oui Non

3. Avez-vous reçu le soutien nécessaire tout au long de votre maladie (ex. : aide psychosociale)?

Oui Non

Si non, de quoi auriez-vous eu besoin qui n'était pas disponible?

4. Qui avez-vous contacté le plus souvent lorsque vous avez eu besoin de renseignements et de conseils en matière de santé pour vous-même (ex. : urgence, Info-Santé, centre hospitalier, infirmière pivot, clinique sans rendez-vous, bureau de médecin)?

5. Est-ce que le personnel contacté a su répondre à vos questions ou vous a référé à une ressource compétente?

Oui Non

6. Est-ce que la séquence des examens a été planifiée de façon optimale en tenant compte de vos besoins et de l'urgence de la situation (ex : éviter des déplacements, permis d'être accompagné par quelqu'un)?

Oui Non

Si non, précisez ce qui pourrait être amélioré : _____

7. Est-ce qu'il y a un aspect plutôt préoccupant que vous avez vécu et que vous aimeriez voir corriger prioritairement?

Oui Non

8. L'information que vous avez reçue sur l'endroit où vos traitements ont eu lieu était-elle adéquate et complète?

Oui Non

Si non, précisez ce qui pourrait être amélioré : _____

9. Si vous avez changé d'établissement pour poursuivre des examens ou des traitements, est-ce que vous avez eu l'impression que l'établissement était bien informé de votre état de santé (ex. : éviter de répéter les mêmes informations)?

Oui Non

Si non, précisez ce qui pourrait être amélioré : _____

10. À votre retour vers le centre hospitalier d'origine, avez-vous senti que les professionnels avaient reçu l'information nécessaire pour poursuivre le suivi?

Oui Non

Si non, expliquez : _____

11. Avez-vous eu l'impression d'être laissé à vous-même à un moment ou un autre de la trajectoire?

Oui Non

Si oui, expliquez :

12. Est-ce que les informations que vous avez reçues concernant la personne à contacter après votre sortie de l'hôpital, en cas de questions ou de problèmes reliés à votre état de santé, ont été utiles? Est-ce qu'elles ont répondu à vos interrogations?

Oui Non

Si non, précisez ce qui pourrait être amélioré : _____

13. Qu'est-ce qui est le plus important pour vous?

Recevoir des soins par une équipe qui a une grande expertise pour traiter les cas complexes de cancer du poumon

OU

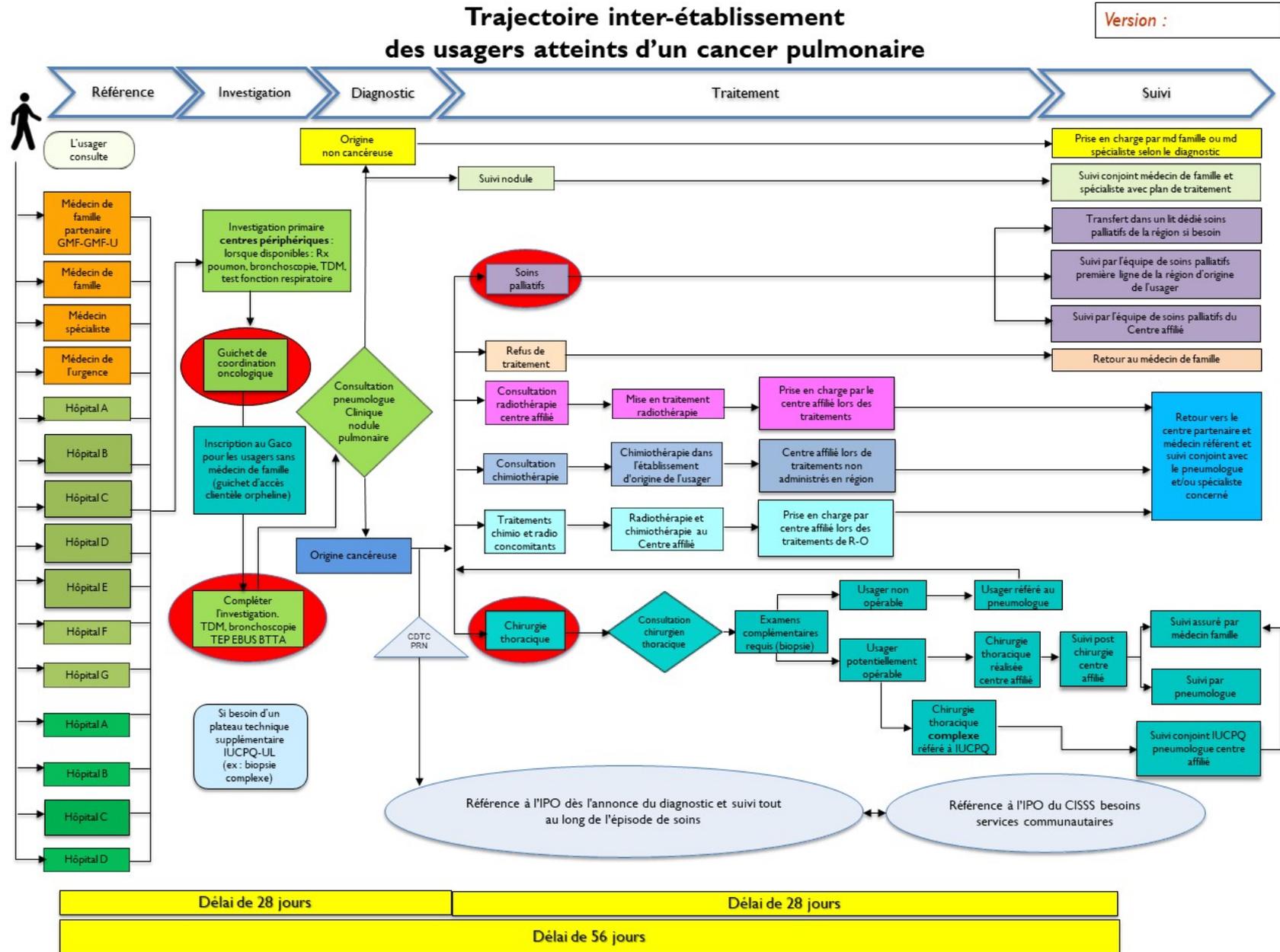
Recevoir des soins à proximité de chez vous

14. Vous a-t-on proposé de participer à un protocole de recherche clinique?

Oui Non

Questionnaire élaboré dans le cadre du projet d'implantation du Réseau de
cancérologie pulmonaire de l'IUCPQ-UL et de l'Est du Québec (avril 2017)

Outil 9 : Exemple de trajectoire



Outil 10 : Questionnaire d'évaluation de l'appréciation de la démarche

Question 1

Les activités proposées jusqu'à maintenant m'ont permis de bien comprendre les objectifs du projet et les attentes du MSSS en termes de fonctionnement en réseau.

- Tout à fait d'accord D'accord Neutre En désaccord
 Fortement en désaccord

Question 2

La visite de mon établissement est une étape essentielle au projet.

- Tout à fait d'accord D'accord Neutre En désaccord
 Fortement en désaccord

Question 3

Est-ce que vos préoccupations ont été bien entendues par l'équipe?

- Tout à fait d'accord D'accord Neutre En désaccord
 Fortement en désaccord

Question 4

Considérez-vous que le centre de référence a bien identifié vos problématiques?

- Tout à fait d'accord D'accord Neutre En désaccord
 Fortement en désaccord

Question 5

Avez-vous remarqué si des actions ont déjà été prises pour répondre à certains besoins de la région?

- Oui Non

Question 6

Le projet a permis à mon établissement de créer de nouveaux liens avec des intervenants des autres établissements membres du réseau.

- Tout à fait d'accord D'accord Neutre En désaccord
 Fortement en désaccord

Question 7

Les discussions à propos des divers sujets abordés étaient pertinentes.

– Rôle du centre de référence

- Tout à fait d'accord D'accord Neutre En désaccord
 Fortement en désaccord

– Rôles des centres affiliés et partenaires

- Tout à fait d'accord D'accord Neutre En désaccord
 Fortement en désaccord

– Attentes des centres affiliés et partenaires

- Tout à fait d'accord D'accord Neutre En désaccord
 Fortement en désaccord

– Enjeux des régions éloignées

- Tout à fait d'accord D'accord Neutre En désaccord
 Fortement en désaccord

- Mécanisme de collaboration à mettre en place
Tout à fait d'accord D'accord Neutre En désaccord
Fortement en désaccord
- Mécanisme de communication
Tout à fait d'accord D'accord Neutre En désaccord
Fortement en désaccord
- Service de chirurgie thoracique
Tout à fait d'accord D'accord Neutre En désaccord
Fortement en désaccord

Question 8

En lien avec la question 7, quels autres sujets auriez-vous aimé aborder?

Question 9

La consultation des personnes touchées par le cancer apporte une valeur ajoutée au projet.

- Tout à fait d'accord D'accord Neutre En désaccord
Fortement en désaccord

Question 10

Quels changements importants devraient être apportés au projet pour mieux réaliser l'objectif *Consolider et faire vivre le réseau de cancérologie pulmonaire*?

Question 11

Est-ce que les moyens de communication utilisés sont adéquats?

- Oui Non

Question 12

Est-ce que la fréquence des rencontres est adéquate?

- Oui Non

ANNEXE II – Cartographie des soins et services du Réseau de l'IUCPQ–UL et de l'Est du Québec

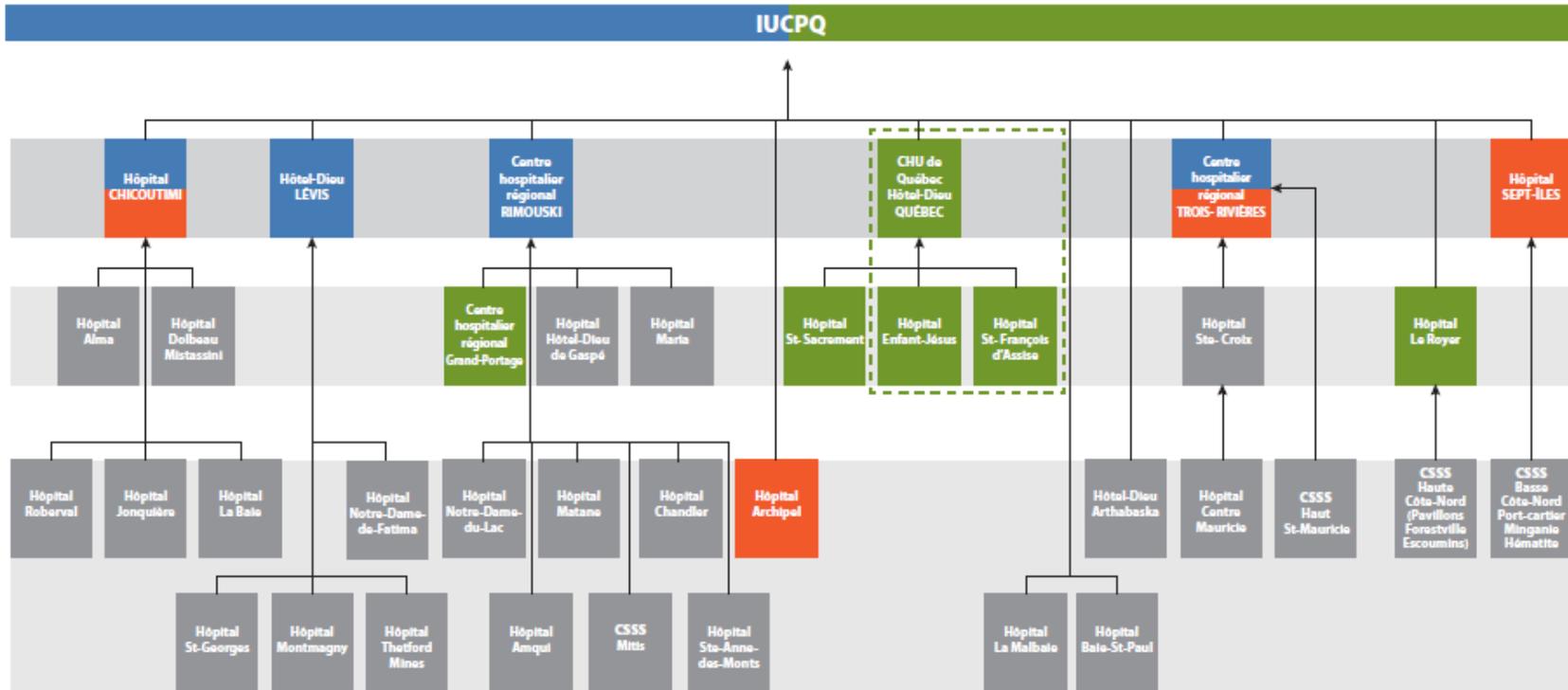
CDTC/GUICHET

Réseau de cancérologie pulmonaire • Est du Québec

POPULATION DESSERVIE : 2,3 M HABITANTS

NOMBRE D'ADMISSIONS CANCER DU POUMON : 2 751

NOMBRE CHIRURGIES : 912



SOURCES :
POPULATION : ISO 2015
NOMBRE CANCERS : MED 4340 2014-15
NOMBRE CHIRURGIES : SAMQ 2014-15

■ CDTC SPÉCIFIQUE AU POUMON
■ GUICHET
■ GUICHET PARTIEL

SI-MG-AJ-00000000-000-17

PORTRAIT 2016

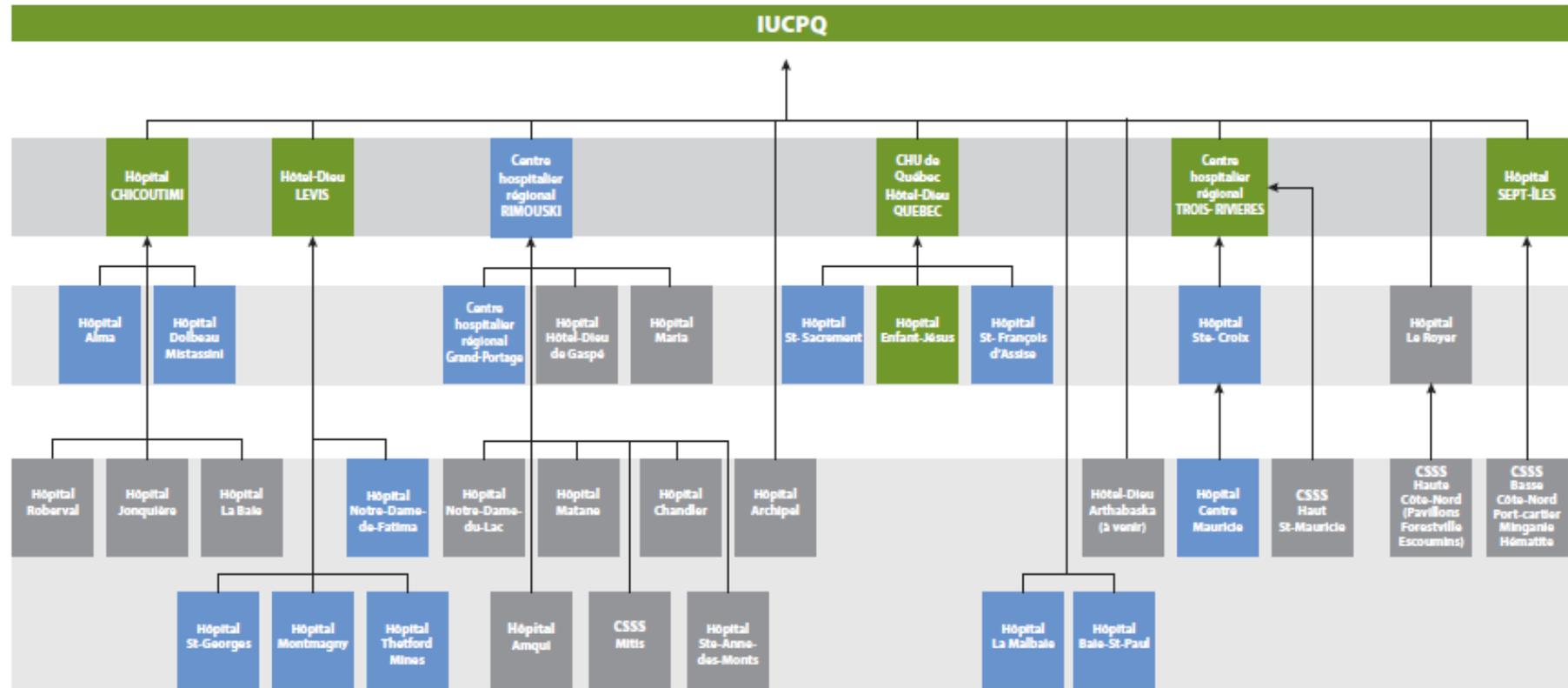
BRONCHOSCOPIE/EBUS

Réseau de cancérologie pulmonaire • Est du Québec

POPULATION DESSERVIE : 2,3 M HABITANTS

NOMBRE D'ADMISSIONS CANCER DU POUMON : 2 751

NOMBRE CHIRURGIES : 912



SOURCES:
POPULATION : IQ 2015
NOMBRE CANCERS : MED 410 2014-15
NOMBRE CHIRURGIES : RAMQ 2014-15

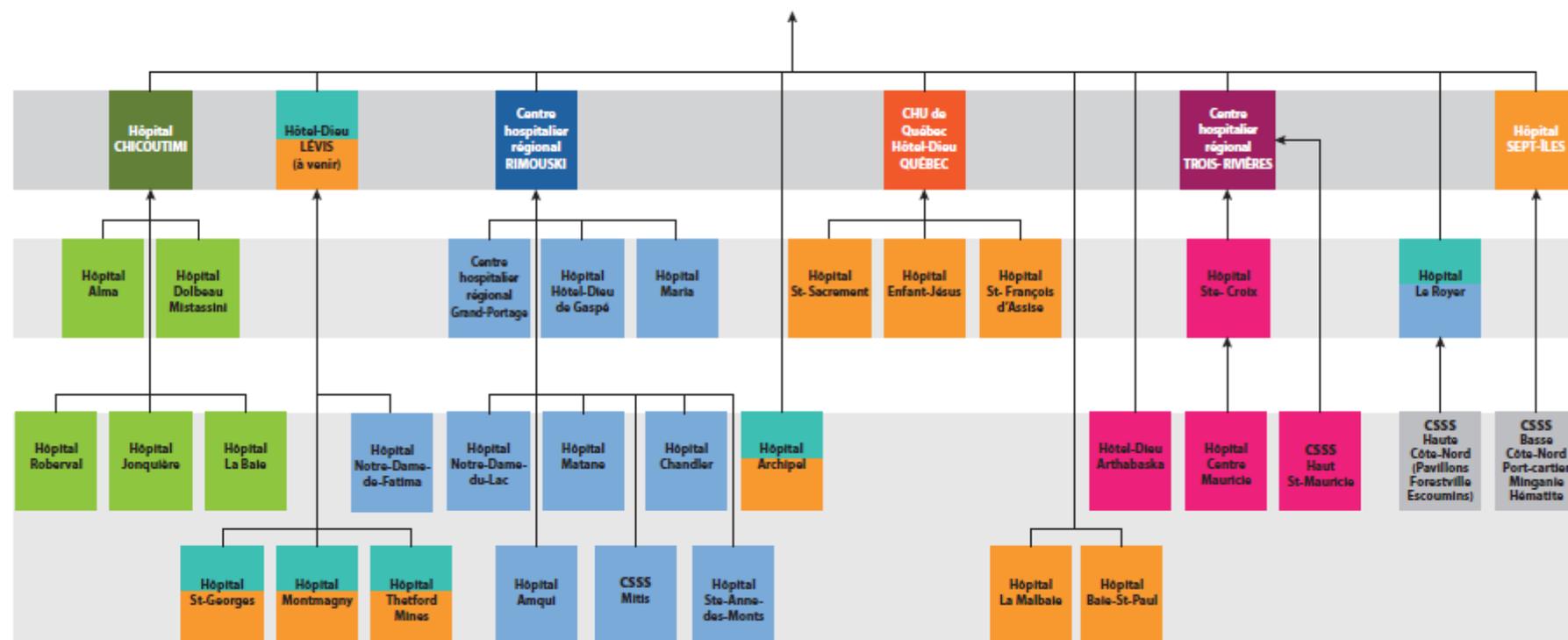
REVISED AND OVERHAUL 12/21/15 2017
PORTRAIT 2016

POPULATION DESSERVIE : 2,3 M HABITANTS

NOMBRE D'ADMISSIONS CANCER DU POUMON : 2 751

NOMBRE CHIRURGIES : 912

IUCPQ



SOURCES :
 POPULATION : ISO 2015
 NOMBRE CANCERS : IMQ-ICIQ 2014-15
 NOMBRE CHIRURGIES : IMAQ 2014-15

■ ■ ■ ■ ■ TEP
■ ■ ■ ■ ■ ÉTABLISSEMENT RÉFÉRENT AU CENTRE OÙ LE SERVICE EST DONNÉ

SIMULADONNEL LÉTOUR 2017
 PORTRAIT 2016

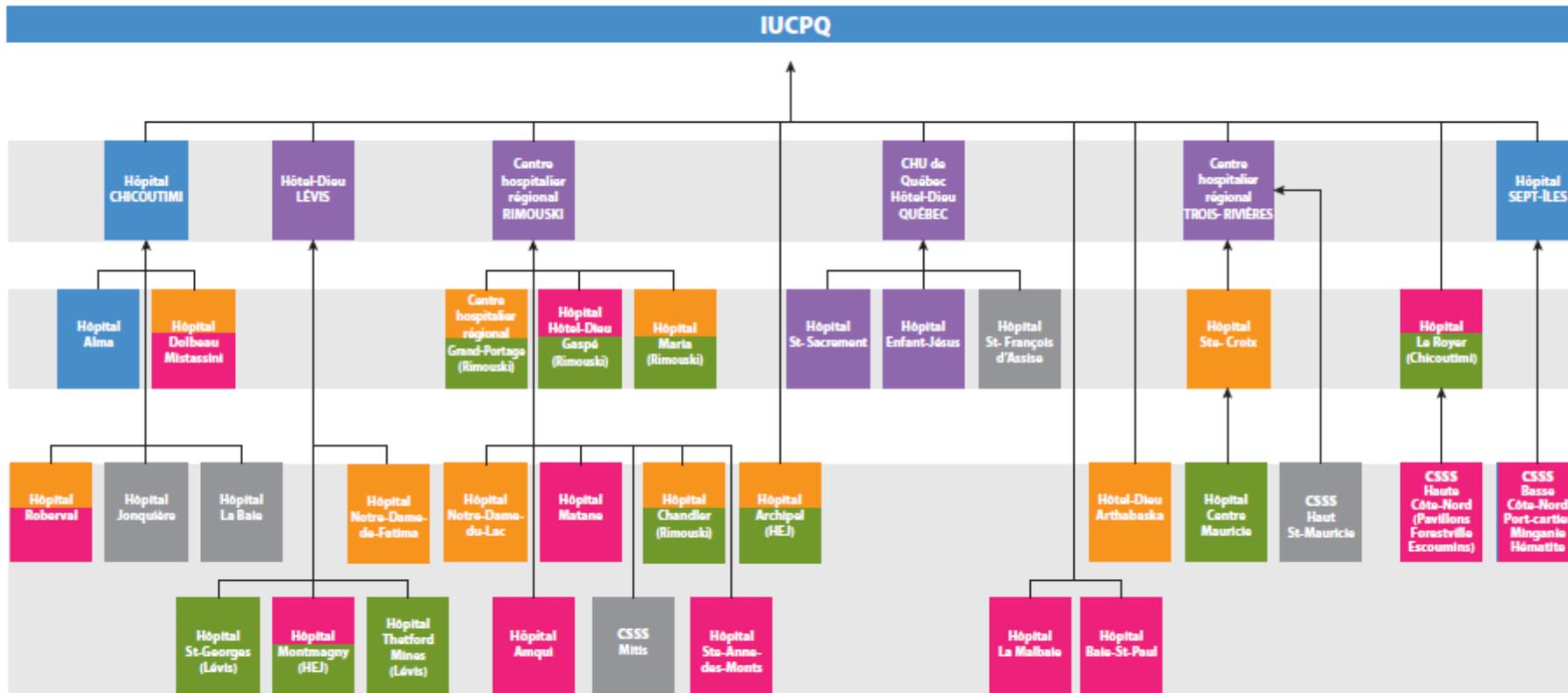
TRAITEMENTS SYSTÉMIQUES

Réseau de cancérologie pulmonaire • Est du Québec

POPULATION DESSERVIE : 2,3 M HABITANTS

NOMBRE D'ADMISSIONS CANCER DU POUMON : 2 751

NOMBRE CHIRURGIES : 912



SOURCES :
POPULATION : ISQ 2015
NOMBRE CANCERS : MED-GC-HQ 2014-15
NOMBRE CHIRURGIES : RAMQ 2014-15

Prescription/Surveillance des traitements systémiques par :

- PNEUMOLOGUE
- HÉMATO-ONCOLOGUE
- HÉMATO-ONCOLOGUE ITINÉRANT (CENTRE SERVEUR INDIQUE)
- OMNIPRATICIEN
- INTERNISTE

SIWG ALUMINUM LÉVELL 2017
PORTRAIT 2016

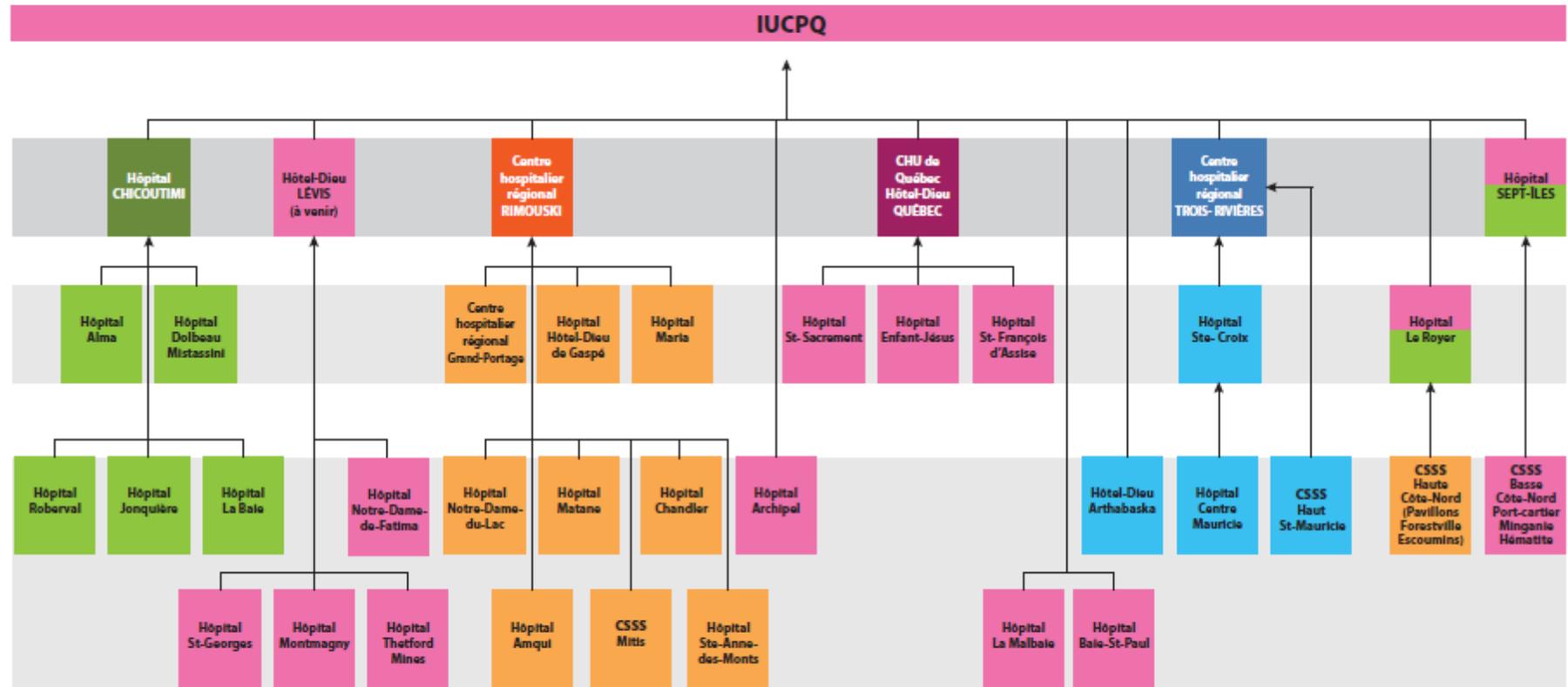
RADIO-ONCOLOGIE

Réseau de cancérologie pulmonaire • Est du Québec

POPULATION DESSERVIE : 2,3 M HABITANTS

NOMBRE D'ADMISSIONS CANCER DU POU MON : 2 751

NOMBRE CHIRURGIES : 912



SOURCES :
POPULATION : IQQ 2015
NOMBRE CANCERS : MED-ÉCHO 2014-15
NOMBRE CHIRURGIES : IAMQ 2014-15

■ RADIO-ONCOLOGIE
■ ÉTABLISSEMENT RÉFÉRENT AU CENTRE OÙ LE SERVICE EST DONNÉ
■
■

SERVICES ALIÉS IUCPQ UE 2015-17
 PORTRAIT 2016