



Mieux comprendre les réseaux en cancérologie pour les mettre en œuvre plus efficacement (Étude RCQ)

La distribution des ressources : un enjeu majeur de la gouvernance en réseau

Au sein du réseau de cancérologie, les membres (individus ou organisations) sont en situation d'interdépendance forte pour assurer une réponse effective aux besoins des personnes touchées par le cancer (PTC). Comparativement aux autres fonctions de gouvernance présentées dans notre cadre de référence, la distribution des ressources est celle qui soulève le plus de passion et de controverses. La qualité des soins et la sécurité des PTC dépendent de multiples facteurs entourant la distribution des ressources. Il peut s'agir de compétences, d'environnement de soins, de localisation géographique, de promptitude de l'accès aux investigations et aux traitements, de la présence de protocoles cliniques ou encore d'information clinique ou stratégique. Il est bien documenté que la distribution des ressources est liée à des variations de l'offre de services et en conséquence se traduit par des variantes de l'expérience de soins. La perception d'une asymétrie devient alors critique lorsque les dispensateurs de soins fournissent des soins oncologiques pour lesquels il y a peu ou pas de sources alternatives. Cette asymétrie perçue est associée à un déséquilibre dans l'allocation ou l'utilisation des ressources.

Les orientations du Plan directeur de cancérologie en matière de distribution des ressources : quelques notions fondamentales⁴

	La hiérarchisation : ce principe concerne les niveaux de soins et les structures de gouvernance.
	L'association de l'expertise clinique et de la compétence en gestion : une collaboration étroite entre les experts cliniques et les gestionnaires. Les cliniciens détiennent l'expérience et le savoir pour assurer aux patients des soins et services accessibles et de qualité. Les administrateurs planifient, gèrent et évaluent les soins et services dans un souci d'équité et d'optimisation des ressources limitées.
	L'intégration : les outils, tant cliniques qu'administratifs, les communications et le fonctionnement doivent témoigner de leur incorporation dans un ensemble. Les normes, les objectifs et les indicateurs de résultats sont partagés. Complémentarité entre professionnels, établissements et gouvernes.
	La performance et l'amélioration continue : Un réseau existe par les liens entre ses 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 efficace est hiérarchique et intégré.

« Alors [la hiérarchisation et l'intégration], ça aide à l'équité, puis c'était ça l'enjeu de négociation, de dire : Écoutez, là, on est inéquitable envers la région, on est inéquitable envers la population. Ce n'est pas vrai que tout le monde a accès aux mêmes services. » (Gestionnaire)

DES QUESTIONS

Des questions se posent quant à la manière de ré-équilibrer les ressources dans un contexte de rareté de toutes natures et de réformes axées sur la performance :

- Comment gérer et détecter les asymétries dans un réseau de cancérologie?
- Comment s'opèrent les choix et les actions ayant des composantes à l'interface de la clinique et de l'organisation?
- Quels sont les effets de la distribution des ressources sur l'offre de soins et de services aux personnes touchées par le cancer ?
- Comment un réseau de réseaux tel que celui de la cancérologie peut-il s'inscrire dans une logique de collaboration simultanément combinée à une logique de compétition dans un contexte de rareté des ressources?

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



« L'enjeu maintenant c'est de le revoir non pas dans une lunette de tertiaire, mais de le voir dans une lunette de continuum et de hiérarchiser les services aux bons endroits. C'est l'enjeu le plus difficile à mon avis parce que c'est de faire en sorte que certaines personnes qui conservaient leur expertise en tertiaire vont être dans l'obligation d'avoir un rôle de support vis-à-vis le primaire. Ça, c'est un changement individuel de pratique (...). » (Cadre supérieur)

UN ATELIER PARTICIPATIF

Dans le cadre de nos activités de transfert intégré de connaissances, notre équipe a organisé un atelier lors du Congrès de la Direction générale de cancérologie du MSSS le 24 novembre 2017. La centaine de participants à cet atelier était composée essentiellement de cliniciens, de gestionnaires, de décideurs politiques, d'intervenants d'organismes communautaires et de personnes touchées par le cancer. En premier lieu, les orientations découlant du plan directeur de cancérologie, notamment la mise en place d'une organisation hiérarchisée et intégrée ainsi qu'un accès équitable et optimal de services, ont été présentées aux participants. Par la suite, ils ont été invités à se prononcer sur les écarts entre celles-ci et la réalité sur le terrain. La presque totalité de l'auditoire était d'avis que la distribution des ressources soulève encore plusieurs débats et nécessite qu'on lui apporte une attention particulière.

DEUX AVENUES PROMETTEUSES

Selon DeMartino et al., la première fait référence à assurer l'équité en matière de distribution des ressources en ayant recours à des protocoles, des guides de pratique et des standards de soins fondés sur les données de recherche¹. De manière complémentaire à cette approche normative, d'autres chercheurs suggèrent de conjuguer ces stratégies à une prise de décision centrée sur les personnes et leur parcours clinique². La deuxième avenue constitue une hypothèse de travail pour notre équipe. En s'inspirant de l'approche « Appreciative Inquiry »³, nous suggérons de focaliser sur l'identification des grands principes entourant la distribution des ressources. Cette approche permettrait d'orienter les décisions en surmontant l'incompatibilité des objectifs, correctement identifiée, mais peu abordée par les membres du réseau. Ainsi, il serait possible de partager les meilleures pratiques et les histoires de succès alignées sur les valeurs promues dans le Plan directeur de cancérologie⁴ et de concevoir comment distribuer les ressources selon les pratiques ayant un fort potentiel de répondre aux besoins des PTC selon leurs valeurs et préférences.

RÉDIGÉ PAR : Dominique Tremblay

Cette note de recherche a été initialement publiée le sur le site web cancerinnovation.ca le 9 mai 2018.

Références :

1. DeMartino J.K. et Larsen J.K. (2012). Equity in Cancer Care: Pathways, Protocols, and Guidelines. Journal of the National Comprehensive Cancer Network, 10:S-1-S-9.
2. Abrahams E., Balch A., Goldsmith P. et autres (2017). Clinical Pathways: Recommendations for Putting Patients at the Center of Value-Based Care. Clinical Cancer Research, 23:4545-4549.
3. Cooperrider, D. L. (1986). Appreciative Inquiry: Toward a Methodology for Understanding and Enhancing Organizational Innovation. Unpublished doctoral dissertation. Department of Organizational Behavior, Case Western Reserve University, Cleveland, Ohio
4. Ministère de la Santé et Services sociaux (2013). Ensemble, en réseau, pour vaincre le cancer. Plan d'action en cancérologie 2013-2015. Ministère de la Santé et Services sociaux, Gouvernement du Québec: Québec.