



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

Le Réseau de cancérologie du Québec (RCQ) s’inscrit dans le courant dominant de la transformation des services de santé vers la mise en place de réseaux intégrés mandatés par une instance centrale gouvernementale. Ces réseaux se veulent des solutions au fonctionnement en silo nuisant à l’expérience des personnes touchées par le cancer (PTC). Le but de l’étude était d’analyser l’implantation du RCQ en considérant la gouvernance et l’intégration des services comme les concepts centraux de l’analyse¹.

FONCTIONS DE GOUVERNANCE : FAITS SAILLANTS

• Forte adhésion aux valeurs véhiculées dans le RCQ

« Je pense qu’il faut l’amener en qualité de soins (...) le patient est notre raison d’être et notre raison, finalement, de travailler (...) »

• Vision centrée sur les besoins des patients accentuée par la participation et l’engagement des PTC

« C’est qu’il faut avoir une vision, puis il faut prendre le temps de discuter de notre vision (...) on se ramène à la valeur ajoutée de l’expérience patient (...) »

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

• Instance centrale forte au palier politique mais un leadership local et une approche collaborative grandement souhaités

« (...) dans la façon de faire, dans la gouvernance, il faut qu’ils nous laissent un espace parce que nous on doit aller le négocier avec nos parties prenantes par la suite »

• Controverses relatives à la distribution des ressources

La mise en œuvre de la hiérarchisation des services est un exercice d’apprentissage exigeant.

« Le fait de devoir repenser les offres de service, repenser qui est la meilleure personne et à la meilleure place pour le bien du patient, de notre population (...) c’est la principale je dirais zone de réflexion, d’inconfort dans certains cas, d’apprentissage »

« (...) On part d’un plan directeur qui est très large, mais on demande de la reddition sur une portion très restreinte essentiellement dirigée dans le diagnostic/traitement. Alors, je trouve qu’il y a un paradoxe »

• Stabilité dans un environnement volatil

Favorisée par le leadership résilient des acteurs ayant des fonctions clinico-administratives et la mise en place des différents comités. Des stratégies porteuses de développement d’une proximité cognitive des acteurs grâce à des mécanismes telles la confiance, la communication et la coordination.

« Cette table-là est extrêmement importante parce que, malgré qu’il y ait une instance, un pouvoir (...) ces structures-là donnent une parole à tous ces gens-là et permettent finalement que tout le monde puisse adhérer au projet et se sentir inclus »

EN BREF

Résultats visés

- Mieux saisir la mise en œuvre des fonctions de gouvernance dans le contexte de l’implantation du Plan directeur de cancérologie
- Faire la lumière sur plusieurs enjeux
- Mettre en évidence les résultats en matière d’intégration des services de santé

Multiples sources de données

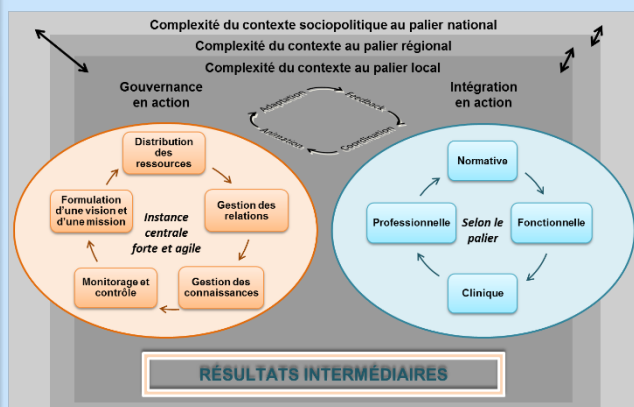
- 10 groupes focalisés (109 participants)
- 54 entrevues individuelles
- 345 documents
- 83 questionnaires

Activités de transfert de connaissances

- Présentations aux réseaux participants
- Participation à plusieurs comités nationaux et locaux
- Symposium tenu le 6 juin 2018 : plus de 40 personnes provenant de 7 régions du Québec
- Création du site web cancerinnovation.ca
- Diffusion de notes de recherche et de capsules vidéo

Gouvernance²

Se définit comme la coordination de l'action collective par une instance en position d'autorité en vue d'un but commun. S'exerce par diverses fonctions, notamment, l'élaboration d'une mission, la distribution des ressources, la gestion des connaissances, la gestion des relations et le monitoring et le contrôle.



Une capsule vidéo d'introduction à l'étude est [disponible en ligne](#)

SOMMAIRE DES RÉSULTATS

Globalement, notre étude montre que l'intégration en réseau est perçue plus positivement dans les dimensions normative et fonctionnelle comparativement aux dimensions cliniques et professionnelles.

Les fonctions de gouvernance sont significativement associées à l'intégration normative et fonctionnelle. Cependant, ce résultat ne remet nullement en question l'importance des fonctions de gouvernance en tant que leviers pour la transformation des pratiques³. Il est donc davantage question d'évoluer vers une gouvernance collaborative⁴, basée sur l'engagement des différentes parties prenantes, le développement de leur intérêt à participer à l'amélioration des soins et services pour les PTC et le développement des capacités d'action communes.

Dans cette même perspective, soutenir le partenariat et la participation des PTC à des comités formels qui leur créent des espaces dédiés s'inscrit dès lors comme une action incontournable.

Ainsi, les résultats suggèrent qu'on tienne davantage compte de l'intégration clinique et professionnelle des services, incluant le rôle des PTC dans la gouvernance.

QUELQUES RETOMBÉES DE L'ÉTUDE RCQ

- Des pratiques prometteuses validées auprès des acteurs concernés telles que l'institutionnalisation du rôle des PTC dans le développement des réseaux en oncologie et leur gouvernance.
- Des données et des connaissances pour guider la prise de décision à tous les paliers de gouvernance et surmonter plus efficacement les défis (bien documentés dans les études).
- Contribution au corps de connaissances théoriques et empiriques sur la mise en œuvre des formes d'organisation en réseau et des interventions novatrices situées à l'interface de la clinique et de l'organisation des services offerts aux PTC.

PISTES DE RÉFLEXION

Notre étude a mis en évidence un écart entre les fonctions de gouvernance en action et les pratiques d'intégration mobilisées sur le terrain. Soulignons que tous les milieux à l'étude ont fait des efforts pour activer les fonctions de gouvernance et que les résultats varient selon le contexte.

Des controverses autour de certaines fonctions de gouvernance ont également été soulevées, notamment en ce qui concerne la distribution des ressources et la fonction de contrôle exercée par l'instance centrale. Tel que constaté dans les études antérieures^{5, 6}, des avenues existeraient dans l'évolution vers une gouvernance collaborative où les aspects clinique et professionnel sont davantage mobilisés.

Considérant que la résolution des controverses entourant les nouvelles manières de faire est un facteur critique de la transformation des services spécialisés, des stratégies sont à prévoir pour les gérer activement, particulièrement dans les dimensions clinique et professionnelle.

Il importe de souligner que dans la mouvance vers des pratiques de gouvernance collaborative en réseau, les leaders identifiés et légitimes seront néanmoins appelés à jouer un rôle de premier plan pour mobiliser les cliniciens vers un leadership collectif⁷.

Leur rôle pour aborder constructivement le déploiement futur du RCQ sera de :

- **Mobiliser** les équipes locales et les différentes parties prenantes concernées
- **Favoriser** le développement des capacités d'action communes
- **S'engager** explicitement à améliorer les soins et services pour les PTC notamment en les impliquant
- **Utiliser** les données probantes

Ainsi nos résultats soulèvent 3 questions pertinentes :

- De quelle dynamique collaborative a-t-on besoin pour assurer une gouvernance de réseau ?
- Quelle est la différence entre la gouvernance des réseaux et la gouvernance en réseau notamment au regard de la place d'une instance centrale forte et agile ?
- Quels sont les effets des controverses non résolues sur les retombées d'un fonctionnement en réseau ?

UNE SUITE À L'ÉTUDE RCQ : L'ÉTUDE RCQ-2



Découlant directement des résultats et constats de l'Étude RCQ partagés avec les intervenants du réseau le 6 juin 2018 lors du Symposium RCQ ([disponible en ligne](#)), nous allons poursuivre nos travaux grâce au soutien financier du FRQS dans le cadre du programme Oncopole EMC2. Cette étude est intitulée « *Gouvernance collaborative du Réseau de cancérologie du Québec: une évaluation réaliste des mécanismes d'institutionnalisation, de la gouvernance multi-paliers et de la création de valeur par le biais d'une étude de cas multiples longitudinale* ». L'étude poursuit les trois objectifs principaux suivants:

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

Restez à l'affût de l'avancement de l'étude ! Nos travaux nous permettront d'analyser comment, pourquoi, par qui, pour qui et dans quelles conditions la gouvernance collaborative joue en faveur de l'expérience de soins des PTC, des aspects cliniques et du système de santé. Une capsule vidéo réalisée par Oncopole est [disponible ICI](#).

**« Une réponse, c'est forcément le chemin qu'on a parcouru.
Seules les questions peuvent montrer le chemin qui reste à faire⁸ »**

RÉFÉRENCES

1. Tremblay D, Touati N, Roberge D, Breton M, Roch G, Denis JL et al. Understanding cancer networks better to implement them more effectively: a mixed methods multi-case study. *Implementation Science*, 2016; 11 (1): 39.
2. Hatchuel A. Prospective et gouvernance: quelle théorie de l'action collective? In: Heurgon E, Landrieu J, editors. *Prospective pour une gouvernance démocratique*. Colloque de Cerisy. La Tour d'Aigues: Éditions de l'Aube, 2000; p. 29-42.
3. Denis J. L., Usher S. Governance must dive into organizations to make a real difference: comment on "Governance, government, and the search for new provider models". *International journal of health policy and management*, 2017; 6(1), 49.
4. Emerson K., Nabatchi T., Balogh S. An integrative framework for collaborative governance. *Journal of public administration research and theory*, 2012; 22(1), 1-29.
5. Tremblay D. La fonction d'infirmière pivot en oncologie, ou l'art de jongler avec l'intégration des soins. *Infolettre GETHOS*, 2008; 5 (3): 2-8.
6. Touati N, Roberge D, Denis J-L, Cazale L, Pineault R, Tremblay D. Clinical leaders at the forefront of change in health-care systems: advantages and issues. *Lessons learned from the evaluation of the implementation of an integrated oncological services network*. *Health Services Management Research*. 2006; 19 (2): 105-22.
7. Tremblay D, Latreille J, Bilodeau K, Samson A, Roy L, L'Italien M-F, et al. Improving the transition from oncology to primary care teams: A case for shared leadership. *Journal of Oncological Practice*, 2016; 12 (11) : 1012-1019.
8. Gaarder J. *Le petit frère tombé du ciel*. Édition Seuil Jeunesse, 1997. 187 p.

Rédigé par : Dominique Tremblay, Johanne Cournoyer, Lise Lévesque et Marie-Claude Perron

Publié le : 9 janvier 2019

© 2019 Dominique Tremblay – dominique.tremblay2@usherbrooke.ca