

G

HF  
1008.5  
uS  
C97  
2011

LES LIENS INTERÉTABLISSEMENTS : UNE MESURE DE LA VITALITÉ DU  
RÉSEAU EN ONCOLOGIE ET EN SOINS PALLIATIFS DE L'ESTRIE

Par

STÉPHAN CYR, 1984-

Mémoire présenté au programme de Maîtrise en administration

En vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences

FACULTÉ D'ADMINISTRATION

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Le 22 septembre 2011

VII - 815

## RÉSUMÉ

L'incidence du cancer au Québec est devenue problématique au cours de la dernière décennie. En plus de voir une hausse du nombre de personnes atteintes par cette maladie, les organisations de la santé doivent s'adapter aux besoins des patients et de leurs proches, qui ont évolué au cours des dernières années. Le Gouvernement du Québec, par l'entremise du Ministère de la Santé et des Services sociaux, a mis en place différentes mesures pour assurer de meilleurs services à la population. La mise en réseau des organisations est au cœur de cette réforme dans le secteur de la santé. C'est dans ce contexte qu'il apparaît opportun de déterminer si ces changements ont eu un impact sur les liens interétablissements en oncologie et en soins palliatifs.

Cette étude a pour principal but de décrire l'accroissement des liens interétablissements au sein du réseau estrien de santé en oncologie et en soins palliatifs, suite aux différentes initiatives nationales, régionales et locales en organisation du travail. Un état de la situation initiale a été dressé pour mesurer les liens présents en 2006. Par la suite, une description détaillée des liens présents en 2010 nous a permis de retracer l'évolution de ceux-ci. Nous avons utilisé une stratégie de recherche qualitative, combinant plusieurs sources de données (entrevues semi-dirigées, observations participantes, données secondaires et documentation institutionnelle) afin d'assurer une validité élevée de nos résultats.

Notre étude a permis de mesurer l'accroissement de l'activité entre les établissements du réseau estrien en oncologie et en soins palliatifs. À l'aide du modèle de Provan et Milward (2001), nous avons pu dresser le portrait des liens interétablissements en 2006 et en 2010, pour ensuite les comparer. L'analyse de ces liens s'est effectuée selon deux catégories : les modalités de coordination et les relations entre les individus. Le réseau ciblé entretenait huit types de liens en 2006 et est passé, en 2010, à 35. L'instauration de comités interétablissements serait l'un des éléments les plus déterminants lors du développement d'un réseau. Elle permet la création de plusieurs lieux de rencontres communs, rendant alors possible le partage d'information. Par ailleurs, la stabilisation des équipes internes aux organisations favorise grandement la création d'un sentiment de confiance interétablissements, facilitant le développement de relations entre les personnes.

## REMERCIEMENTS

Je transmets un merci tout spécial à monsieur Mario Roy et à madame Madeleine Audet, mes directeurs de recherche, qui ont toujours su bien me guider à travers la réalisation de mon mémoire. Ils m'ont fourni un encadrement bien dosé entre la direction et l'accompagnement. Grâce à votre humanisme, je ne me suis pas senti comme un simple étudiant. Merci également à madame Julie Béliveau d'avoir pris le temps de lire et d'évaluer ce document à titre de membre du jury.

Au cours de la réalisation de ce mémoire de maîtrise, je me suis parfois senti embrouillé et épuisé, sachant où je voulais me rendre, mais ayant le plus grand mal à y arriver. Merci à monoureuse, Caroline, sans qui ce mémoire ne serait jamais né. Elle a toujours été présente à mes côtés dans les moments plus difficiles. Merci aux membres de la CÉOT pour leur soutien, plus particulièrement à Lucie Fortier pour son aide dans mon développement professionnel et personnel. Merci à mes anciennes collègues Pier B. Lortie et Annie Gosselin d'avoir répondu à mes questionnements et de m'avoir permis de « décanter ».

Finalement, merci aux personnels du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke et du Centre de santé et de services sociaux du Granit. Tous les individus approchés dans le cadre de cette étude ont accepté d'y participer avec un sérieux désir d'apporter leur contribution.

## TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ .....	ii
REMERCIEMENTS .....	iii
TABLE DES MATIÈRES .....	iv
TABLE DES FIGURES.....	vii
TABLE DES TABLEAUX.....	viii
LISTE DES ACRONYMES .....	ix
INTRODUCTION .....	11
CHAPITRE I : CONTEXTE GÉNÉRAL DE L'ÉTUDE ET PROBLÉMATIQUE .....	15
A. Situation en oncologie et en soins palliatifs.....	18
1. L'importance du cancer .....	18
2. Évolution des besoins des patients.....	20
3. Indisponibilité de traitements.....	20
4. Pénurie de main-d'œuvre dans le secteur de la santé.....	22
B. Initiatives du MSSS pour corriger la situation.....	24
1. Les infirmières pivots en oncologie.....	25
2. Les équipes interdisciplinaires .....	26
3. Le Projet de loi 90.....	28
4. Le Projet de loi 25.....	28
5. L'approche populationnelle .....	30
6. Les projets cliniques .....	31
7. Le Projet de loi 83.....	32
C. Description des liens entre les établissements .....	32
D. Le cas de l'Estrie.....	33
1. Description du réseau de services intégrés de l'Estrie.....	34
2. Description du réseau spécifique à l'étude .....	36
E. Initiatives régionales et locales pour améliorer la situation.....	40
1. Instauration de divers comités régionaux .....	41
2. Le Projet de transformation de l'organisation du travail (Projet TOT) .....	43
F. Synthèse de la problématique .....	44

CHAPITRE II : CADRE THÉORIQUE DE L'ÉTUDE.....	45
A. Le concept de réseau .....	46
1. Qu'est-ce qu'un réseau?.....	46
2. Les caractéristiques des entreprises réseaux .....	51
B. Les réseaux dans le milieu de la santé .....	53
1. Qu'est-ce qu'un réseau de services intégrés? .....	53
2. Pourquoi un réseau de services intégrés?.....	61
3. Les relations interorganisationnelles.....	62
C. L'efficacité des réseaux de services intégrés .....	66
1. Qu'est-ce qu'un réseau de services intégrés performant?.....	67
D. L'évaluation des réseaux de services intégrés .....	71
1. Provan et Milward (2001).....	71
2. Lemieux-Charles <i>et al.</i> (2005) .....	78
3. Popp <i>et al.</i> (2005).....	82
E. Le modèle choisi pour cette étude .....	85
F. Synthèse du contexte théorique.....	86
G. Question de recherche .....	87
 CHAPITRE III : CADRE MÉTHODOLOGIQUE.....	 88
A. Considérations ontologiques et épistémologiques .....	89
1. Paradigme de recherche .....	89
2. Recherche appliquée en milieu réel .....	90
B. Considérations méthodologiques .....	90
1. Stratégie de recherche .....	90
2. Mode d'investigation : étude descriptive .....	91
3. Analyse des données .....	105
C. Considérations sur la validité de la recherche.....	107
1. L'objectivité et la confirmabilité .....	109
2. La fiabilité, le sérieux et l'auditabilité .....	110
3. La validité interne, la crédibilité et l'authenticité .....	111
4. La validité externe, la transférabilité et l'intégration.....	112
5. L'utilisation, l'application et la prescription.....	112
D. Quelques considérations éthiques .....	113
 CHAPITRE IV : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS .....	 115
A. Présentation des liens interétablissements .....	116
1. Modalités de coordination.....	117
2. Relations entre personnes .....	133
B. Analyse de la multiplicité des liens interétablissements.....	138
1. La multiplicité en 2006 .....	138
2. La multiplicité en 2010 .....	143
C. Synthèse des résultats .....	149

CHAPITRE V : DISCUSSION.....	153
A. Contributions théoriques et pratiques de la recherche .....	153
B. Limites de la recherche .....	156
C. Recherches futures .....	158
CONCLUSION .....	161
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	163
ANNEXE I: DESCRIPTION DES QUATRE FONCTIONS CLÉS DE L'IPO .....	178
ANNEXE II: DIFFÉRENCIATION ENTRE L'APPROCHE TRADITIONNELLE ET L'APPROCHE POPULATIONNELLE .....	182
ANNEXE III : CANEVAS D'ENTREVUE .....	184
ANNEXE IV: GRILLE D'OBSERVATION .....	189
ANNEXE V: GRILLE D'ANALYSE POUR LES DONNÉES SECONDAIRES .....	192
ANNEXE VI: GRILLE D'ANALYSE POUR LA DOCUMENTATION .....	194
ANNEXE VII: CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE.....	196
ANNEXE VIII: FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.....	199

## TABLE DES FIGURES

Figure 1: Composantes d'un réseau local de services .....	34
Figure 2: Carte géographique de l'Estrie.....	35
Figure 3: Représentation géographique du partenariat .....	36
Figure 4: Historique du CSSS-IUGS .....	39
Figure 5: Le choix stratégique de réseautage.....	52
Figure 6: Exemple d'intégration horizontale.....	57
Figure 7: Exemple d'intégration verticale .....	58
Figure 8: Continuum des relations interorganisationnelles.....	63
Figure 9: Modèle d'organisation du système de santé du Québec .....	66
Figure 10: Relations entre les parties prenantes et les différents niveaux d'analyse.....	72
Figure 11: Items du questionnaire sur le plan du réseau.....	80
Figure 12: Items du questionnaire aux comités directeurs.....	80
Figure 13: Items du questionnaire sur le plan des organisations participantes .....	81
Figure 14: Multiplicité des liens en 2006.....	139
Figure 15: Multiplicité des liens entre le CHUS et le CSSS-IUGS en 2006 .....	140
Figure 16: Multiplicité des liens entre le CHUS et le CSSSG en 2006 .....	142
Figure 17: Multiplicité des liens entre le CSSS-IUGS et le CSSSG en 2006.....	143
Figure 18: Multiplicité des liens en 2010.....	144
Figure 19: Multiplicité des liens entre le CHUS et le CSSS-IUGS en 2010 .....	145
Figure 20: Multiplicité des liens entre le CHUS et le CSSSG en 2010 .....	147
Figure 21: Multiplicité des liens entre le CSSS-IUGS et le CSSSG en 2010.....	149

## TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1: Évolution annuelle de la pénurie d'infirmières .....	22
Tableau 2: Sommaire des équipes interdisciplinaires .....	27
Tableau 3: Synthèse des critères d'efficacité en fonction du niveau d'analyse et des parties prenantes .....	76
Tableau 4: La matrice d'évaluation du réseau et un échantillon d'indicateurs .....	83
Tableau 5: Répartition des répondants selon l'établissement .....	95
Tableau 6: Répartition des répondants selon la catégorie d'emploi .....	95
Tableau 7: Répartition des observations participantes .....	99
Tableau 8: Répartition des répondants des données secondaires .....	102
Tableau 9: Répartition des documents collectés .....	104
Tableau 10: Moyens utilisés pour répondre aux critères de validité .....	109



## LISTE DES ACRONYMES

ADRLSSSE	Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et services sociaux de l'Estrie
ADRLSSSBSL	Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et services sociaux du Bas-St-Laurent
ADRLSSSM	Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et services sociaux de Montréal
ASSSE	Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie
ASSSM	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
CEOT	Chaire d'étude en organisation du travail
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CLSC	Centre local de services communautaires
CQLC	Conseil québécois de la lutte contre le cancer
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSSSG	Centre de santé et de services sociaux du Granit
CSSS-IUGS	Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

DLC	Direction de la lutte contre le cancer
EIDO	Équipe interdirections dédiée à l'oncologie
ESS	Équipe de soins stable
GMF	Groupe de médecins de famille
IPO	Infirmière pivot en oncologie
ISQ	Institut de la statistique du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
OAR	Organisation administrative du réseau
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OQLF	Office québécois de la langue française
PQLC	Programme québécois de lutte contre le cancer
PROJET-TOT	Projet de transformation de l'organisation du travail
RRSSSE	Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie
RSI	Réseau de services intégrés
RSIPA	Réseau de service intégré pour les personnes âgées (système informatique)
RSL	Réseau local de service
SCC	Société canadienne du cancer
SIGG	Système informatique géronto-gériatrique
SSSS	Système de santé et de services sociaux du Québec
TCRE	Table de concertation régionale de l'Estrie

## INTRODUCTION

L'intérêt pour le domaine de la santé s'est éveillé en moi le jour où un professeur nous a présenté les travaux qu'il réalisait avec son équipe en oncologie et en soins palliatifs auprès des établissements de santé de l'Estrie. J'ai tout de suite été happé par ce sujet novateur pour une faculté d'administration. Des rencontres avec les personnes impliquées dans ce projet ont orienté le thème de ce mémoire. Au cours de leurs travaux, elles avaient remarqué une pénurie de données autour du réseau en Estrie. Les gestionnaires des établissements avaient également manifesté leur désir d'obtenir des résultats sur ce thème précis. Vu mon intérêt et la pertinence pour les organisations concernées, il a été convenu que mon mémoire porterait sur l'évaluation du réseau en oncologie et en soins palliatifs de l'Estrie.

Après l'identification de mon sujet de mémoire, j'ai effectué une recherche d'éléments factuels afin de bien cerner le contexte entourant l'oncologie et les soins palliatifs au Québec. Les publications ministérielles ont constitué mon point de départ,

mais mes lectures se sont rapidement élargies aux journaux et aux documents régionaux et associatifs (par exemple la Société canadienne du cancer). Ces lectures m'ont amené à prendre conscience de l'ampleur de cette maladie et du défi que cela représentait pour les organisations, surtout en contexte de pénurie de main-d'œuvre. Suite à ce survol de la situation à l'échelle provinciale, je me suis attardé plus particulièrement à ce que cela représentait pour les établissements de l'Estrie. Une fois le portrait de la situation en oncologie dressé, je me suis intéressé aux moyens qui avaient été mis en place pour tenter d'améliorer ce continuum de soins.

Ayant bien défini cette problématique, j'ai ensuite entrepris une recension des écrits sur le sujet, en m'intéressant à l'évaluation des réseaux. De mes innombrables lectures sont ressortis les fondements et les modèles ayant un apport marqué à la compréhension de ce phénomène. Le deuxième chapitre fait état de ce contexte théorique. Malgré l'importance que les réseaux prennent dans le secteur de la santé, très peu d'études ont été réalisées sur leur évaluation. Au début des années 2000, Provan et Milward (2001) ont développé un cadre conceptuel sur l'évaluation de ces réseaux, sans toutefois l'avoir testé. Malgré tout, la communauté scientifique s'entend sur l'importance que ces auteurs ont eue à l'égard des connaissances sur le sujet. De plus, deux groupes d'auteurs, Lemieux-Charles *et al.* (2005) et Popp *et al.* (2005) ont adapté et appliqué ce modèle. Vu l'intérêt porté à ce dernier, j'ai décidé de l'utiliser pour effectuer l'analyse du réseau en oncologie et en soins palliatifs de l'Estrie.

La démarche méthodologique expose la rigueur avec laquelle la recherche est menée. Elle permet donc d'apprécier la validité et la fiabilité des résultats obtenus. Pour être en mesure d'évaluer le réseau en oncologie et en soins palliatifs, j'ai utilisé quatre sources de données. J'ai effectué 15 entretiens semi-dirigés, échelonnés sur douze mois, avec des personnes réputées expertes du sujet, réalisé 68 heures d'observations participantes auprès des divers comités interétablissements, épluché 481 pages de documentation institutionnelle et rassemblé 65,5 heures d'entretiens provenant de données secondaires. Vous trouverez les détails de la démarche au chapitre 3.

Une fois la collecte de données terminée, j'ai effectué la présentation et l'analyse de ces données. Pour ce faire, je me suis évidemment servi du modèle retenu pour la réalisation de l'étude. Celui-ci m'a amené à me pencher sur les liens interétablissements que les organisations entretenaient. Pour permettre d'effectuer un comparatif et de déterminer l'évolution de la vitalité du réseau, j'ai dû dresser deux portraits, celui de 2006 et celui de 2010. Pour décrire les différents liens existants en 2006 et en 2010, je me suis basé sur deux thèmes principaux : les modalités de coordination et les relations entre les personnes. Ainsi, dans un premier temps, j'ai détaillé les comités interétablissements, les échanges cliniques, les échanges administratifs et les accords d'affiliation signés. Dans un deuxième temps, j'ai présenté les relations entre les personnes. Ensuite, j'ai analysé ces liens pour en extraire la multiplicité, toujours en comparant 2006 et 2010. Il m'a alors été possible de dresser des illustrations du réseau pour chacune de ces deux années.

La dernière étape d'une recherche consiste à se demander ce que nous avons appris et ce que l'on doit retenir de cette démarche. C'est le sujet du cinquième et dernier chapitre. Quelles contributions notre étude peut-elle apporter à la communauté scientifique et aux établissements? J'ai évalué l'évolution de la vitalité du réseau estrien en oncologie et en soins palliatifs grâce à la description des liens interétablissements qui existaient en 2010, en comparaison avec ceux de 2006. Cela permet de déterminer si les efforts du Ministère de la santé et des services sociaux, de même que ceux des établissements, incluant un projet de transformation de l'organisation du travail (TOT), ont eu un effet sur le fonctionnement du réseau. L'utilisation du modèle de Provan et Milward (2001) m'a permis de suggérer certaines pistes d'appréciation du réseau.

## **CHAPITRE I :**

### **CONTEXTE GÉNÉRAL DE L'ÉTUDE ET PROBLÉMATIQUE**

Le contexte dans lequel évolue le système de santé du Québec a subi une transformation notable au cours de la dernière décennie. Déjà au début des années 2000, les gouvernements fédéral et provincial pressaient le bouton d'alarme en commandant chacun une commission d'étude sur l'état des soins de santé (la commission Clair au Québec et la commission Romanow au Canada). Les portraits émanant de ces commissions sont assez éloquents. La population vit de plus en plus longtemps, ce qui implique qu'elle vit avec des incapacités sur une plus longue période de temps. Nous observons également un plus grand nombre d'individus atteints de maladies chroniques comme les cancers, les maladies pulmonaires, les troubles cognitifs tels que l'Alzheimer

et les troubles liés à la perte d'autonomie des personnes âgées (Clair *et al.*, 2003). Selon la commission Romanow (2002),

Les Canadiens s'attendent à ce que le système leur garantisse un accès relativement similaire à un ensemble comparable de services assurés de qualité égale, peu importe l'endroit où ils vivent. Ils s'attendent également à ce que les gouvernements, les fournisseurs de services et les dispensateurs de soins collaborent au maintien d'un tel système.

À cela s'ajoutent des départs massifs à la retraite et l'abandon de la profession par les jeunes, causant ainsi une pénurie de main-d'œuvre marquée (Fleury *et al.*, 2007).

Les changements à l'environnement des organisations de la santé ne sont pas seulement dus à des aspects négatifs. Les avancées technologiques et médicales font en sorte que les gens restent hospitalisés moins longtemps qu'auparavant, permettant ainsi le traitement de plus de patients. Les personnes souffrant d'une maladie peuvent d'ailleurs vivre plus longtemps dans leur milieu de vie naturel en y recevant les soins de base (Clair *et al.*, 2003).

C'est dans ce contexte que de nouvelles formes d'organisation du travail sont apparues pour accroître la flexibilité des organisations et favoriser leur ajustement à un environnement changeant. L'une de ces formes, l'organisation réseau, est souvent évoquée pour répondre plus adéquatement aux besoins de la population et des établissements. Pour améliorer la performance du réseau, le ministère de la Santé et des



Services sociaux (MSSS) a adopté une logique d'intégration structurelle en réorganisant le système en réseaux de services intégrés (RSI) (P.L.25, 2003). Toutefois, cette seule restructuration ne suffit pas à répondre aux défis des organisations de santé. Le gouvernement et les établissements de santé ont instauré une panoplie de mesures pour aider à faire face à ce contexte turbulent.

Dans le cadre de ce mémoire, nous nous concentrerons plus particulièrement sur l'étude d'un continuum de soins et services, soit celui des personnes atteintes d'un cancer ou étant en soins palliatifs. Les organisations de la santé n'évaluent habituellement pas leur efficacité du point de vue du réseau. Ainsi, l'obtention de données permettant une comparaison temporelle n'est pas aisée. La présence sur ce continuum de soins d'un projet de recherche, mené conjointement par l'Université de Sherbrooke et trois établissements de santé en Estrie, nous offre des données secondaires permettant de dresser un portrait de la situation avant l'implantation des changements. La disponibilité de ces données a grandement motivé le choix de ce continuum pour l'étude.

Dans un premier temps, nous exposerons la situation du Québec sur le plan des soins de santé en oncologie et en soins palliatifs. Nous décrirons également la situation plus particulière de l'Estrie, que nous étudierons dans le cadre de ce mémoire; suivra

ensuite une description sommaire des différentes initiatives régionales et locales mises en place sur ce continuum au cours des dernières années.

## A. SITUATION EN ONCOLOGIE ET EN SOINS PALLIATIFS

### 1. L'importance du cancer

Au Québec, le cancer constitue l'un des problèmes de santé les plus importants et, selon les tendances actuelles, il le demeurera au cours des prochaines années (ASSSE, 2009). Le cancer est devenu, depuis le début de la décennie, la première cause de mortalité au Québec, devançant ainsi les maladies cardiovasculaires pour la première fois (MSSS, 2007). Selon les données les plus récentes de la *Société canadienne du cancer* (SCC), près de 40 % des femmes et 45 % des hommes seront atteints d'un cancer au cours de leur vie (SCC, 2008).

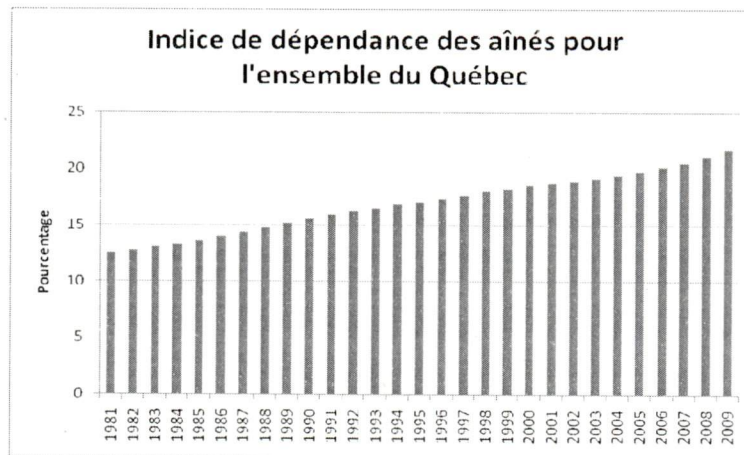
D'après le taux de mortalité actuel, environ 1 patient sur 4 (27 %) en mourra (SCC, 2008), représentant 32,6 % de tous les décès au Québec (MSSS, 2007). Malgré la stabilité du taux d'incidence<sup>1</sup> du cancer au Canada, nous avons observé une

---

<sup>1</sup> « Nombre de cas de cancers primitifs nouvellement diagnostiqués, au cours d'une année donnée, pour les sièges spécifiques, pour 100 000 habitants, qui seraient survenus dans la population type si les taux par âge réel observés dans une population donnée s'étaient produits dans la population type » (Statistiques Canada, 2009).

augmentation moyenne du nombre de nouveaux cas de 2 % entre 1992 et 2003 (MSSS, 2007). Cette hausse est principalement attribuable au vieillissement de la population (MSSS, 2007), car 70 % des nouveaux cas sont diagnostiqués auprès de personnes de 60 ans et plus (CQLC, 2000). *Éco-Santé*<sup>2</sup> produit chaque année plusieurs statistiques sur l'état de la population en matière de santé, dont un indice de dépendance des aînés. Cet indice représente un rapport entre le nombre de personnes de 65 ans et plus, et le nombre de personnes entre 15 et 64 ans. Le graphique 1 ci-dessous illustre la situation du Québec dans son ensemble au cours des 28 dernières années. Nous remarquons clairement, sur cette figure, la tendance au vieillissement de la population québécoise.

**Graphique 1: Indice de dépendances des aînés pour l'ensemble du Québec**



<sup>2</sup> Éco-Santé Québec est une initiative de l'Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité (OFQSS). Il est le fruit de la collaboration entre l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), un organisme français œuvrant dans le domaine de la santé, et trois organismes québécois : le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et l'Institut de la statistique du Québec (ISQ).

## **2. Évolution des besoins des patients**

La publicité télévisuelle de 2008 de la Société canadienne du cancer, où des gens tombent à la renverse lorsqu'ils apprennent le diagnostic, illustre très bien la réalité des personnes atteintes de cette maladie – c'est un vrai bouleversement. Puisqu'ils voient plusieurs facettes de leur vie chambardées, les patients ont besoin d'un support médical, mais également d'une aide psychosociale pour traverser cette épreuve. D'ailleurs, comme le démontre la publicité télévisuelle, ce n'est pas seulement le patient qui vit un choc, mais ses proches aussi (MSSS, 2007). Ainsi, les services sociaux doivent également être offerts à ces derniers. Ce nouvel aspect, qui découle de l'approche populationnelle dont nous traiterons plus loin dans ce chapitre, entraîne une diversification de l'offre de services pour les organisations de la santé. Jumelé à la hausse du nombre de personnes atteintes d'un cancer, il crée une demande plus élevée, ou du moins différente.

## **3. Indisponibilité de traitements**

Entre 1999 et 2001, le MSSS a envoyé environ 1600 patients recevoir leur traitement pour un cancer dans certaines cliniques du Nord-est américain, soit dans les états de New York, du Maine et du Vermont (Perreault, 2003). « Au plus fort de la crise, Québec a dû avoir recours aux services de six cliniques en sol américain pour que

les patients québécois soient traités dans des délais raisonnables » (La Presse Canadienne, 2001). Cette incapacité du système de santé québécois à traiter tous les patients a eu diverses répercussions sur le plan tant médical que financier. Le 19 décembre 2001, 114 patients figurant sur la liste d'attente pour un traitement en radio-oncologie s'y trouvaient depuis plus de 12 semaines, soit trois fois le délai maximal recommandé (Lesage, 2001). Ces mesures de délocalisation des soins vers les États-Unis impliquaient des coûts pour le MSSS. Chaque patient traité dans une clinique américaine coûtait en moyenne 12 000 \$, comparativement à 4000\$ au Québec (Lesage, 2001). Certains chiffres indiquent même que ces ententes avec les cliniques américaines ont coûté 25 millions aux contribuables québécois (Perreault, 2003). Malgré une liste d'attente comptant encore 1152 patients en décembre 2001 (Lesage, 2001), le MSSS mettait fin en janvier 2002 à ses ententes avec les États-Unis. Le ministère comptait sur la reprise des mesures d'heures supplémentaires auprès du personnel pour permettre un plus grand nombre de traitements par mois (La Presse Canadienne, 2001). Toutefois, deux ans après la fin des traitements de l'autre côté de la frontière et de l'instauration des mesures d'heures supplémentaires, les radio-oncologues parlaient toujours d'un « problème de débordement chronique » (Perreault, 2003). Dans son article, Perreault (2003) citait le président de l'Association des radio-oncologues du Québec concernant la situation des médecins spécialistes : « Ça fait deux ans que les radio-oncologues travaillent en soirée, qu'ils font 12 heures par jour pour répondre aux besoins des patients ». Malgré tous ces efforts, les radio-oncologues ne réussissaient pas à traiter tous les patients souffrant de cancer (Perreault, 2003).

#### 4. Pénurie de main-d'œuvre dans le secteur de la santé

En plus de la hausse du nombre de cas de cancers et de l'élargissement des attentes et des besoins des patients, le système sociosanitaire du Québec doit composer avec une pénurie de main-d'œuvre. Par pénurie de main-d'œuvre, nous entendons que « l'offre d'emploi l'emporte sur le nombre de travailleurs disponibles » (OQLF, 1985).

Tableau 1: Évolution annuelle de la pénurie d'infirmières

<i>Évolution annuelle de la pénurie d'infirmières</i>			
<i>Année</i>	<i>Effectif projeté</i>	<i>Effectif requis</i>	<i>Pénurie d'infirmières *</i>
2003-04	63 894	65 406	1 512
2004-05	65 027	66 571	1 544
2005-06	66 109	67 756	1 647
2006-07	66 909	68 962	2 053
2007-08	67 398	70 190	2 792
2008-09	67 937	71 440	3 503
<b>2009-10</b>	<b>68 392</b>	<b>72 857</b>	<b>4 465</b>
2010-11	68 783	74 302	5 519
2011-12	69 147	75 776	6 629
2012-13	69 436	77 279	7 843
2013-14	69 625	78 812	9 187
<b>2014-15</b>	<b>69 823</b>	<b>80 259</b>	<b>10 436</b>
2015-16	70 046	81 734	11 688
2016-17	70 242	83 235	12 993
2017-18	70 454	84 764	14 310
2018-19	70 617	86 321	15 704
<b>2019-20</b>	<b>70 788</b>	<b>87 907</b>	<b>17 119</b>

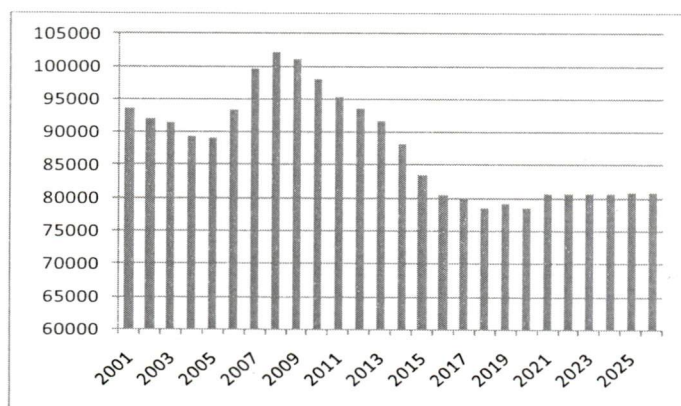
\* Ici, une valeur positive indique une pénurie

Source : MSSS, 2005

Cette pénurie est grandement liée au vieillissement de la population, illustré plus haut dans le graphique 1 (voir à la p. 20), qui mène les employés à la retraite, ainsi qu'au phénomène de dénatalité qui réduit le nombre de personnes prêtes à prendre la

relève (RHDC, 2007; MSSS, 2005; MSSS, 2001). L'évolution démographique des jeunes de 17 ans pour la période allant de 2001 à 2026<sup>3</sup> (graphique 2) indique une chute du nombre de jeunes prêts à prendre la relève dans les organisations québécoises (ISQ, 2005). Ce nombre sera d'environ 102 000 en 2008 et se stabilisera à près de 80 000 de 2016 à 2026. En effet, après 2008, la baisse du nombre d'étudiants risque d'accroître de façon significative la concurrence pour la main-d'œuvre entre les différents secteurs d'activités économiques.

**Graphique 2: Évolution du nombre des 17 ans – 2001 à 2026 au Québec**



<sup>3</sup> Les données de 2001 à 2004 sont des observations tandis que celles de 2005 à 2026 sont des prévisions.

## B. INITIATIVES DU MSSS POUR CORRIGER LA SITUATION

Devant cette situation inquiétante – la hausse du nombre de cancers, la diversification de l’offre de service, l’indisponibilité de certains traitements et la pénurie de main-d’œuvre anticipée –, le gouvernement du Québec a été obligé de mettre sur pied différents programmes d’amélioration du réseau pour s’assurer que les citoyens aient accès à un système de santé viable et efficace en matière d’oncologie et de soins palliatifs. Toutefois, nous verrons plus loin qu’une multitude d’initiatives ont été implantées quasi simultanément, ce qui nous empêche d’isoler les effets de chacune d’entre elles sur le continuum de soins oncologiques et palliatifs. Nous n’avons d’autres choix que d’adopter une approche systémique pour déterminer si l’ensemble des initiatives a favorisé les liens interétablissements au sein du réseau. Afin de cerner les différents éléments de la problématique, nous vous présenterons un survol des différents changements implantés par le MSSS. Pour faciliter la compréhension, les différentes initiatives du MSSS – les infirmières pivots en oncologie, les équipes interdisciplinaires, le Projet de loi 90, le Projet de loi 25, l’approche populationnelle, les projets cliniques et le Projet de loi 83 – seront présentées en ordre chronologique d’implantation. Ainsi, nous pourrons voir l’évolution du système.



## 1. Les infirmières pivots en oncologie

En 1995, le Comité consultatif sur le cancer a cerné les besoins des personnes atteintes et de leurs proches grâce à une étude qualitative (CQLC, 2000), qui a établi qu'un intervenant pivot pourrait répondre aux besoins de la population en matière de cancer. Ce nouvel intervenant, ne remplaçant ni le médecin, ni l'infirmière, s'assure de la continuité et de la coordination des soins (CQLC, 2000) en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire (MSSS, 2008a). D'ailleurs, l'intervenant pivot accompagne les patients et leur famille tout au long de l'épisode de soins (CQLC, 2000). Il répond ainsi aux besoins des patients et de leurs proches, qui soulignaient la nécessité d'obtenir de l'information plus adéquate entre le diagnostic et le début des traitements (MSSS, 1998). Selon le MSSS (2008a), les principales fonctions de l'infirmière pivot en oncologie (IPO) se classifient en quatre catégories, soit l'évaluation de la condition du patient, l'enseignement, le soutien et la coordination. Vous en trouverez le détail dans l'annexe I. L'intention ministérielle d'implanter des postes d'intervenants pivots est apparue il y a une quinzaine d'années, mais elle s'est concrétisée beaucoup plus tard. En 2008, certaines organisations n'offraient toujours pas les services d'une infirmière pivot à sa clientèle vivant avec un cancer ou en état de palliation de la douleur (Roy *et al.*, 2009).

## 2. Les équipes interdisciplinaires

Il existe trois types d'équipes interdisciplinaires répondant aux besoins des personnes atteintes du cancer et de leurs proches; elles se distinguent par l'étendue géographique des populations qu'elles desservent. Nous retrouvons donc les équipes locales, régionales et suprarégionales. Les équipes locales et régionales reçoivent leur désignation via l'Agence de leur territoire. Par contre, la désignation des équipes suprarégionales relève directement du MSSS (MSSS, 1998). Ces équipes interdisciplinaires permettent de faire face à la complexité de la prise en charge des personnes atteintes du cancer et de répondre à la diversité de leurs besoins grâce à une collaboration entre les différents professionnels de la santé. Elles sont également complémentaires aux comités de thérapies du cancer et aux équipes de soins palliatifs déjà présents dans cet environnement (Roberge *et al.*, 2007). Cette démarche de création des équipes interdisciplinaires apparaît à une époque où les besoins physiques, psychologiques, matériels et sociaux des personnes atteintes du cancer sont particulièrement élevés (Brazil *et al.*, 2004).

L'équipe interdisciplinaire locale est composée minimalement d'une infirmière, d'un médecin, d'un pharmacien, d'un responsable du maintien à domicile et des bénévoles impliqués auprès du patient (MSSS, 1998). Cette équipe assure la continuité des services et des traitements curatifs et palliatifs. En plus, elle peut mettre à

contribution les intervenants d'un centre hospitalier (CH), d'un centre de santé et de services sociaux (CSSS) et même d'une clinique médicale privée (MSSS, 1998). Cette équipe permet de concentrer l'expertise biopsychosociale auprès du patient sur un plan d'intervention local (MSSS, 1998).

Vous trouverez un sommaire des principales caractéristiques des équipes interdisciplinaires en oncologie dans le tableau 2 ci-dessous.

**Tableau 2: Sommaire des équipes interdisciplinaires**

	Locale	Régionale	Suprarégionale
<b>Mode d'accès aux services</b>	• Direct	• Préférentiellement sur référence	• Corridors établis pour les niveaux locaux et régionaux
<b>Offre de services</b>	• Locale (territoire variable selon chaque région, peut couvrir une MRC par exemple)	• Sous-régionale ou régionale	• Suprarégionale ou nationale
<b>Nature des services</b>	• Globaux (individu) • Continus • Comparables (relativement homogènes partout)	• Spécialisés • Ponctuels	• Surspécialisés
<b>Services et soins</b>	• Diagnostic précoce • Administration de certains traitements • Adaptation • Soutien aux différentes étapes de la maladie • Suivi des soins de fin de vie	• Dépistage et confirmation du diagnostic • Prise de décision par rapport aux traitements et à l'administration des traitements • Adaptation et soutien • Soins palliatifs généraux	• Confirmation du diagnostic et administration des traitements surspécialisés et complexes • Adaptation et soutien • Soins palliatifs complexes
<b>Recherche et enseignement</b>	• Participation à la recherche et à l'enseignement	• Animation et participation à la recherche et à l'enseignement	• Animation et participation à la recherche et à l'enseignement

Source: MSSS, 1998

### **3. Le Projet de loi 90**

Désormais adopté, le Projet de loi 90 modifiant le code des professions prévoyait un nouveau partage des champs d'expertise entre les différents professionnels de la santé. Ce découpage des champs d'exercice permet de mieux répartir les tâches entre les professionnels et de répondre plus adéquatement et rapidement aux besoins des patients, tout en éliminant certaines ambiguïtés de l'ancien Code des professions datant de 1973. Il permettrait, par exemple, que certaines activités médicales soient réalisées par des professionnels autres que les médecins (P.L. 90, 2002).

### **4. Le Projet de loi 25**

Le Projet de loi 25 sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, adopté en 2003 par le gouvernement du Québec, visait le rapprochement des services de santé le plus près possible du milieu de vie naturel des patients en adoptant une organisation de services intégrés. De plus, cette nouvelle organisation de services se voulait un moyen de faciliter le passage des personnes dans le réseau. Pour ce faire, le projet de loi proposait la création des Agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux en remplacement des Régions régionales de la santé et des services sociaux. Ces agences avaient pour mission de mettre en place sur leur territoire une offre de services

intégrés en créant un ou des réseaux locaux de services. Le projet de loi prévoyait également la création d'une instance unique pour chaque réseau local, soit un Centre de santé et de services sociaux (CSSS) regroupant un Centre local de services communautaires (CLSC), un Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et, sauf exception, un Centre hospitalier (CH) (P.L. 25, 2003).

C'est après une forte mobilisation et d'intenses confrontations, surtout de la part des gestionnaires, que 95 CSSS et quatre réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) ont vu le jour (Gaumer et Fleury, 2007). Pour arriver à la création de ces CSSS, les établissements ont traversé une multitude de phases de fusion et d'intégration, ce qui a complexifié l'organisation de services (*Ibid.*).

a. Différenciation entre la première et la deuxième ligne

Il est important de bien saisir la distinction qui existe entre les différents niveaux de soins offerts par le système de santé du Québec. Tout d'abord, pour les différencier, nous utilisons les termes première et deuxième ligne. Cette nomenclature sous-tend une certaine hiérarchisation des soins et des services. La première ligne, la « première » porte d'entrée des citoyens vers le système de santé, est composée principalement des CSSS, des médecins omnipraticiens et des groupes de médecins de famille (GMF). La première ligne fait également référence à un premier niveau de soins répondant aux

problèmes de santé courants (Lévesque *et al.*, 2007). Pour ce qui est de la deuxième ligne, elle offre des services spécialisés en centre hospitalier. Les références du personnel médical de la première ligne ou l'urgence du centre hospitalier sont les principales portes d'accès à ces soins (MSSS, 2005a). La coordination entre ces deux lignes de services est primordiale pour être en mesure d'offrir les meilleurs soins à la population dans les meilleurs délais (MSSS, 2004).

## **5. L'approche populationnelle**

Antérieurement, la santé était définie comme étant l'absence de maladie (ADRLSSSSM, 2004). Désormais, elle est considérée comme un état de bien-être physique, social et mental, permettant à la personne de fonctionner socialement, économiquement et individuellement (OMS, 1998). Cette conception positive met l'accent sur les ressources personnelles et sociales, et sur les capacités physiques de la personne. Ce changement de vision a entraîné la modification de l'approche en soins de santé. Le système de santé est passé d'une approche essentiellement réactive à la maladie à une approche beaucoup plus proactive, contribuant à assurer la santé générale de la population (ADRLSSSSM, 2004). L'objectif de cette approche est d'assurer un état de santé maximal chez la population d'un territoire donné. « C'est donc dire que chaque instance locale est responsable de donner accès à toute la population de son territoire à la totalité des services » (ADRLSSSSBSL, 2004). En plus d'avoir pour

mission d'assurer la santé globale du territoire, les organisations en sont désormais imputables.

## **6. Les projets cliniques**

Les projets cliniques découlent directement de l'adoption de l'approche populationnelle. En fait, le projet clinique repose sur deux grands principes, soit la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services (ASSSM, 2004). Le projet clinique est une démarche de changement effectuée dans chaque CSSS pour réorganiser les services en les intégrant mieux et en les alignant sur l'approche populationnelle. Ainsi, le projet clinique vise à faciliter le parcours de soins du patient et à assurer l'efficacité des soins offerts pour tout le territoire (*Ibid.*). Il y a un projet clinique pour chaque clientèle, dont la santé physique pour ce qui est de l'oncologie et des soins palliatifs. Chaque instance locale a la responsabilité de mettre en œuvre un projet clinique sur son territoire pour identifier : (1) les besoins sociosanitaires et les particularités de la population en fonction d'une connaissance de l'état de santé et de bien-être de celle-ci, (2) les objectifs poursuivis concernant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, (3) l'offre de service requise pour satisfaire aux besoins et aux particularités de la population et (4) les modes d'organisation et les contributions attendues des différents partenaires de ce réseau (CSSSG, 2008).

## 7. Le Projet de loi 83

En 2005, le gouvernement du Québec adopta le Projet de loi 83 stipulant un changement dans le rapport entre les Agences et les organisations de santé de leur territoire. Ce projet de loi soutient les démarches de mise en place d'un nouveau mode d'organisation des services énoncé dans le Projet de loi 25 (P.L. 83, 2005). Il prévoit un ajustement des responsabilités des diverses instances de chacune des régions pour améliorer l'organisation des services. Dorénavant, l'instance locale sera la seule responsable de la définition des projets cliniques et organisationnels pour son territoire (*Ibid.*). Désormais, les Agences « exerceront davantage des fonctions de coordination en matière de financement, d'allocation des ressources humaines et de services spécialisés » (*Ibid.*). Ce renversement de position des Agences vient bouleverser la gouvernance du réseau. Pour être cohérentes avec la nouvelle définition des responsabilités, les Agences de développement des réseaux locaux de santé et de services sociaux ont changé de nom pour devenir simplement les Agences de la santé et des services sociaux.

### C. DESCRIPTION DES LIENS ENTRE LES ÉTABLISSEMENTS

Les difficultés des organisations de la santé à répondre aux besoins de la clientèle ont forcé la mise en place, par le MSSS, de plusieurs programmes et de projets de loi



pour corriger la situation et améliorer l'offre de services aux patients (Pomey et Dubois, 2007). Pour rapprocher les services du milieu de vie naturel du patient, le MSSS a transféré des services et des soins à la première ligne, dans le but de réduire le recours aux services spécialisés. Toutefois, ce transfert a entraîné des difficultés de coordination entre les deux niveaux de soins, créant ainsi des dédoublements et de la redondance (Fleury *et al.*, 2007). Finalement, plusieurs des changements implantés par le MSSS se voulaient des solutions pour augmenter la communication interétablissements et ainsi assurer une meilleure prestation de soins. Avant l'implantation de ces mesures, les organisations de la santé travaillaient essentiellement en silos et n'adoptaient pas une approche systémique (Roy *et al.*, 2009; ASSSE, 2006).

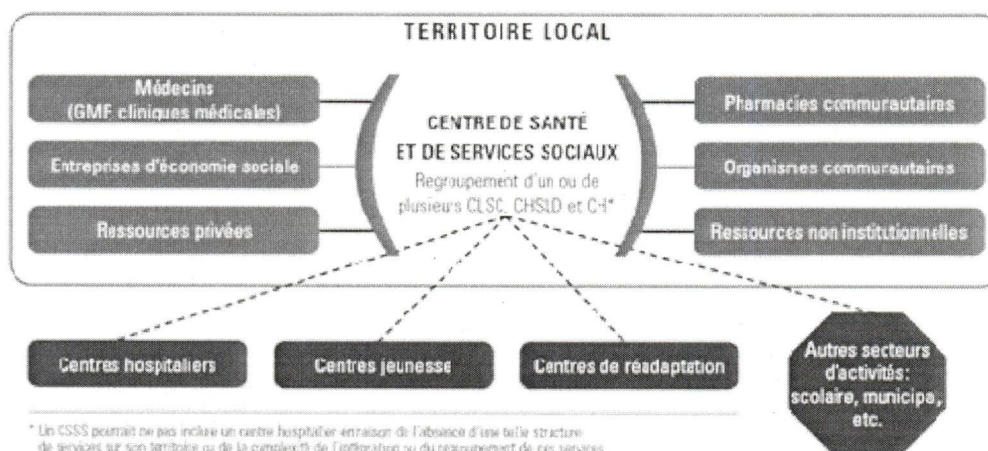
#### D. LE CAS DE L'ESTRIE

Les éléments contextuels présentés pour illustrer la nécessité des changements dans le secteur de la santé à l'échelle provinciale existent également, bien entendu, sur la scène régionale de l'Estrie. Dans cette région, le vieillissement de la population et la prévalence du cancer sont observés (CHUS, 2007) comme ailleurs au Québec. Pour clarifier la situation particulière qui nous intéresse, nous ferons un survol du réseau à l'étude, suivi des différentes initiatives spécifiques à la région.

## 1. Description du réseau de services intégrés de l'Estrie

L'offre de services de chacune des régions du Québec se subdivise en réseaux locaux de services (RLS), qui regroupent plusieurs organisations complémentaires. Dans la figure ci-dessous, vous trouverez la configuration usuelle d'un RLS.

Figure 1: Composantes d'un réseau local de services

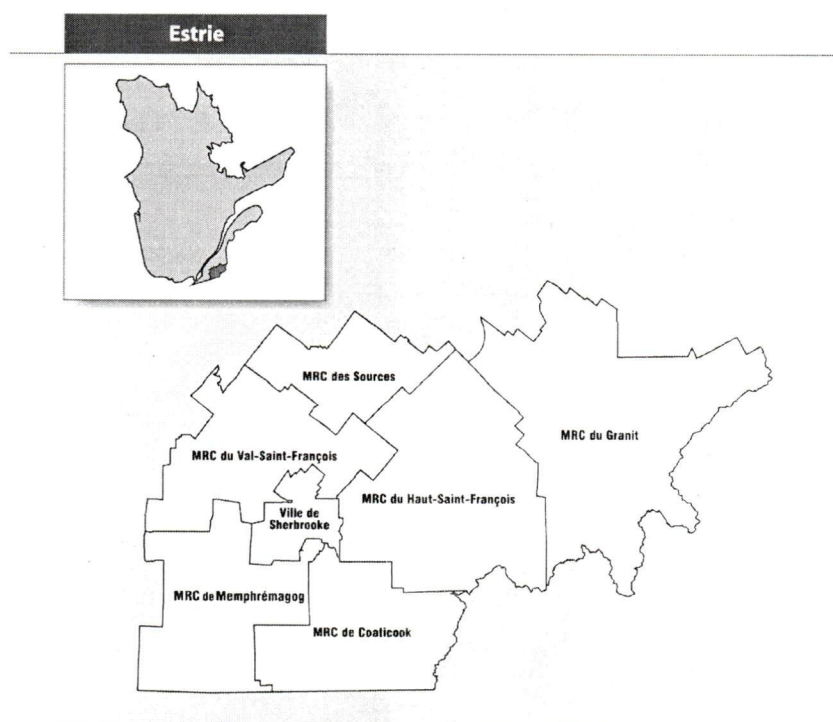


Source: MSSS, 2008

Le territoire de l'Estrie est composé de sept Centres de santé et de services sociaux (CSSS) – un par territoire local, d'un centre hospitalier universitaire (CHUS), de 58 cliniques médicales, dont quatre groupes de médecins de famille, et de 131 organismes communautaires reconnus et subventionnés (ADRLSSSE, 2004), qui

desservent une population d'environ 300 000 personnes (ISQ, 2008<sup>4</sup>). Vous trouverez ci-dessous une carte de la région illustrant la composition géographique de l'Estrie.

Figure 2: Carte géographique de l'Estrie



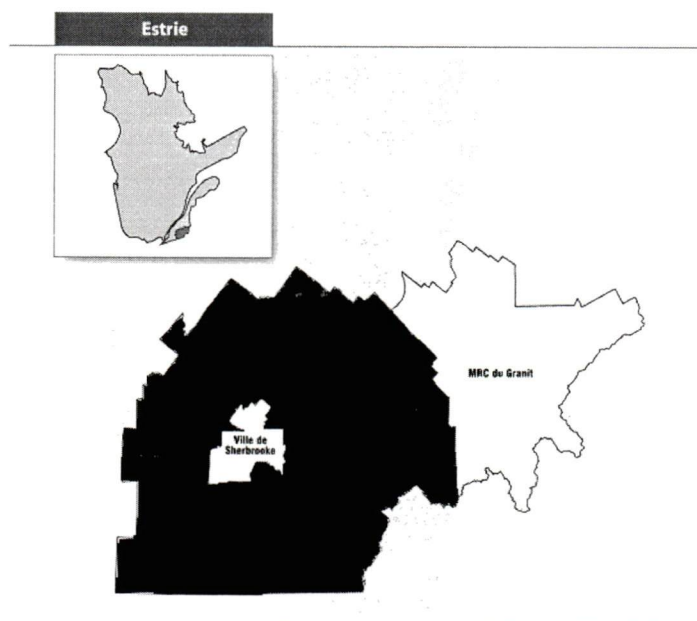
Source: ASSSE, 2009

<sup>4</sup> [http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/dons\\_regnl/regional/MRC\\_1996\\_2007\\_groupe\\_s\\_age\\_et\\_sexe.xls](http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/dons_regnl/regional/MRC_1996_2007_groupe_s_age_et_sexe.xls)

## 2. Description du réseau spécifique à l'étude

Pour ce qui est de notre étude, nous nous attarderons à un réseau restreint de trois établissements. Ces trois organisations, le CSSS du Granit (CSSSG), le CSSS-IUGS et le CHUS, ont formé un partenariat sur le continuum de soins oncologiques et palliatifs dans le cadre du Projet TOT, dont nous parlerons plus loin. Ainsi, notre étude portera sur deux territoires locaux, soit celui de la ville de Sherbrooke et celui de la MRC du Granit (voir la figure ci-dessous).

Figure 3: Représentation géographique du partenariat



Adaptation de ASSSE, 2009

Le partenariat dessert une population totale de 173 266 habitants (ISQ, 2008<sup>5</sup>). Pour bien comprendre la réalité de ce partenariat, nous décrivons ci-dessous chacune des organisations plus en détail. Le territoire de Sherbrooke a une superficie de 354 km<sup>2</sup>, où logent 150 687 personnes, dont 42 % sont âgées de 45 ans et plus (*Ibid.*). La MRC du Granit, quant à elle, a connu une légère hausse de 2,3 % de sa population entre 2001 et 2006, selon les données du recensement de Statistiques Canada (2009a). En 2008, sa population se chiffrait à 22 579 habitants, dont près de 50 % étaient âgés de 45 ans et plus (ISQ, 2008). Elle est répartie sur un vaste territoire de 2 734,04 km<sup>2</sup> (Statistiques Canada, 2009a). Le dispersion des habitants sur le territoire complexifie l'offre de services du CSSSG, puisqu'il doit être en mesure de les desservir malgré leur éloignement géographique. Complexifiant davantage les liens entre les établissements du partenariat, près de 100 km séparent les organisations de Sherbrooke et de Lac-Mégantic.

#### a. Description du CHUS de Sherbrooke

Pour être en mesure de répondre aux besoins de sa clientèle, le CHUS a divisé, au sein de ses deux édifices – Hôpital Fleurimont et l'Hôtel-Dieu –, ses services en onze programmes-clientèles, dont oncologie. Par ces programmes-clientèles, le CHUS

---

<sup>5</sup> [http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/dons\\_regnl/regional/MRC\\_1996\\_2007\\_groupe\\_s\\_age\\_et\\_sexe.xls](http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/dons_regnl/regional/MRC_1996_2007_groupe_s_age_et_sexe.xls)

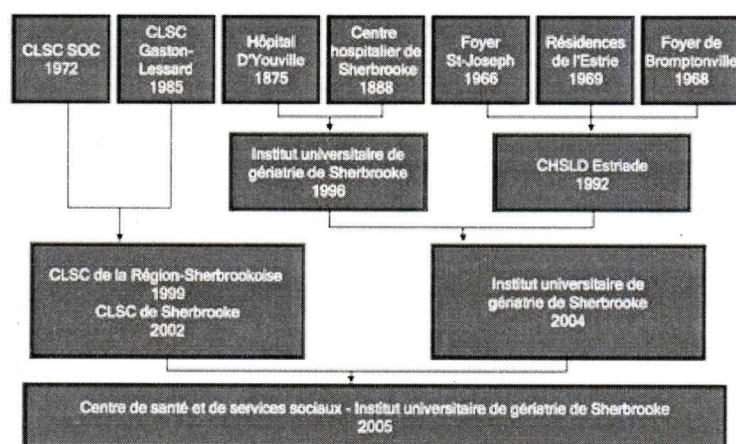
dispense la plupart des services spécialisés et surspécialisés de son territoire (CHUS, 2007). Il offre « des soins spécialisés et surspécialisés de dépistage, d'investigation, de traitement, d'adaptation, de soins palliatifs auprès d'une clientèle adulte et pédiatrique ayant une problématique de cancer » (*Ibid.* : 13). Cet établissement propose quatre types de traitements du cancer, soit la radiothérapie, la chimiothérapie, la chirurgie oncologique et l'oncologie médicale. Ce n'est qu'occasionnellement que le CHUS prodigue des soins généraux en oncologie. Les services spécialisés et surspécialisés sont rendus possibles grâce à la présence de la faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke, annexée à l'Hôpital Fleurimont (CHUS, 2006). Le CHUS offre ses services certes à la population de Sherbrooke, mais également à l'ensemble de la population de l'Estrie. D'ailleurs, puisqu'il est membre d'un Réseau universitaire intégré de santé (RUIS), ses services sont disponibles pour la population de plusieurs autres régions – Montérégie, Centre-du-Québec et Mauricie (MSSS, 2007a).

#### b. Description du CSSS-IUGS de Sherbrooke

Le CSSS-IUGS est issu de multiples fusions et intégrations d'établissements. Vous en trouverez un aperçu à la figure 4 ci-dessous. Ces nombreuses fusions font en sorte que le CSSS-IUGS est constitué de 11 sites distants les uns des autres. Il dessert toute la population de la ville de Sherbrooke, soit environ 151 000 habitants. En 2008-

2009, cet établissement a effectué plus de 5400 interventions auprès de patients en oncologie ou en soins palliatifs (Roy *et al.*, 2009).

Figure 4: Historique du CSSS-IUGS



Source: [www.csss-iugs.ca](http://www.csss-iugs.ca)

### c. Description du CSSS du Granit

Le CSSSG ne propose pas de traitements ni de services spécialisés en oncologie, ceux-ci étant offerts par le CHUS, mais il dessert la population de son territoire pour ce qui est des services généraux, des prélèvements et des examens diagnostics (CSSSG, 2008). En 2006-2007, le CSSSG a effectué près de 1500 interventions auprès de 120 usagers ayant le cancer. Pour les soins palliatifs, ce sont 1160 interventions pour 62

usagers. En 2004-2005, 133 patients en provenance de la MRC du Granit ont été hospitalisés en oncologie au CHUS (CSSSG, 2008). Cette dernière statistique illustre la nécessité d'entretenir de bons liens entre le CHUS et le CSSSG, afin d'assurer de bons traitements et suivis auprès des patients de cette région.

#### E. INITIATIVES RÉGIONALES ET LOCALES POUR AMÉLIORER LA SITUATION

Pour répondre aux besoins grandissants de la population, aux changements démographiques et à l'évolution technologique, l'ASSSE (à l'époque nommée la Régie régionale de santé et de services sociaux de l'Estrie), en collaboration avec ses partenaires, initiait un plan de transformation profonde de l'organisation des services en Estrie (ADRLSSSE, 2004). Ce plan visait à satisfaire la priorité régionale, soit de rapprocher les services le plus près possible du milieu de vie naturel du patient (*Ibid.*). De plus, dans la perspective des initiatives nationales du MSSS, l'Estrie a également mis sur pied différentes mesures propres à la région pour se doter d'un continuum de soins oncologiques et palliatifs mieux intégré.



## 1. Instauration de divers comités régionaux

### a. Table de coordination du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie

La Table de coordination du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie (TCRE) est un mécanisme qui a été mis en place pour permettre le dialogue entre l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie et les établissements du réseau (ASSSE, 2009a). La TCRE supervise les différents comités directeurs, soit un par programme-clientèle.

### b. Comité directeur du programme santé physique – volet 1<sup>6</sup>

La région de l'Estrie s'est dotée d'un comité régional, découlant de la TCRE, qui s'intéresse plus particulièrement aux problématiques liées à la santé physique. Ainsi, ce comité se penche sur les maladies chroniques, l'oncologie et les soins palliatifs. Le comité directeur doit assurer l'application des orientations régionales et le suivi des priorités proposées par la TCRE. Il peut former différents groupes de travail pour se pencher sur des questions et des éléments précis. C'est le comité directeur qui décide de

---

<sup>6</sup> Le Comité directeur du programme santé physique – volet 2 s'intéresse aux urgences et à la traumatologie. Dû aux réalités distinctes des deux volets, la région a décidé d'en faire deux entités.

la composition du groupe de travail, de son mandat, des livrables et des échéanciers (ASSSE, 2009a).

c. Sous-table en oncologie et en soins palliatifs

Le Comité directeur du programme santé physique – volet 1 a créé une Sous-table en oncologie et en soins palliatifs, qui est chargée de faire des interventions et de réfléchir plus spécifiquement à l'oncologie et aux soins palliatifs. Son mandat est d'assurer la mise en œuvre des mesures prévues dans les *Orientations régionales en cancer et soins palliatifs 2006-2010*. Par ailleurs, elle doit favoriser le développement d'une vision commune régionale en ce qui a trait à la mise en œuvre de ses priorités :

- arrimer et clarifier en réseau le rôle de l'IPO et de l'équipe interdisciplinaire;
- définir le rôle en groupe pour que tous les établissements aient la même définition et la même compréhension;
- diffuser l'information concernant l'IPO et l'équipe interdisciplinaire à travers la région;
- hiérarchiser les services;
- identifier les services qui devraient être offerts par la première ligne et par la deuxième ligne, pour ensuite les arrimer avec les ressources disponibles à chacun des niveaux;
- former en interdisciplinarité chacun des établissements.

## 2. Le Projet de transformation de l'organisation du travail (Projet TOT)

En 2006, l'Estrie a vu naître un partenariat de recherche-action entre la Chaire d'étude en organisation du travail de la Faculté d'administration de l'Université de Sherbrooke (CEOT), le CHUS, le CSSS-IUGS et le CSSSG. Ce projet de recherche visait l'expérimentation d'une approche novatrice de transformation de l'organisation du travail pour réduire l'impact de la pénurie de main-d'œuvre qui sévit dans le secteur de la santé. Cette approche, nommée communauté stratégique<sup>7</sup>, pose comme postulat de base que les individus effectuant le travail sont les mieux placés pour réorganiser le travail (CEOT, 2006). Les leaders au niveau opérationnel des divers établissements partenaires se sont réunis en deux communautés stratégiques pour générer de nouvelles idées et les expérimenter. Ce projet de recherche a suscité diverses initiatives de réorganisation du travail au sein des établissements du partenariat. Parmi les changements implantés dans le cadre du Projet TOT, nous retrouvons, entre autres, la stabilisation des équipes en oncologie des trois établissements, l'adoption d'une ordonnance collective et l'instauration d'un kiosque d'information sur les organismes communautaires (Roy *et al.*, 2009).

---

<sup>7</sup> Une communauté stratégique est « une structure de collaboration stratégique interorganisationnelle *ad hoc* composée de gestionnaires ou de personnels de coordination, de professionnels, de spécialistes et même de clients dont le mandat consiste à générer et à mettre en pratique [et évaluer] des idées nouvelles concernant des services à offrir ou des produits à créer. » (Roy *et al.*, 2009 :37)

## F. SYNTHÈSE DE LA PROBLÉMATIQUE

En voulant améliorer le continuum de soins oncologiques et palliatifs, les différents établissements de santé ainsi que le Gouvernement du Québec ont mis sur pied une multitude de changements. Nous devons maintenant réfléchir à leur impact sur la mise en réseau des organisations. Est-ce que ces dernières entretiennent plus de liens qu'auparavant? Une analyse descriptive de la situation prévalant en 2006 et de la situation actuelle (2010) est primordiale pour être en mesure d'apprécier la vitalité du réseau.

Dans le prochain chapitre, nous expliquerons ce qu'est un réseau, comment nous définissons sa performance et nous élaborerons sur son adaptation au secteur de la santé.

## **CHAPITRE II :**

### **CADRE THÉORIQUE DE L'ÉTUDE**

Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) voulait, par ses restructurations, « mettre l'accent sur l'amélioration des services à la population [...] qui devront être plus accessibles, mieux coordonnés, plus personnalisés et dispensés sans ruptures d'un intervenant à l'autre ou d'un service à l'autre », tout en favorisant le travail interorganisationnel (ADRLSSSE, 2004a). En 2003, le Gouvernement du Québec s'est engagé à implanter des réseaux de services intégrés avec l'adoption du Projet de loi 25. Celui-ci consistait à remplacer les Régies régionales de santé par de nouvelles instances, soit les Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (P.L. 25, 2003). Dès lors, le Gouvernement du Québec préconisait un mode d'organisation en réseau pour rapprocher les services de la population et assurer la présence d'un continuum complet

sans accroc pour le patient (P.L. 25, 2003). Aux yeux du ministère, ce mode d'organisation était celui à privilégier pour faire face aux défis d'organisation du travail. Dans les lignes qui suivent, nous présenterons ce que nous entendons par organisation réseau; par la suite, nous illustrerons comment l'organisation réseau s'est transposée dans le secteur de la santé selon les auteurs du domaine. Nous aborderons la question de la mesure de l'efficacité et de l'évaluation de la performance des réseaux dans ce secteur. Finalement, nous présenterons un modèle qui intègre les principaux concepts abordés et nous conclurons ce chapitre par l'énoncé de la question de recherche.

## A. LE CONCEPT DE RÉSEAU

### 1. Qu'est-ce qu'un réseau?

Le concept de réseau, pris dans son sens large, peut être observé à plusieurs niveaux. En effet, les réseaux peuvent être développés sur les plans individuel (un réseau social), organisationnel et international (Hill, 2002). Le concept de réseau peut donc avoir des significations très distinctes. Compte tenu de notre problématique de recherche, nous nous concentrerons essentiellement sur l'étude des réseaux organisationnels, c'est-à-dire des réseaux d'organisations fondés sur la nécessité de prestations efficaces et efficientes (Collerette, 2005). Même si nous nous limitons au plan organisationnel, le concept de réseau demeure très large (Bottrup, 2005). Deux

éléments émergent des écrits. Tout d'abord, il est difficile de cerner les réseaux interorganisationnels, puisqu'il n'y a pas de théorie unique qui les encadre (Zaheer *et al.*, 2010). Ensuite, cette difficulté à théoriser les réseaux interétablissements s'explique en partie par la multiplicité des formes qu'ils peuvent prendre (Roy et Audet, 2003), ainsi que par la multitude de niveaux d'analyse (Zaheer *et al.*, 2010). Selon Ortiz *et al.* (2005), un réseau peut être défini comme un groupe de fournisseurs qui se sont mis ensemble pour atteindre des objectifs tout en maintenant un certain degré d'autonomie, Chisholm (1998), de même que Barringer et Harrison (2000), abondent dans le même sens en définissant un réseau comme une constellation d'entreprises indépendantes – trois ou plus selon Provan et Kenis (2008) – qui s'unissent pour atteindre des buts qu'elles n'auraient pas été capables d'atteindre isolément. L'atteinte de ces buts se fait de façon proactive et est systématiquement basée sur l'engagement et la confiance (OMS, 1998). Quant à lui, Arhne (1994; dans Bottrup, 2005) affirme que les réseaux représentent une voie de coopération caractérisée par l'informel et une organisation non hiérarchique. D'autres auteurs ajoutent la nécessité d'une participation volontaire au réseau (Mitchell et Shortell, 2000; Weiner *et al.*, 2000; Arhne, 1994 dans Bottrup, 2005). Toutefois, contrairement à ce qu'ils disent, il existe certaines situations où le volontariat n'est pas de mise, par exemple lorsqu'une législation encadre ou oblige des gens ou des organisations à œuvrer en réseau. Certains auteurs considèrent qu'il ne devrait pas y avoir de membres hiérarchiquement supérieurs aux autres et que le réseau devrait être contrôlé par ses membres (Mitchell et Shortell, 2000; Weiner *et al.*, 2000; Arhne, 1994 dans Bottrup, 2005). Adoptant cette perspective, Chisholm (1998) estime qu'il ne devrait pas y avoir de donneur d'ordres à l'intérieur d'un réseau, ni de source de

pouvoir centralisé, et qu'il ne devrait pas y avoir d'unité administrative distincte pour gérer le réseau. Au contraire, Provan et Milward (2001), de même que Roy et Audet, (2003) font référence à des réseaux plus structurés dans lesquels un donneur d'ordres domine et contrôle ses partenaires d'affaires. C'est le cas notamment des entreprises adoptant l'impartition comme stratégie d'organisation du travail.

Suite aux propos des auteurs, il est possible de classifier les réseaux organisationnels en deux grandes catégories. La première forme, construite autour d'un donneur d'ordres, regroupe des fournisseurs qui s'associent à ce dernier pour fabriquer un produit ou réaliser un mandat dont il a la charge. La deuxième forme, ne présentant pas de liens hiérarchiques, regroupe des partenaires relativement égaux qui se réunissent pour atteindre leurs objectifs respectifs et communs. Indépendamment de la forme principale que prend le réseau, ce dernier peut se doter d'une structure formelle ou informelle, s'appuyer sur le volontariat des participants ou non et ses membres peuvent jouir d'un degré d'autonomie organisationnelle également variable. Finalement, un réseau peut être intégré horizontalement ou verticalement. L'intégration horizontale consiste en l'affiliation d'organisations comportant une certaine similitude dans les biens ou services qu'elles produisent (Hill, 2002; RRSSE, 2001). Nous pouvons citer l'exemple d'une quincaillerie qui en acquiert une deuxième pour augmenter ses parts de marché. De l'autre côté, l'intégration verticale implique le regroupement d'organisations détenant des offres de services distinctes, mais complémentaires (Hill, 2002; RRSSE, 2001; Whetten, 1981). L'intégration verticale est présente, par



exemple, lorsque nous retrouvons des liens entre un producteur de produits chimiques, un manufacturier de peinture, un fournisseur de peinture et un détaillant de peinture. Nous remarquons alors que toute la chaîne de distribution de peinture est intégrée. Contrairement aux éléments mentionnés ci-dessus, qui sont variables, l'établissement d'une relation « gagnant-gagnant » et d'un niveau élevé de confiance mutuelle entre les partenaires est inhérent à la pérennité du réseau (Bottrup, 2005; Montreuil et Morisset, 1998).

Il est aussi possible de distinguer quatre types de réseaux en fonction de leur finalité. Premièrement, il y a les réseaux de développement, qui ont pour but explicite d'aider le développement organisationnel et de faciliter l'apprentissage. Ces réseaux sont habituellement intégrés horizontalement. Les partenariats entre les universités et les entreprises pour développer les connaissances des personnels constituent des exemples de ce type de réseau (Sondergaard *et al.*, 1997; dans Bottrup, 2005). Deuxièmement, il y a les réseaux de régulation. Ce sont des réseaux dans lesquels les autorités locales et les entreprises se réunissent pour trouver des façons de favoriser le respect de la législation. Dans cette optique, les entreprises pétrochimiques pourraient se réunir en réseau pour trouver des moyens de réduire leur impact sur l'environnement et ainsi respecter le protocole de Kyoto (*Ibid.*). Troisièmement, il y a les réseaux d'entreprises, qui sont concernés par l'optimisation de la production et la réduction des coûts pour devenir plus efficaces. Ce sont habituellement des réseaux intégrés verticalement, regroupés autour d'un donneur d'ordres. L'entreprise Nike en représente un exemple parfait. Nike a

transféré la totalité de sa production aux fournisseurs présents dans son réseau, se concentrant ainsi uniquement sur le marketing et la recherche et développement (Roy et Audet, 2003). Les activités de ces réseaux peuvent générer des apprentissages et du développement organisationnel, mais ce n'est pas ce pour quoi ils existent. Finalement, il existe des réseaux hybrides, c'est-à-dire des réseaux qui construisent leur propre version d'organisation en réseau en puisant dans les différentes formes prédéfinies, afin d'obtenir un modèle qui convient parfaitement à leurs besoins (Hasnain-Wynia *et al.*, 2001; Hakansson *et al.*, 1999). Dans le cadre de notre étude, nous concentrerons davantage notre attention sur une forme de réseau qui s'apparente aux réseaux d'entreprises et à leur version hybride.

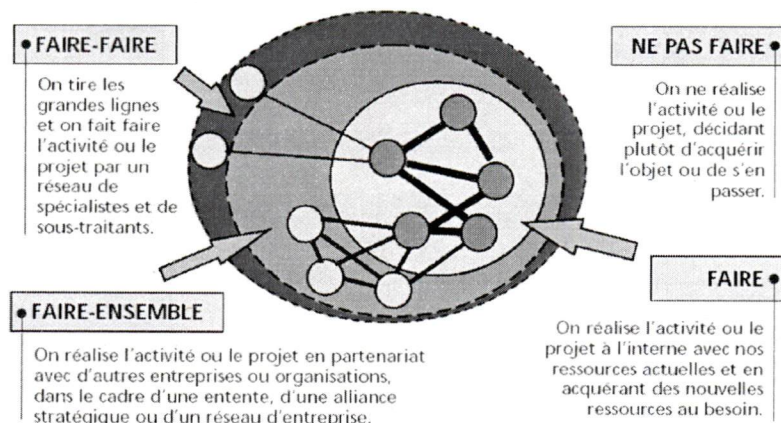
En nous basant sur les caractéristiques des réseaux proposées par les auteurs, nous avons formulé la définition suivante, qui sera utilisée dans le cadre de notre étude sur le secteur de la santé et des services sociaux : « un réseau est un regroupement d'organisations ayant des compétences distinctives et complémentaires, qui établissent des liens entre elles de façon à faciliter l'atteinte de leurs objectifs respectifs et communs. »

## 2. Les caractéristiques des entreprises réseaux

Il n'y a pas de consensus entre les auteurs sur les caractéristiques typiques des réseaux, puisqu'il n'y a pas de définition commune de ce qu'est un réseau. Dans leurs travaux de 1998, Montreuil et Morisset proposent un ensemble de caractéristiques de l'organisation réseau :

- Elle vise l'optimisation de la valeur créée dans une perspective relationnelle réseau.
- Elle fait des choix stratégiques concernant les dilemmes entre faire, faire faire, faire ensemble et ne pas faire (voir figure 5).
- Elle est basée sur des liens de partenariat fondés sur la « confiance mutuelle, le partage des risques et bénéfiques, et le développement d'une approche gagnant-gagnant ».
- Chacun des partenaires se concentre sur ses habiletés distinctives pour enrichir la relation.
- L'organisation flexible, que procure le réseau, lui permet de se reconfigurer continuellement.
- La structure du réseau favorise une débureaucratization et une bonne coordination entre les services.
- Dans une optique d'optimisation du potentiel du personnel, elle met en place des mécanismes favorisant le développement et l'apprentissage, tant tacite qu'explicite.

Figure 5: Le choix stratégique de réseautage



Source : Montreuil et Morisset, 1998

Dans leur modélisation des nouvelles formes d'organisation du travail, Roy et Audet (2003) ont limité leur conception du réseau à la configuration comprenant un donneur d'ordres, dont la taille peut varier selon les contextes. Pour eux, l'entreprise réseau vise la pérennité dans ses relations avec ses partenaires, ce qui la pousse à établir des liens contractuels durables à moyen et long terme avec les autres organisations du réseau. Tout comme Montreuil et Morisset (1998), Roy et Audet (2003) soulignent que chacune des organisations contribue au réseau en se concentrant sur l'utilisation de ses compétences distinctives.

Selon Popp *et al.* (2005), les réseaux se caractérisent par leurs connexions volontaires et leurs relations avec le système, les organisations et les individus. Les membres d'un réseau peuvent être plus ou moins liés entre eux, mais, sans distinction,

ils sont tous engagés dans la réalisation de la vision à l'origine de la création du réseau (Chisholm, 1996 dans Popp *et al.*, 2005).

## B. LES RÉSEAUX DANS LE MILIEU DE LA SANTÉ

Maintenant que les bases ont été jetées au sujet des réseaux organisationnels, nous décrirons plus en détail les réseaux tels qu'ils apparaissent dans le secteur de la santé au Québec. Vous remarquerez qu'il y a des différences notables entre les réseaux d'entreprises de production et de services et ceux qui composent le secteur de la santé québécois. Ces variations s'expliquent, entre autres, par le caractère public du système de Santé et des Services sociaux du Québec (SSSS) et par une législation qui lui est propre. La section qui suit présente les réseaux de services en santé pour ensuite aborder l'étude de la performance de ce type de réseaux.

### 1. Qu'est-ce qu'un réseau de services intégrés?

S'il n'y a pas encore de consensus sur la définition de ce qu'est un réseau organisationnel, le consensus n'existe pas davantage lorsque nous faisons référence au réseau de services intégrés (RSI) (Drazen et Nelson, 1999 dans RRSSE, 2001). Une première définition des RSI proposée par Shortell *et al.* dès 1994 est toujours d'actualité aujourd'hui, puisque Fleury la reprend en 2006. Ils définissent le RSI comme étant un

ensemble d'organisations qui distribuent des services coordonnés le long d'un continuum pour une population donnée. À cette définition, d'autres auteurs ajoutent l'importance d'incorporer des aspects sociaux à la dimension médicale et de considérer les réseaux comme des systèmes dynamiques, c'est-à-dire qui évoluent à travers le temps (Leutz, 1999; Kodner, 2002; Fleury et Mercier, 2002; dans Fleury, 2006).

Avant la création des Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (ADRLSSSS), la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie (RRSSSE) tentait d'arriver à une définition des RSI en se basant sur les définitions régulièrement citées dans les écrits :

Un réseau intégré de services est un ensemble d'organisations interreliées et complémentaires qui fournit ou assure la prestation d'un continuum de services coordonnés à une population définie d'un territoire circonscrit, en étant responsable des résultats et de l'état de santé de la population desservie (RRSSSE, 2001, p.8).

En 2002, le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) ajoutait que le RSI devait fournir le soutien aux personnes malades et à leur famille. Donc, la responsabilité sociale est ajoutée à la responsabilité médicale déjà prise en charge par les organisations de santé. Le gouvernement du Québec a officialisé les responsabilités des RSI en 2003, lors de l'adoption du projet de loi 25 sur la création des Agences de développement des réseaux locaux de soins de santé et de services sociaux (P.L. 25, 2003).

Les définitions proposées par la RRSSE et le Projet de loi 25 font état de l'existence d'un continuum de services offerts à une population. Cette notion est capitale dans une optique d'organisation en réseau intégré (Leatt *et al.*, 2000). Un continuum de services est une « articulation de services offerts par des organismes du domaine sociosanitaire œuvrant à différents niveaux en un réseau intégré qui permet d'assurer une prise en charge continue, sans ruptures ou incohérences, des personnes (patients ou usagers) qui ont besoin de ces services » (OQLF, 2001; consulté le 7 janvier 2009). Ainsi, le continuum permet d'éviter qu'il y ait une rupture du service et assure que le patient soit suivi du début à la fin de son épisode de soins (Larivière, 2001; dans RRSSE, 2001; Leatt *et al.*, 2000).

Les RSI ne sont pas seulement des regroupements de différents acteurs qui œuvrent auprès d'une clientèle; ils sont un modèle d'organisation du travail plus élaboré, qui intègre les différents organismes offrant des services à cette population. Selon la RRSSE (2001), un réseau intégré a la responsabilité d'une population donnée. Le concept de responsabilité populationnelle est essentiellement basé sur la considération de la santé comme une richesse collective (ADRLSSSSM, 2004). Ainsi, le rôle des établissements n'est plus seulement de soigner et de guérir les patients, mais également de prévenir la maladie et de promouvoir la santé (*Ibid.*). Vous trouverez en annexe II un tableau sommaire montrant les principales différences entre l'approche traditionnelle et l'approche populationnelle pour définir l'offre de service dans le domaine de la santé. De ce fait, les services qu'offre le RSI doivent être fondés sur les

besoins réels de cette population plutôt que sur ceux des membres du partenariat (Mitchell et Shortell, 2000). En accord avec la prescription du MSSS, l'Assemblée nationale a rendu les organisations imputables du respect de cette approche populationnelle à travers le Projet de loi 25 (art. 25), qui stipule que les Agences doivent :

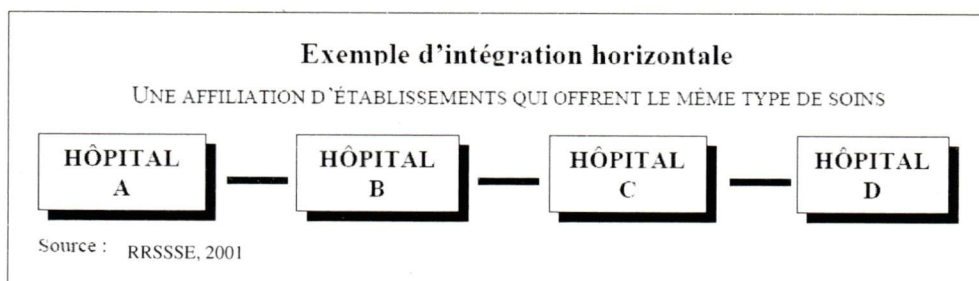
1. assurer à la population de son territoire l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux de première ligne, notamment à des services de prévention, d'évaluation, de diagnostic et de traitement, de réadaptation et de soutien;
2. garantir à la population de son territoire, par le biais d'ententes ou d'autres modalités, l'accès aux services spécialisés disponibles sur le territoire de l'agence ainsi que l'accès à des services surspécialisés et ce, en prenant en considération les activités du réseau universitaire intégré de santé reconnu par le ministre et qui est associé au réseau local de services de santé et de services sociaux. (P.L. 25, 2003, art. 25)

Il existe deux principales catégories d'intégration des services. La première correspond à l'intégration horizontale (figure 6). Tel que mentionné dans la section sur les réseaux organisationnels, une intégration horizontale consiste en l'affiliation d'organisations qui fournissent des services similaires (Leatt *et al.*, 2000), mais qui décident de se réunir pour faire des économies d'échelle et du partage de dépenses de gestion, pour avoir une offre de services mieux coordonnée et pour réduire le dédoublement des postes (RRSSSE, 2001). Les organisations qui font partie de ce type de réseau sont habituellement indépendantes administrativement (MSSS, 2002). Ce type



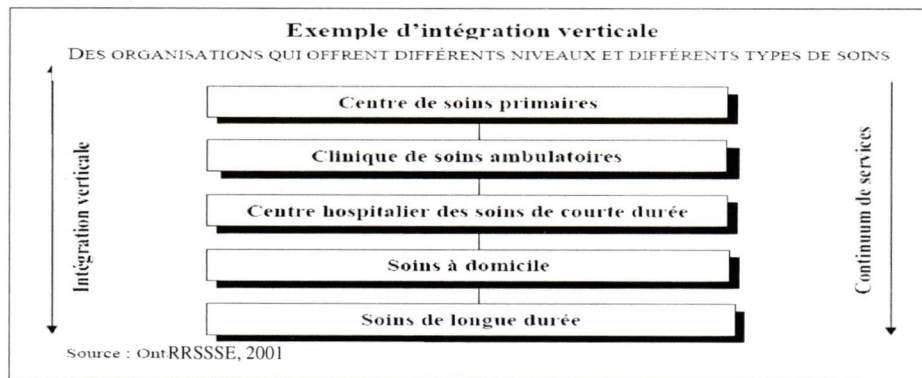
d'intégration permet à chacun des partenaires de participer au réseau tout en considérant sa propre réalité et en respectant sa vision particulière des situations (*Ibid.*).

Figure 6: Exemple d'intégration horizontale



La deuxième forme d'intégration des services est verticale. Elle renvoie à la consolidation d'organisations avec une offre de services distincte (RRSSSE, 2001; Leatt *et al.*, 2000), habituellement regroupées sous une coordination unique (MSSS, 2002). Toutefois, ce type d'intégration peut également être sans régie ou propriété commune (Leatt, 2002). L'intégration verticale peut mener à une fusion des organisations membres. Les buts d'un système intégré verticalement concernent l'amélioration de l'efficacité de l'offre de service à travers tout le réseau (Barber *et al.*, 1998). En fait, il s'agit d'un regroupement d'organisations se situant à divers endroits du continuum pour offrir les services et qui assure une transition sans heurt quand le patient change d'organisation (Leatt, 2002).

Figure 7: Exemple d'intégration verticale



En Estrie, nous avons affaire à un réseau intégré verticalement. En effet, le cadre législatif québécois a forcé les organisations du milieu de la santé à se réunir pour offrir les meilleurs soins possible à la population d'un territoire (P.L. 25, 2003). Ainsi, pour offrir un continuum de services plus près de la population, elles ont été obligées d'intégrer les services verticalement tels qu'illustrés à la figure 7. Dans le même ordre d'idées, la responsabilité sociale à laquelle les organisations sont tenues favorise l'intégration verticale. Les organisations sont imputables de la santé et du bien-être de toute la population de leur territoire, et ce, même si ce n'est pas directement inscrit dans leur offre de services. Toutefois, l'historique de fonctionnement en silos des organisations de la santé favorise le maintien d'une certaine indépendance entre ces dernières et évite ainsi la création d'une coordination unique ou d'une fusion des établissements.

En plus de sa responsabilité envers la population et de l'intégration multidimensionnelle, un réseau doit avoir à sa disposition des systèmes d'information permettant une connectivité entre les différents intervenants et permettant également l'accès aux données qui concernent la performance des établissements (coût, qualité des services, satisfaction des patients, etc.) (RRSSSE, 2001).

Selon Shortell *et al.* (1993; 2000), il existe trois grandes caractéristiques stratégiques qui entrent dans l'analyse d'un réseau, soit l'étendue, la profondeur et la concentration géographique. L'étendue réfère au nombre de différentes fonctions et de différents services offerts au long du continuum de soins. Un certain degré d'étendue est nécessaire pour assurer une intégration verticale. La profondeur, quant à elle, est représentée par le nombre d'unités opérationnelles différentes, dans un système donné, qui offrent un même service. Elle permet d'assurer une intégration horizontale. Finalement, la concentration géographique est représentée par la mesure de la proximité des unités opérationnelles dans un système. Elle peut être mesurée par la distance moyenne entre les différentes unités ou le temps moyen pour voyager entre toutes les unités.

Pour les organisations des RSI, les concepts de densité, de centralité et de stratégies d'intégration sont cruciaux. La densité permet de jauger « the extent to which the network organizations are interconnected, or linked to one another, and reflects

network cohesiveness »<sup>8</sup> (Provan et Milward, 1995). La centralité réfère au nombre de liens qui unissent une organisation aux autres acteurs du réseau (Zaheer *et al.*, 2010). En fait, l'importance d'une organisation au sein du réseau peut être mesurée de deux façons, soit par la centralité, comme nous venons de le mentionner, ou par le prestige, qui représente le nombre de liens entrant (*Ibid.*). La centralité et le prestige qu'un établissement détient augmentent son pouvoir et son contrôle sur les autres acteurs du réseau (Cook, 1977; Levine et White, 1961; dans Fleury, 2006). Les stratégies d'intégration sont définies comme des mécanismes développés pour influencer la cohérence, l'efficacité et la coordination des activités du système aux niveaux structurel, fonctionnel et clinique, incluant les médecins (Fleury, 2006).

Les réseaux du milieu de la santé peuvent être considérés sous quatre angles, soit la mission, la structure, le processus et la prestation de services (Popp *et al.*, 2005; Hill, 2002). La mission définit les objectifs du réseau : pourquoi existe-t-il? (Hill, 2002). Le réseau doit développer une vision claire et bien articulée de son rôle dès le début de sa formation (Popp *et al.*, 2005). La structure répond au « comment », incluant la constitution, l'administration, la régulation, etc. (Popp *et al.*, 2005; Hill, 2002). Le processus sert à trouver la façon dont le réseau va remplir sa mission, poursuivre sa vision (Hill, 2002) via par exemple la coordination, l'apprentissage et l'évaluation (Popp *et al.*, 2005). Finalement, le niveau de prestation de service représente toutes les

---

<sup>8</sup> Traduction libre : « dans quelle mesure les organisations du réseau sont interconnectées, ou liées l'une à l'autre, et reflète la cohésion du réseau ».

activités que le réseau effectue dans le cadre de sa vision, de sa structure et de son processus (Hill, 2002). Dans l'esprit des réseaux, ces différents niveaux ne sont pas hiérarchiques; ils servent plutôt de guides pour faciliter la compréhension de ces derniers (*Ibid.*).

## **2. Pourquoi un réseau de services intégrés?**

Tel que mentionné dans l'introduction de la problématique, l'environnement des organisations contemporaines est largement bouleversé par différents facteurs. Le milieu de la santé québécois ne fait pas exception. Déjà en 1998, Bergman *et al.* (dans RRSSE, 2001) présentaient les principaux défis des organisations de la santé au Québec, qui sont toujours d'actualité 10 ans plus tard. Actuellement, les établissements de santé travaillent en parallèle, en silos, plutôt qu'en complémentarité (*Ibid.*). À cela s'ajoutent une fragmentation des services (*Ibid.*), une pénurie de main-d'œuvre et une instabilité financière (Ortiz *et al.*, 2005), avec pour résultat un environnement organisationnel quelque peu menaçant.

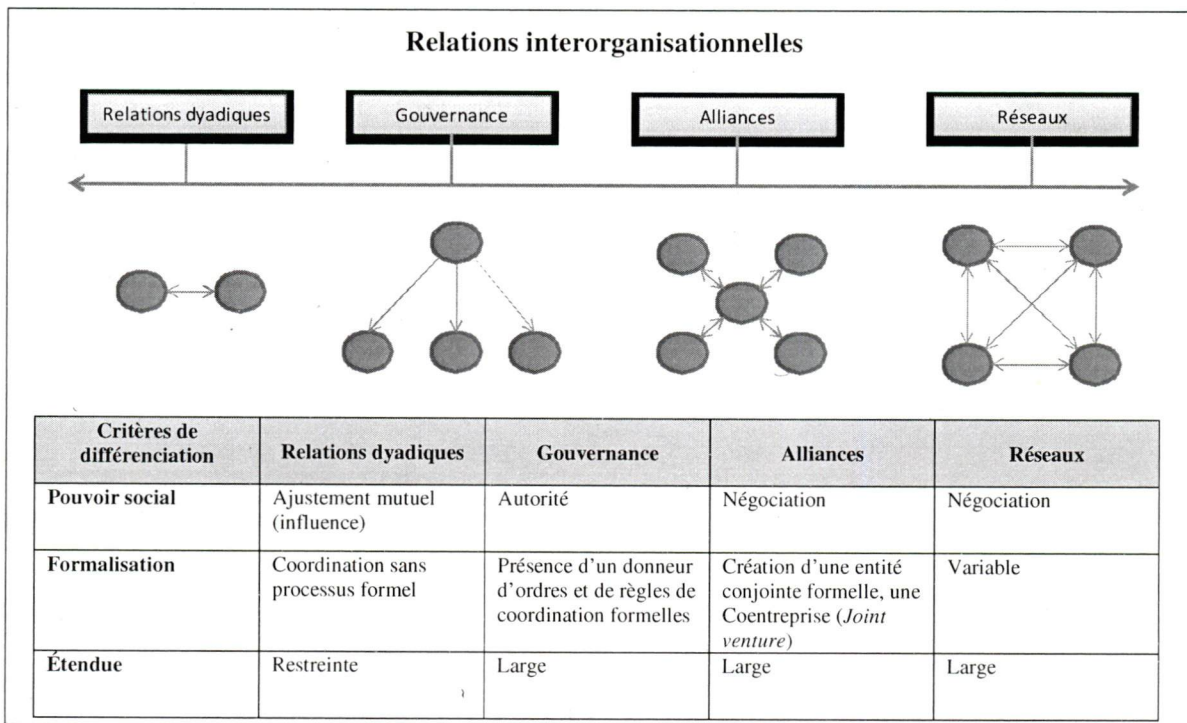
La formation de réseaux peut être vue comme une réponse stratégique à l'environnement turbulent et incertain du milieu de la santé (Hill, 2002), puisque de tels partenariats permettent d'acquérir les ressources dont les organisations ont besoin (Ortiz *et al.*, 2005). La mise en place d'un réseau devrait permettre de recentrer les activités

des organisations membres autour du client (RRSSSE, 2001). Selon Fleury (2006), les RSI sont une des solutions principales pour améliorer les services destinés aux clientèles avec des problèmes de santé chroniques ou complexes. Selon Browne *et al.* (2007), l'organisation réseau s'est révélée être un moyen de coordination entre des établissements autonomes, pour ne pas dire indépendants, afin d'offrir des services de santé complexes à la population. Plusieurs auteurs estiment que les RSI améliorent la qualité des services et l'efficacité organisationnelle, et qu'ils facilitent les opérations complexes sans limiter les avantages d'une intervention spécifique aux besoins locaux (Fleury, 2006; Hill, 2002; Poirier *et al.*, 2001; RRSSSE, 2001).

### **3. Les relations interorganisationnelles**

Les relations interorganisationnelles représentent, sans trop de doutes, l'élément le plus important dans la mise en réseau des organisations. En fait, sans l'apparition ou l'accentuation de ces relations, l'entreprise réseau perdrait tout son sens, puisque les organisations n'auraient pas de liens entre elles. Ces liens peuvent prendre des formes différentes, allant d'une relation dyadique à un réseau (Whetten, 1981). Le cadre conceptuel proposé par Whetten (1981) permet de bien comprendre les différences qui existent entre les modes de relation et de coordination que les organisations peuvent entretenir entre elles. Nous l'avons toutefois actualisé et transposé dans le secteur de la santé du Québec, tout en nous inspirant des travaux de Fleury (2006).

Figure 8: Continuum des relations interorganisationnelles



Source : adapté de Whetten, 1981 et de Fleury, 2006

Parmi les critères de différenciation des relations interétablissements, nous retrouvons le pouvoir social, la formalisation et l'étendue. Le pouvoir social représente le cadre qui définit la prise de décision et le contrôle (Mitchell et Shortell, 2000). Il est basé sur l'influence, la négociation ou l'autorité (Fleury, 2006). Le degré de formalisation atteste de la stratégie d'intégration utilisée : par exemple, un appel téléphonique versus un contrat de services (Fleury, 2006). L'étendue correspond au nombre de partenaires, à la nature des échanges (ressources financières, humaines et matérielles, services, clients, connaissances et outils cliniques) et à la portion du

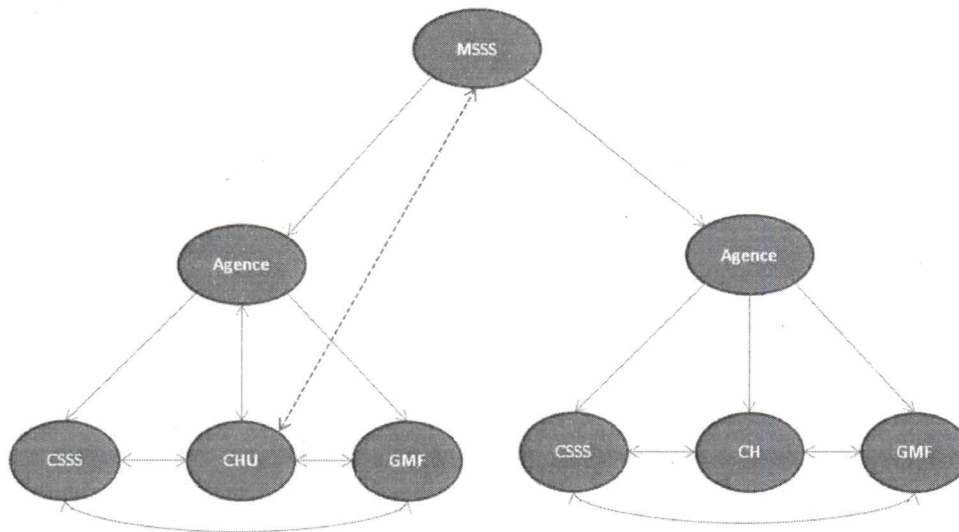
territoire ou du marché couverte par l'organisation (Fleury, 2006; Hill, 2002, Leatt *et al.*, 2000, Shortell *et al.*, 1993, 2000, 2000a; Mitchell et Shortell, 2000).

Les relations dyadiques représentent la forme la plus simple d'interactions entre deux organisations (Whetten, 1981). Elles s'opèrent par une coordination entre les deux établissements, sans contrat formel. L'étendue de ce mode d'interactions est assez restreinte, puisqu'il n'implique que deux organisations. Passons maintenant à une forme plus hiérarchique d'interactions, soit la gouvernance. Le contrôle est beaucoup plus présent dans ces relations, puisqu'un donneur d'ordres formel dicte la façon d'agir aux autres membres. De son côté, l'alliance est une forme d'interactions plus formelle; les organisations membres créent une entité commune distincte pour accomplir leurs buts communs. La négociation est au cœur des rapports entretenus par les organisations. Par exemple, des pétrolières pourraient s'unir pour partager les coûts de l'exploration des champs pétrolifères en créant une entreprise conjointe d'exploration. Finalement, il y a les réseaux, qui représentent le type de relations interorganisationnelles le plus complexe. Les réseaux sont grandement reconnus par les chercheurs et les professionnels comme étant une forme importante de gestion multiorganisationnelle (Provan et Kenis, 2008). Le pouvoir social peut grandement varier d'un réseau autogéré à un réseau géré par une organisation administrative du réseau (OAR) totalement autonome (Provan *et al.*, 2007).



Le cas du secteur de la santé ne peut se classer parfaitement dans l'une ou l'autre des catégories mentionnées plus tôt; il est un modèle hybride d'organisation. Le système de santé et de services sociaux regroupe des éléments de la gouvernance et du réseau intégré. Tout d'abord, il se divise en trois paliers, soit provincial, régional et local. Au palier provincial, le MSSS agit comme donneur d'ordres pour l'ensemble des établissements du Québec en déterminant les « orientations en matière de politiques sociosanitaires » (MSSS, 2008). Au niveau régional, chacune des 18 agences de santé et de services sociaux joue le rôle de donneur d'ordres délégué pour son territoire. Les agences régionales sont « responsables de la coordination de la mise en place des services sur leur territoire respectif » (*Ibid.*). De plus, les agences doivent dresser les priorités régionales, faciliter le déploiement et l'administration des RSI tout en distribuant les ressources financières aux établissements (*Ibid.*). Le système de santé prend sa forme hybride grâce au niveau local, puisque les établissements entretiennent des liens se rapprochant de la perspective du réseau intégré. Ainsi, comme l'illustre la figure 9, les établissements prestataires de services nourrissent des relations interorganisationnelles plus complexes que le serait une simple ligne hiérarchique. En d'autres mots, le système de la santé est organisé en réseau intégré, tout en étant gouverné par deux niveaux de donneurs d'ordres.

Figure 9: Modèle d'organisation du système de santé du Québec



Tel qu'illustré ci-dessus, les liens interorganisationnels diffèrent légèrement lorsqu'il y a présence d'un centre hospitalier universitaire (CHU) sur un territoire. Celui-ci offre une rétroaction en transmettant ses recommandations au MSSS et aux Agences sur l'offre de services, l'instauration de corridors de services, la prévention des bris de services, la formation médicale et l'adéquation entre l'effectif médical universitaire et le plan régional (MSSS, 2008).

### C. L'EFFICACITÉ DES RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS

Maintenant que le portrait est bien dressé concernant les réseaux, nous devons aborder la question de la performance de ces RSI et de sa mesure. Pour ce faire, nous présenterons d'abord les principaux facteurs de succès et de performance des RSI

retenus dans les écrits, pour nous pencher ensuite sur les principaux modèles d'évaluation déjà existants. Nous terminerons en présentant le modèle que nous utiliserons dans le cadre de cette étude.

### **1. Qu'est-ce qu'un réseau de services intégrés performant?**

Pour pouvoir évaluer un RSI, il faut d'abord savoir ce qui le rend performant. Vous trouverez dans les lignes suivantes les principaux facteurs de succès et de performance des réseaux tels que relevés dans les écrits spécialisés du domaine.

Selon Provan et Milward (2001), l'efficacité d'un réseau est déterminée par de multiples facteurs. Il doit, au départ, comprendre plusieurs niveaux de participation (à l'intérieur et à l'extérieur des organisations, des employés de premier niveau aux gestionnaires seniors et sur les plans local, régional et provincial). Les liens entre les individus, les organisations et la communauté doivent être ciblés et appropriés, c'est-à-dire qu'il faut réduire les liens superflus et conserver seulement ceux qui ajoutent de la valeur au réseau (*Ibid.*). De plus, les membres clés du réseau doivent être interdépendants. En d'autres mots, les liens ciblés mentionnés plus haut doivent également être tissés serrés (*Ibid.*). La participation au réseau doit s'appuyer sur la confiance mutuelle et l'engagement envers les objectifs du réseau. Pour ce faire, il faut que ces objectifs soient légitimes (à l'intérieur du système, mais aussi dans une

perspective plus large, soit celle de la communauté), spécifiques, réalisables et attrayants pour les membres. Chisholm (1996; dans Popp *et al.*, 2005) complète Provan et Milward en ajoutant que le réseau doit créer et maintenir une vision qui lie les partenaires ensemble. Roberge *et al.* (2004) ajoutent que cette vision doit être partagée, qu'elle doit inclure l'engagement des médecins et des professionnels et un intérêt des membres à travailler en équipe. Finalement, le réseau doit posséder les ressources suffisantes pour se construire et se maintenir tout en ayant une certaine stabilité dans le temps (Provan et Milward, 2001); il doit également fournir à ses membres des moyens de communiquer ensemble (Chisholm, 1996; dans Popp *et al.*, 2005).

Un réseau performant devrait produire un certain nombre de bénéfices. Or, selon Ortiz *et al.* (2005), les bénéfices escomptés des réseaux concernent l'un ou plusieurs des éléments suivants : (1) l'efficacité des coûts, (2) les économies d'échelle (pour les fonctions du type facturation, gestion des plaintes et gestion de la formation), (3) le partage du personnel et de l'expertise entre ses membres et (4) l'obtention d'une valeur ajoutée, que ce soit au niveau de l'utilisation du personnel ou de la saisie de données. La structure du réseau facilite la capacité des organisations participantes à acquérir les ressources dont elles ont besoin et à augmenter leur efficacité et efficacité (*Ibid.*).

En plus de voir les bienfaits de la mise en réseau au sein des organisations, nous pouvons considérer les avantages à travers les yeux de l'utilisateur, du patient. Celui-ci ne devrait pas répéter l'historique de son parcours à chaque nouvel intervenant qu'il

rencontre, et ce, même lorsqu'il entre dans un nouvel établissement du réseau (RRSSSE, 2001). D'ailleurs, le patient ne devrait pas se sentir comme l'outil de transmission de l'information entre les établissements et les intervenants. Il doit se sentir adéquatement pris en charge au niveau du réseau tout entier (*Ibid.*). Un patient ne devrait pas être maintenu dans un service inapproprié en attendant que l'autre service ou établissement se prépare à le recevoir. De plus, il devrait avoir accès en permanence à des services de première ligne (*Ibid.*). La mise en réseau des organisations devrait permettre aux patients de recevoir leurs soins le plus près possible de leur milieu de vie naturel (MSSS, 2002). Grâce à une meilleure coordination le long du continuum, le patient n'aura pas besoin de refaire les mêmes tests et examens d'un établissement à l'autre (Leatt *et al.*, 2000), ce qui réduira le dédoublement et la redondance. Par contre, cet élément implique une grande confiance entre les individus et les établissements.

La confiance n'est pas un comportement que les organisations peuvent adopter, mais plutôt un phénomène relationnel qui se bâtit à travers les activités de coordination et de coopération (Côté, 2007). Quatre concepts sous-tendent la notion de confiance, soit la coopération, la prévisibilité, l'assurance et le risque (Mayer et Davis, 1995; dans Côté, 2007). La coopération est l'ensemble de règles dont les organisations se dotent pour régir leurs interactions. Or, celles-ci permettront aux acteurs d'entreprendre la création d'une relation de confiance (Côté, 2007). De plus, un certain niveau de prévisibilité de l'autre acteur est nécessaire pour développer la confiance dans une relation. En effet, l'angoisse associée à la relation se voit réduite (*Ibid.*). De même, la compétence, la bienveillance envers les patients et les pairs ainsi que l'éthique au travail

sont des aspects qui augmentent l'assurance et la possibilité de construire une relation de confiance (*Ibid.*). Finalement, il doit y avoir une certaine acceptation du risque. Il faut que les organisations acceptent qu'elles ne peuvent pas tout contrôler (*Ibid.*). C'est lorsque ces éléments sont réunis que nous pouvons voir naître une relation de confiance. Roberge *et al.* (2004) renchérisent en précisant que la confiance interprofessionnelle est un pré-requis au décloisonnement et à la confiance interorganisationnelle. Hill (2002) soulève que les fournisseurs de services sont plus enclins à référer un patient à un autre service ou établissement s'ils connaissent la personne qui le recevra. D'ailleurs, les liens qu'entretiennent les établissements favorisent la création d'une relation de confiance; un haut niveau de confiance au sein du réseau réduit ensuite les coûts de transaction de la relation (Zaheer *et al.*, 2010).

Des aspects constitutifs d'un réseau performant présentés par les auteurs ci-dessus, nous retenons que les organisations membres du réseau doivent être engagées dans un but commun et orientées vers la création de liens interétablissements à valeur ajoutée. De plus, il doit se doter de moyens de communication efficaces pour favoriser le partage d'information et éliminer la redondance interétablissements. Le réseau doit faciliter le partage de personnel et d'expertise afin d'offrir un meilleur service à la population. Finalement, les établissements membres du réseau doivent œuvrer en contexte de confiance mutuelle.

## D. L'ÉVALUATION DES RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS

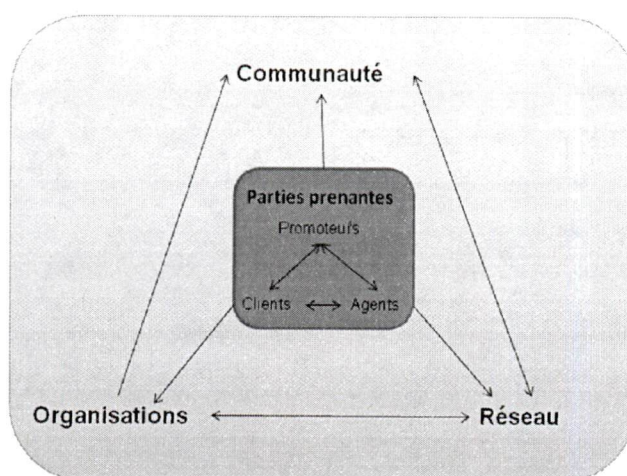
Maintenant que nous connaissons ce qui rend les RSI performants, nous pouvons nous attarder plus spécifiquement à l'évaluation de ces derniers. Comme mentionné plus tôt, il existe peu d'études qui portent sur l'évaluation des réseaux dans le milieu de la santé. Quelques auteurs y ont toutefois réfléchi et ont développé leur propre modèle d'évaluation.

### 1. Provan et Milward (2001)

Selon bon nombre d'auteurs (Fleury, 2006; Popp *et al.*, 2005; Lemieux-Charles *et al.*, 2005; Hill, 2002), le modèle de Provan et Milward (2001) est celui ayant exercé le plus d'influence dans l'évaluation des réseaux en santé. De plus, pour certains, leur recherche est l'une des seules qui s'adressent directement à l'efficacité des réseaux en distinguant différents niveaux d'influence (Popp *et al.*, 2005; Hill, 2002). L'évaluation d'un réseau est beaucoup plus complexe que celle d'une entreprise indépendante (Provan et Milward, 2001). Le principal défi consiste à concilier les intérêts des parties prenantes, différentes d'une organisation à l'autre (*Ibid.*). En adoptant une perspective de parties prenantes multiples, Provan et Milward (2001) ont soulevé trois niveaux d'évaluation de l'efficacité d'un réseau : la communauté, le réseau lui-même et les organisations participantes. Ils ont également identifié trois catégories de parties

prenantes qui jouent des rôles distincts selon le niveau d'analyse : les promoteurs, qui dirigent et financent le réseau et ses activités; les agents, qui travaillent au niveau de l'administration ou de la prestation de services; et les clients, qui reçoivent le service fourni par le réseau. Vous trouverez à la figure 10 ci-dessous une illustration des relations entre les niveaux d'analyse de l'efficacité et les parties prenantes. La théorie de l'agence forme la base de l'étude de ces deux auteurs, puisqu'elle reconnaît qu'il y a une opposition entre les intérêts des acteurs (Provan et Milward, 2001).

**Figure 10: Relations entre les parties prenantes et les différents niveaux d'analyse**



Source: traduction libre de Provan et Milward, 2001

Reprenons chacun des niveaux d'analyse pour les expliciter un peu. Le niveau le plus large d'analyse est celui de la communauté. Le réseau doit être jugé par rapport à sa contribution à la communauté qu'il tente de desservir (Provan et Milward, 2001).



Toutefois, la notion de communauté est difficile à définir avec précision. Aux fins de leur recherche, les auteurs ont défini la communauté comme étant la population qui reçoit un service du réseau. Le réseau doit être évalué à titre de véhicule de la prestation de soins de santé à une population, soins qui ne pourraient pas être réalisés entièrement par une organisation unique (*Ibid.*). Le but des réseaux est d'augmenter les services aux clients en améliorant l'accès, la réactivité et l'intégration, tout en maintenant ou en réduisant les coûts (*Ibid.*).

Au niveau de la communauté, l'efficacité du réseau peut être évaluée grâce à une panoplie de résultats qui le lient à la population qu'il dessert et par un examen des coûts des traitements et des services utilisés par les clients (Provan et Milward, 2001). Le réseau doit satisfaire les besoins des patients. En outre, le public en général doit être pris en compte à titre de partie prenante dans l'évaluation au niveau de la communauté, puisqu'il finance le réseau et les organisations à travers ses impôts et qu'il jouit des bienfaits d'une population en santé (*Ibid.*). La contribution des réseaux à construire un capital social est également un moyen d'évaluer les réseaux (Putman, 1993; dans Provan et Milward, 2001). Fountain (1998) précisent que c'est un résultat important de la coopération et de la collaboration entre les organisations du réseau. En travaillant ensemble, les organisations apprennent à se faire confiance. Ainsi, la confiance bâtie au cours des interactions permet d'implanter un programme conjoint dont la population bénéficiera (Provan et Milward, 2001).

Le deuxième niveau d'analyse concerne l'efficacité du réseau en tant qu'entité interorganisationnelle. Ce niveau est important, puisque nous voulons que le réseau survive à long terme (*Ibid.*). L'efficacité du réseau en tant qu'entité peut être mesurée de différentes façons. Toutefois, la méthode la plus simple consiste à jauger les liens qu'il comporte à l'interne et à l'externe (*Ibid.*). L'étendue des services dispensés par le réseau constitue une deuxième façon de l'évaluer en tant qu'entité. Cette méthode est plus efficace que de simplement additionner le nombre d'organisations faisant partie du réseau; de cette façon, nous pouvons apprécier la complémentarité entre les diverses composantes du réseau (Provan et Milward, 2001). L'efficacité du réseau à ce niveau peut être partiellement mesurée par l'évaluation de la quantité de services de santé dont la population a besoin et la quantité de services que le réseau lui offre réellement (*Ibid.*). Troisièmement, l'évaluation du réseau en tant qu'entité s'avère possible en observant la multiplicité des liens entre les organisations membres (*Ibid.*). Selon Scott (2000), une organisation entretient des liens multiples si elle est connectée de différentes façons à un autre membre du réseau, par exemple, via des références et des liens de planification. Une grande multiplicité des liens rend la relation plus durable, puisque si l'un d'eux se rompt, les deux organisations sont toujours liées l'une à l'autre (Provan et Milward, 2001). En général, plus le nombre et la variété de connexions entre les membres sont élevés, plus le réseau sera en mesure de s'attaquer à des problèmes complexes, d'explorer des nouveautés et de survivre à travers le temps (*Ibid.*). Finalement, l'entité réseau peut être évaluée grâce à son organisation administrative du réseau (OAR), lorsque celle-ci existe. L'OAR est une organisation distincte qui a pour but de gérer administrativement le réseau dans son ensemble. Provan et Milward (2001) ne statuent

pas sur sa nécessité, mais, selon eux, elle serait très aidante pour les réseaux qui prennent de l'ampleur. Si une telle OAR n'est pas présente, les membres participants du réseau devront assurer cette fonction de gouvernance et de gestion (*Ibid.*). Une démarche d'évaluation du réseau à travers l'OAR consiste à mesurer la façon dont elle acquiert et redistribue les ressources au réseau (*Ibid.*).

Le troisième niveau d'analyse proposé par ce modèle s'intéresse aux organisations et aux participants membres du réseau. Ce niveau devrait être évalué selon quatre critères : les résultats pour la clientèle, la légitimité, l'acquisition de ressources et les coûts (Provan et Milward, 2001). Un réseau bien établi permettrait aux organisations de se partager l'information sur les dernières procédures de soins, les idées et les patients. De plus, ces derniers devraient recevoir un meilleur service, puisque le réseau leur offre une gamme de services auxquels ils n'avaient pas accès auparavant auprès d'une seule organisation (*Ibid.*). Par ailleurs, la mise en réseau permet une acquisition des ressources plus aisée grâce à la visibilité qu'elle apporte aux organisations. En plus de favoriser l'obtention de ressources financières, le réseau est plus attractif pour les membres de direction et les employés (*Ibid.*). Une facilité à attirer les ressources ajoutée à une meilleure visibilité aide à asseoir la légitimité des organisations participantes du réseau. Toujours selon Provan et Milward (2001), les organisations regroupées en réseau peuvent réussir à réduire leurs coûts en partageant certaines dépenses avec les autres membres. D'ailleurs, elles peuvent se doter de nouvelles technologies, qui seraient bénéfiques pour la population et qui augmenteraient leur légitimité, en

partageant les coûts de développement, de mise à niveau et de formation (*Ibid.*). Le tableau 3 ci-dessous présente une synthèse des critères d'efficacité utilisés dans ce cadre conceptuel, regroupés selon les niveaux d'analyse et les principales parties prenantes.

**Tableau 3: Synthèse des critères d'efficacité en fonction du niveau d'analyse et des parties prenantes**

Niveaux d'analyse d'un réseau	Principales parties prenantes	Critères d'efficacité
<b>Communauté</b>	<u>Promoteurs et clients</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Groupes de défense</li> <li>• Bailleurs de fonds</li> <li>• Politiciens</li> <li>• Législateurs</li> <li>• Le public en général</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coûts assumés par la communauté</li> <li>• Construction du capital social</li> <li>• L'opinion publique perçoit que les problèmes sont résolus</li> <li>• Changement dans l'incidence des problèmes</li> <li>• Différents indicateurs de bien-être populationnel</li> </ul>
<b>Réseau</b>	<u>Promoteurs et agents</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• OAR</li> <li>• Organisations membres</li> <li>• Les principaux bailleurs de fonds et législateurs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmentation du nombre de membres</li> <li>• Étendue des services offerts</li> <li>• Absence de duplication de services</li> <li>• Multiplicité des liens</li> <li>• Création et pérennité d'une OAR</li> <li>• L'intégration et la coordination des services</li> <li>• Coûts du maintien du réseau</li> <li>• L'engagement des membres envers les buts du réseau</li> </ul>
<b>Organisations et individus participants</b>	<u>Agents et clients</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Membre de la direction</li> <li>• Le personnel</li> <li>• Les clients (individus)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La survie des organisations</li> <li>• Légitimité renforcée</li> <li>• Acquisition de ressources</li> <li>• Le coût des services</li> <li>• Accessibilité des soins</li> <li>• Les résultats pour les patients</li> <li>• Conflits minimaux pour les organisations impliquées dans plusieurs réseaux.</li> </ul>

Source : traduction libre de Provan et Milward (2001)

Selon les auteurs, c'est seulement en satisfaisant minimalement aux besoins de chacune des parties prenantes – promoteurs, agents et clients – que le réseau peut espérer devenir performant. Il est sûr que chacune des parties prenantes privilégie certains aspects de performance en fonction de ses intérêts. Par exemple, le client préférera une efficacité sur le plan de la communauté et des organisations pour être mieux servi lors de son épisode de soins. D'un autre côté, les agents s'intéresseront à la performance au niveau des organisations et du réseau. Par ailleurs, il est important de noter que l'efficacité à un niveau donné ne garantit pas celle associée aux autres niveaux. Pour réussir à bâtir un réseau performant, l'évaluation doit se faire au niveau du réseau et des organisations, tout en mettant l'accent sur l'importance de la satisfaction de la communauté (Provan et Milward, 2001).

Le modèle proposé par Provan et Milward (2001) a participé à l'avancement des connaissances sur l'évaluation des réseaux dans le milieu de la santé. Il est l'un des seuls qui abordent les réseaux en santé avec un donneur d'ordres; cela convient au contexte particulier du système québécois, puisque ce dernier inclut la présence d'un donneur d'ordres à l'échelle régionale et provinciale.

Bien qu'il ait contribué à plusieurs avancées, le cadre conceptuel de Provan et Milward (2001) comporte tout de même certaines lacunes. Tout d'abord, il n'a pas été appliqué à des réseaux existants. Ainsi, il est important de valider auprès d'autres auteurs l'application de ce modèle. De plus, Provan et Milward ont élaboré leur cadre

conceptuel au début de la décennie, un moment où les études sur les réseaux interorganisationnels en santé en étaient à leurs premiers balbutiements. Nous nous devons de considérer l'actualisation de leur modèle à travers les études d'autres chercheurs, qui l'ont adapté et mis en pratique.

## **2. Lemieux-Charles *et al.* (2005)**

La mise en réseau des organisations prestataires de services de santé est souvent évoquée pour répondre à la forte fragmentation des soins. Toutefois, Lemieux-Charles *et al.* (2005) ont pointé le manque d'études empiriques expliquant les différences entre les réseaux efficaces et ceux qui le sont moins. Ainsi, ils ont construit leur modèle en jumelant l'analyse réseau avec la théorie de l'échange de ressources pour mesurer les relations de quatre réseaux ontariens, soit ceux de Niagara, de Hamilton, d'Ottawa et de Toronto. Ils ont concentré leur analyse sur les modes de communication et les flux d'information sans attribuer une valeur à la nature des échanges. Lorsqu'elles sont combinées, les analyses du réseau et la théorie de l'échange de ressources permettent de mieux comprendre les relations qui existent entre les membres d'un réseau et la nature des liens qui les unissent (*Ibid.*). Pour leur étude, les chercheurs ont adapté le cadre conceptuel de Provan et Milward (2001) afin de se pencher uniquement sur les dimensions réseau et organisations participantes, laissant de côté la communauté.

Pour tester leur modèle, Lemieux-Charles *et al.* (2005) ont réalisé une étude de cas sur une période de deux ans et demi auprès de quatre réseaux ontariens du secteur de la santé. Ces derniers étaient composés de 17 à 24 organisations membres qui, au moment de l'étude, étaient toutes volontaires, sans obligations contractuelles ou de OAR (*Ibid.*). Les chercheurs ont examiné dans quelle mesure les organisations étaient liées les unes aux autres (densité) et le degré de centralité de certaines d'entre elles par rapport aux autres (centralité). Un lien entre deux organisations était considéré comme existant lorsque les deux entités en reconnaissaient l'existence. Les auteurs ont identifié deux types de liens possibles entre les organisations, soit des liens administratifs ou des liens cliniques. Les relations administratives regroupent les transactions de ressources telles que le financement, le partage d'employés et d'infrastructure, les programmes de formation conjointe et le partage d'information administrative. Pour ce qui est des liens cliniques, nous retrouvons les références envoyées et reçues, la coordination de cas, les programmes cliniques conjoints, les contrats de services et le partage d'information concernant les patients. De plus, Lemieux-Charles *et al.* (2005) ont mesuré la multiplicité des liens, tel que recommandé en 1998 par Provan et Sebastian.

Tel que mentionné plus tôt, Lemieux-Charles *et al.* (2005) se sont intéressés à deux dimensions pour évaluer l'efficacité du réseau : le réseau et les organisations participantes. Pour évaluer la performance du point de vue du réseau, tous les membres directement impliqués dans les activités de prestation de services du réseau ont reçu un questionnaire basé sur une échelle de Likert à 5 points. La figure 11 ci-dessous montre

les items utilisés dans le questionnaire. De plus, un autre questionnaire a été distribué aux membres des comités directeurs des réseaux. Par contre, cette fois-ci, il était construit à partir d'une échelle de Likert à 3 points. Nous pouvons retrouver les items du questionnaire destiné aux comités directeurs à la figure 12.

Figure 11: Items du questionnaire sur le plan du réseau

<u>Sur le plan du réseau</u>
<i>Échanges administratifs</i>
• Partage de personnel facilité
• Partage d'installations facilité
• Présence de programme de formation conjoint
• Échange d'information administrative facilité
<i>Échanges cliniques</i>
• Processus de référence amélioré
• Gestion de cas facilité
• Échange d'information patient facilité
• Amélioration de l'efficacité des contrats de service
• Promouvoir des programmes cliniques conjoints

Figure 12: Items du questionnaire aux comités directeurs

1. Les organisations membres ont une bonne compréhension du réseau
2. Les organisations membres supportent des buts communs
3. Les organisations membres aident le réseau à atteindre ses buts
4. Il y a un partage d'information entre le réseau et les organisations
5. Le partage d'information entraîne un changement dans la prestation de services
6. La diversité des membres facilite la réalisation des buts du réseau
7. Le réseau communique la façon dont il traitera les problèmes



Sur le plan des organisations participantes, Lemieux-Charles *et al.* (2005) ont récolté les données grâce à un questionnaire ayant une échelle de Likert à 5 points, qui était rempli par un duo composé d'un clinicien et d'un gestionnaire, dû à la complémentarité de leurs fonctions. La figure 13 présente les items du questionnaire en question.

Figure 13: Items du questionnaire sur le plan des organisations participantes

**Sur le plan des organisations participantes**

*Échanges administratifs*

- Fournit suffisamment d'information administrative
- Promeut la coordination administrative
- Aide à accomplir les buts de l'organisation
- Facilite la coordination avec les autres membres

*Échanges cliniques*

- Facilite la continuité des soins
- Promeut la communication
- Facilite la collaboration avec les autres membres
- Fournit suffisamment d'information concernant les soins

Les quatre réseaux étaient majoritairement impliqués dans cinq des neuf types de liens administratifs et de prestation de services présentés à la figure 11: (a) le partage d'information, (b) les références envoyées, (c) les références reçues, (d) la coordination de cas et (e) le partage des informations clients. Suite à l'analyse des données recueillies à l'aide des items des figures 11, 12 et 13, Lemieux-Charles *et al.* (2005) ont soulevé la différence entre le nombre de liens cliniques et de liens administratifs évoqués par les membres des réseaux. Ils ont remarqué que les réseaux manquent des occasions de créer des relations administratives avec les autres partenaires. Dans les trois aspects des

réseaux qu'ils ont testés dans leur recherche – centralité, densité et multiplicité des liens –, la centralité et la multiplicité jouent les rôles les plus significatifs dans ce qu'ils considèrent être la performance d'un réseau. Toutefois, les auteurs précisent que l'efficacité d'un réseau peut être due à certains facteurs qui n'ont pas été pris en compte dans leur étude, telle la planification des activités ou des réunions d'équipe. De plus, le leadership dans les organisations est très important (*Ibid.*). Selon Lemieux-Charles *et al.* (2005), des employés motivés peuvent mettre sur pied des changements et les tester, mais ils ont besoin du support d'un dirigeant qui fournira les ressources et l'appui nécessaires à la mise en œuvre. Finalement, les auteurs précisent qu'ils n'ont fait qu'une seule collecte de données. Ainsi, leur approche n'a pu mesurer la nature dynamique d'un réseau.

### **3. Popp *et al.* (2005)**

Après avoir effectué une recension des écrits, Popp *et al.* (2005) ont découvert un seul modèle s'intéressant à l'évaluation des réseaux et utilisant une approche multidimensionnelle, soit celui de Provan et Milward (2001). Les auteurs ont repris les différents niveaux d'analyse identifiés par Provan et Milward (2001) – communauté, réseau, organisations participantes –, mais ils ont créé un quatrième niveau en différenciant les individus membres des organisations participantes. En plus d'avoir utilisé quatre niveaux d'influence d'un réseau, Popp *et al.* (2005) ont subdivisé chacun d'entre eux en quatre autres catégories, correspondant aux fonctions qu'un réseau doit

opérer – mission/vision, structure, processus et prestation de services. Ainsi, Popp *et al.* (2005) proposent une matrice d'évaluation, ci-dessous, qui regroupe les différents niveaux.

**Tableau 4: La matrice d'évaluation du réseau<sup>9</sup> et un échantillon d'indicateurs**

Fonctions du réseau	Niveau d'impact et un échantillon d'indicateurs				
	Communauté	Réseau	Organisation	Individus	
Mission/vision	<ul style="list-style-type: none"> <li>Compréhension partagée de la mission et des buts.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les politiques alignent la vision et la mission</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Accord d'affiliation signé</li> <li>Perception que le réseau n'a pas d'utilité*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les services sont alignés sur la vision et la mission</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Présence de proches sur les comités directeurs</li> </ul>
Structure	<ul style="list-style-type: none"> <li>Composition du réseau</li> <li>Les activités du réseau incluent la formation, le financement, l'administration, le contrôle, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Politique de développement et d'adoption</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cohésion</li> <li>Centralité</li> <li>Multiplicité</li> <li>Développement et croissance</li> <li>Attitudes collaboratives</li> <li>Dépassement de coûts*</li> <li>Roulement des parties prenantes*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Succès des programmes conjoints</li> <li>Agréments, protocoles et politiques</li> <li>Partage de la base client</li> <li>Partage des bases de données</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Attitudes collaboratives</li> <li>Présence de parents et d'enfants au sein des groupes de travail.</li> </ul>
Processus	<ul style="list-style-type: none"> <li>Qu'est-ce que le réseau fait pour accomplir sa vision?</li> <li>Les activités incluent la coordination, l'apprentissage, le développement, la communication, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Politique de mise en œuvre</li> <li>Moyens de communication</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Structure</li> <li>Délibération</li> <li>Manque de confiance*</li> <li>Manque d'engagement*</li> <li>Manque de temps pour construire une relation*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Participation dans les projets du réseau</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Connaissance accrue au sujet de la santé des enfants</li> </ul>
Prestation de services	<ul style="list-style-type: none"> <li>Partage de la prestation de services</li> <li>Les activités incluent la gestion de cas, l'échange d'information, les références, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Visibilité</li> <li>Absence ou réduction du dédoublement des services</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Partage d'information (p. ex. conférence, journal, rencontre)</li> <li>Incapacité de changer de services*</li> <li>Incapacité de relocaliser les ressources*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Références appropriées</li> <li>Sensibilisation accrue</li> <li>Connaissance accrue</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Partager l'information avec les parents et les familles</li> <li>Liens interétablissements améliorés</li> </ul>

Source : traduction libre de Popp *et al.* (2005)

\* indicateurs reliés à l'extinction de l'élément

<sup>9</sup> Popp *et al.* ont basé leur étude sur un réseau Enfant-jeunesse du sud de l'Alberta (SACYHN).

Suite à l'élaboration de leur matrice, Popp *et al.* (2005) se sont attardés à son application dans l'évaluation de leur réseau. Ils ont procédé en six étapes : (a) identifier les éléments clés de la mission/vision, (b) identifier les dimensions qui sous-tendent ces éléments, (c) identifier les buts du réseau pour accomplir la mission/vision, (d) associer une méthode à la réalisation de chacun des buts, (e) soulever les sources d'information associées aux méthodes et (f) inventorier les indicateurs possibles en les formulant en résultats attendus. Pour collecter leurs données, ils ont effectué une revue documentaire, un sondage auprès des membres, des entrevues semi-structurées avec les principales parties prenantes, des groupes de discussion, des entrevues avec les membres de la direction et une analyse d'investigation des données provenant de toutes les sources. Suite à leur analyse, Popp *et al.* (2005) ont tiré quelques leçons au sujet de l'évaluation des réseaux. Ils ont suggéré de combiner des outils de collectes de données qualitatifs et quantitatifs, puisque cela permet une meilleure compréhension. De plus, un sondage généralisé auprès des membres ne devrait pas constituer la principale source de données, car il est difficile de créer un questionnaire adapté au niveau de connaissance des liens interétablissements de chacun des participants. Ainsi, pour certains répondants, le questionnaire était trop détaillé, tandis que pour d'autres, il ne l'était pas suffisamment. Également, le nombre d'indicateurs devrait être limité pour permettre de lier les résultats à un indicateur précis. Finalement, une triangulation des sources de données qualitatives augmente la compréhension de l'efficacité du réseau.

## E. LE MODÈLE CHOISI POUR CETTE ÉTUDE

Après un examen des modèles construits par les chercheurs du domaine, nous avons élaboré notre propre modèle, correspondant mieux à nos besoins, tout en nous inspirant de nos prédécesseurs. Tout d'abord, nous reconnaissons le travail de Provan et Milward (2001), qui ont identifié trois niveaux d'analyse de l'efficacité des réseaux. Toutefois, pour cette étude, nous aborderons uniquement le niveau du réseau en tant que tel. Cette décision s'explique par un désir de limiter le domaine d'étude pour réduire le nombre d'indicateurs impliqués dans le modèle, et ainsi pouvoir mettre en relation les indicateurs et les résultats tel que suggéré par Popp *et al.* (2005). De plus, Lemieux-Charles *et al.* (2005), ainsi que Popp *et al.* (2005), ont subdivisé leur analyse selon les fonctions qu'un réseau doit assumer. Le premier groupe d'auteurs a divisé les fonctions en deux catégories, soit l'administration et la prestation de services, tandis que le deuxième en a identifié quatre – mission/vision, structure, processus et prestation de services. Pour notre modèle, nous utiliserons la division de Lemieux-Charles *et al.* (2005) en différenciant les aspects cliniques et administratifs. Nous opterons pour un modèle qui évaluera les liens interétablissements, puisque les trois groupes d'auteurs précédents les ont identifiés comme étant des éléments primordiaux pour la performance d'un réseau. Comme en témoignent les différents modèles précédemment cités, l'analyse de la performance des réseaux constitue un domaine vaste, au sens où elle peut être abordée sous de multiples angles. Évaluer toutes les facettes de la performance d'un réseau ne nous semble pas réalisable dans le cadre d'un mémoire de maîtrise, compte tenu des ressources requises pour y arriver. Ainsi, nous concentrerons

cette recherche sur l'analyse de la vitalité du réseau via la multiplicité des liens. Cette étude est préalable à l'évaluation de la performance. Nous nous inscrivons donc dans la logique de l'analyse de la performance des réseaux, mais en nous intéressant plus spécifiquement à l'existence de liens interétablissements.

## F. SYNTHÈSE DU CONTEXTE THÉORIQUE

Le contexte contemporain dans lequel les organisations œuvrent force ces dernières à continuellement se réajuster et à transformer leur organisation du travail. Dans le secteur de la santé, que ce soit celui du Québec, du Canada, des États-Unis et même de l'Europe occidentale, les réorganisations se succèdent pour faire face à cet environnement turbulent. Au Québec, l'option de l'organisation en réseau a semblé répondre en partie aux problématiques des établissements. Le MSSS a d'ailleurs décidé d'officialiser ce choix avec l'adoption du Projet de loi 25 en 2003. Malgré la décennie qui nous sépare de l'apparition des premiers réseaux, le sujet reste passablement jeune et inexploré par les chercheurs. La pénurie d'articles et de projets de recherche est encore plus marquée quand il s'agit de l'évaluation de ces réseaux. Provan et Milward (2001), pionniers dans le domaine, ont effectué la première recherche d'importance s'intéressant à l'évaluation des réseaux dans le milieu de la santé. Par la suite, quelques auteurs, dont Lemieux-Charles *et al.* (2005) et Popp *et al.* (2005), ont ajouté aux connaissances avec leurs travaux. Toutefois, il n'y a pas encore eu de consensus sur la démarche et les critères de l'évaluation des réseaux. De plus, aucun des modèles

élaborés antérieurement ne répondait directement aux besoins spécifiques de notre étude. Nous avons donc élaboré notre propre modèle en nous inspirant de nos prédécesseurs. Ainsi, nous évaluerons la vitalité du réseau en oncologie et en soins palliatifs de l'Estrie, composé du CHUS, du CSSS-IUGS et du CSSS-Granit, à travers les liens interétablissements qu'ils entretiennent. Ces liens seront mesurés via leur multiplicité, puisque cette mesure est réputée contribuer à la performance des réseaux (Lemieux-Charles *et al.*, 2005). Cela nous a donc amené à formuler une question de recherche en lien avec ce modèle.

#### G. QUESTION DE RECHERCHE

Ce mémoire s'articule autour de la question de recherche suivante : *Quelle est l'incidence combinée des différentes initiatives de changements depuis 2006 sur la multiplicité des liens interétablissements du réseau dans le continuum des soins oncologiques et palliatifs en Estrie?*

## **CHAPITRE III :**

### **CADRE MÉTHODOLOGIQUE**

Cette étude a pour principal objectif de décrire l'évolution des liens interétablissements dans le réseau estrien en oncologie et en soins palliatifs, suite aux différentes initiatives nationales, régionales et locales d'amélioration du fonctionnement du système de santé et de services sociaux. Dans ce chapitre, nous vous présenterons les positions ontologiques et épistémologiques qui ont dicté la réalisation de cette étude. Le détail de la méthodologie utilisée sera présenté, ainsi que la stratégie d'analyse employée. Nous terminerons ce chapitre en présentant les considérations sur la validité et l'éthique de l'étude.



## A. CONSIDÉRATIONS ONTOLOGIQUES ET ÉPISTÉMOLOGIQUES

### 1. Paradigme de recherche

L'étude du réseau en oncologie et en soins palliatifs de l'Estrie s'inscrit dans un paradigme post-positiviste au sens de Guba et Lincoln (1994). Selon eux, tout comme le positivisme, le post-positivisme se consacre à la recherche de la réalité, mais en y apportant un regard critique. Les études post-positivistes acceptent que notre perception de la réalité ait des imperfections. Cette recherche tente de mieux comprendre la performance des réseaux en santé en appliquant un modèle d'évaluation inspiré d'autres auteurs. Contrairement au positivisme qui soutient une indépendance entre la réalité et l'objet observé par le chercheur, le post-positivisme accepte l'influence du sujet sur son environnement (Perret et Séville, 2007). De plus, le positivisme tente de vérifier une hypothèse dans une logique déductive par des méthodes quantitatives, contrairement au post-positivisme qui a recours à des méthodes tant quantitatives que qualitatives (Lincoln et Guba, 2000). Puisqu'une étude post-positiviste s'effectue dans un milieu réel, les résultats ne sont pas généralisables, mais plutôt transférables avec une certaine adaptation au nouveau milieu (Perret et Séville, 2007).

## **2. Recherche appliquée en milieu réel**

Dans le cadre de cette étude, nous nous intéressons à la création de connaissances dans une vision de résolution de problèmes spécifiques et pratiques. Ainsi, nous nous préoccupons du transfert et de l'application de ces connaissances dans un milieu réel, ce qui s'inscrit dans une perspective de recherche appliquée (Grinnell *et al.*, 2005).

L'objet de la science appliquée est plus précis, plus limité, plus concret. La science appliquée se développe en général comme un prolongement de la science fondamentale et bénéficie alors de son apport théorique (Grawitz, 1996 : 434).

La présente étude ne vise pas le développement de nouvelles théories dans un environnement fermé, mais plutôt l'utilisation d'un cadre théorique existant pour évaluer la vitalité du réseau estrien en soins oncologiques et palliatifs.

## **B. CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES**

### **1. Stratégie de recherche**

Le contexte spécifique de cette étude nous amène à choisir une stratégie de recherche descriptive de l'évolution des liens interétablissements. Cette étude vise à décrire les liens interétablissements présents en 2006 et à les comparer au portrait actuel

(2010), suite aux diverses mesures d'amélioration du continuum de soins oncologiques et palliatifs implantées au cours des dernières années par le Gouvernement du Québec et les établissements de la santé de la région. Cette étude est effectuée *a posteriori* pour être en mesure de dresser un portrait évolutif de la situation.

Ainsi, nous avons fait appel à une stratégie de recherche qualitative. Ce type d'étude est utile pour déchiffrer les situations complexes (Miles et Huberman, 2003), telle la dimension réseau des organisations. Des méthodes de collectes de données variées ont été utilisées afin d'augmenter la fiabilité et de réduire les biais liés à la recherche qualitative. Nous avons effectué notre collecte de données à partir de quatre sources, soit les entrevues semi-dirigées, les observations, l'analyse documentaire et les données secondaires, pour étoffer notre analyse de la situation initiale. Puis, nous avons dressé deux portraits de la situation, c'est-à-dire avant et après la mise en œuvre de divers changements réalisés entre 2006 et 2010.

## **2. Mode d'investigation : étude descriptive**

Dans les pages qui suivent, nous présenterons en détail les modes d'investigation qui ont été utilisés pour collecter les données de cette étude.

a. Entrevues semi-dirigées

À la différence des autres sciences, les sciences humaines et sociales ont la particularité de porter sur les êtres humains. Ainsi, l'entretien nous permet d'écouter ces derniers pour mieux comprendre qui ils sont et ce qu'ils font. L'entretien face-à-face a été préféré à l'entretien téléphonique pour permettre l'observation du non-verbal des participants. De plus, l'établissement d'une relation de confiance est plus difficile en l'absence d'un contact visuel entre les deux interlocuteurs (Grinnell, 2001).

L'entrevue semi-dirigée constitue la principale source de données de cette étude. Le choix d'utiliser l'entrevue semi-dirigée se justifie par la possibilité offerte aux participants de discuter avec le chercheur de façon nuancée et de détailler leur expérience (Savoie-Zajc, 2003). D'ailleurs, notre libre-arbitre lors de l'entrevue semi-dirigée nous permet d'enrichir notre compréhension de l'objet d'étude en approfondissant certains aspects de l'entretien au fur et à mesure qu'il se déroule. Avec une catégorisation rigide établie préalablement, ce n'est pas possible. L'entrevue semi-dirigée est probablement le type d'entrevue le plus utilisé pour récolter des données qualitatives (Mayer et Saint-Jacques, 2000).

### Canevas d'entrevue

Le canevas d'entrevue (voir annexe III) a été élaboré à partir des éléments identifiés comme étant pertinents par Provan et Milward (2001), et adaptés et testés par Lemieux-Charles *et al.* (2005) et par Popp *et al.* (2005). L'utilisation de ces questions nous permet de mesurer la multiplicité des liens interétablissements tout en dressant un portrait descriptif des liens présents en 2006 et en 2010. Nous connaissons les biais liés aux souvenirs des participants, et c'est l'une des raisons qui ont motivé une triangulation des résultats avec d'autres méthodes non obstrusives. Nous élaborerons sur ces méthodes de collectes un peu plus loin dans ce chapitre. Le canevas d'entrevue comprend des questions ouvertes et des questions fermées, adaptées à la réalité des répondants.

### Sélection des participants aux entrevues semi-dirigées

La sélection des participants a été effectuée selon la méthode d'échantillonnage par choix raisonné. Cette méthode est probablement l'une des plus utilisées en recherche en management (Royer et Zarlowski, 2007a). Plus précisément, nous avons utilisé la technique de la « boule de neige » pour sélectionner nos participants (Bryman et Bell, 2007). Au début du processus de collecte, un groupe de cinq individus ayant un rôle dominant dans les relations interétablissements a été rencontré. Ceux-ci ont été en

mesure de désigner de nouveaux interlocuteurs, rencontrés par la suite. Malgré les biais potentiels de cette méthode, elle était la plus susceptible de nous mettre en contact avec les individus qui ont accès aux informations pertinentes pour notre recherche. Les interlocuteurs ont été retenus pour leur connaissance approfondie des liens existant entre les établissements. À ce titre, ils peuvent être considérés comme des experts de la situation à l'étude. Selon Neuman (1997), la technique de la « boule de neige » est la plus appropriée lorsqu'il s'agit d'un échantillon d'experts. Le nombre d'entrevues, déterminé par la quasi saturation des données obtenues, s'est arrêté à 15; des individus provenant des trois établissements et de l'Agence de santé et de services sociaux de l'Estrie (ASSSE).

### Échantillon

Tout en faisant en sorte d'obtenir une représentation interétablissements équilibrée, nous avons atteint une saturation des données dans chacune des organisations. En plus des établissements visés par l'étude, nous avons rencontré une personne provenant de l'Agence de santé et de services sociaux de l'Estrie (ASSSE). L'ASSSE est l'instance qui représente le Ministère de la santé et des services sociaux dans la région. Elle est bien positionnée pour porter un regard sur l'ensemble du réseau régional. Plusieurs répondants ont soulevé son importance lors des entrevues, due à la position d'influence qu'elle occupe dans la mise en œuvre des projets cliniques en oncologie et en soins palliatifs en Estrie.

**Tableau 5: Répartition des répondants selon l'établissement**

Établissement	Nombre de répondants
CHUS	6
CSSS-IUGS	4
CSSSG	4
ASSSE	1
18 heures d'entrevues semi-dirigées	

Les répondants occupaient une variété d'emplois distincts les uns des autres. Nous avons rencontré des gestionnaires exerçant des fonctions et provenant de niveaux hiérarchiques différents. Des intervenants dits « terrain » (IPO et TS) ont également pris part à notre étude. Cette hétérogénéité de notre échantillonnage favorise la création d'un portrait plus riche et complet de la réalité à l'étude. Le tableau ci-dessous présente la répartition des candidats selon la catégorie d'emploi.

**Tableau 6: Répartition des répondants selon la catégorie d'emploi**

Établissement	Nombre de répondants
IPO	1
Travailleur social	1
Gestionnaires de premier niveau	7
Gestionnaires de deuxième niveau	5
Autre	1

### Déroulement de la collecte

Au début de la collecte de données, nous avons identifié cinq personnes pour constituer l'échantillon de départ. Leur implication dans le Projet TOT a permis de les identifier dès le commencement comme étant des personnes clés dans les liens interétablissements en oncologie. Nous avons pris contact directement avec elles pour leur expliquer le projet de recherche et la nature de leur participation. Après ce court entretien téléphonique, nous avons planifié un rendez-vous en face-à-face pour effectuer l'entrevue. À la fin de chacune de ces cinq entrevues, nous posions la question suivante :

« Selon vous, quelles personnes devrais-je rencontrer pour m'aider à dresser un portrait des liens interétablissements? »

Cette question permettait d'identifier les personnes qui étaient considérées par leurs pairs comme des expertes des liens interétablissements. Après la première vague d'entrevues, nous avons contacté les nouveaux participants ciblés afin de prendre rendez-vous pour un entretien en face-à-face. Le processus s'est enchaîné ainsi, jusqu'à ce que trois vagues d'entrevues aient été réalisées. Lors de la troisième série, nous avons observé une quasi saturation des données recueillies, ce qui a mis fin à la collecte de données par entrevues.



Tel que mentionné plus tôt, ces 15 entrevues se sont déroulées de façon semi-directive. La presque totalité des répondants (14) ont accepté que l'entrevue soit enregistrée et la durée moyenne des échanges a été de 75 minutes. La quinzième personne était plus à l'aise de discuter à micro fermé.

Les personnes ayant été invitées à participer à l'étude ont été très réceptives et désiraient partager leurs connaissances des liens interétablissements. Durant l'entrevue, nous prenions des notes sur les propos tenus pour être en mesure de dresser un résumé de chacun des entretiens. Par la suite, nous avons effectué des comptes rendus intégraux (*verbatim*) pour s'assurer de rester fidèle aux propos des participants.

b. L'observation participante

L'observation a été utilisée comme deuxième méthode de collecte de données. Il existe différents niveaux de participation lors d'une observation participante –on peut se présenter comme participant complet, comme participant-observateur ou comme observateur-participant (Baumard *et al.*, 2007). Pour cette étude, nous nous sommes positionné en tant qu'observateur-participant. Nous étions clairement identifié comme chercheur et ne prenions pas activement part à la vie organisationnelle; toutefois, nous pouvions intervenir à certains moments à titre de participant. Il peut y avoir de la

résistance de la part du milieu au commencement, mais elle aura tendance à s'estomper avec le temps si le chercheur démontre une grande neutralité (*Ibid.*).

Malgré la possibilité de codifier et de quantifier les données, et donc de faire une analyse statistique, ce type de collecte de données reste principalement descriptif et qualitatif (Deslauriers et Mayer, 2000). L'observation participante est appropriée lorsqu'elle est utilisée en complémentarité avec d'autres modes de collectes. Ainsi, la crédibilité et la compréhension des résultats est renforcée (Grinnell, 2001; Deslauriers et Mayer, 2000). L'observation est une méthode qui nous permet d'observer le comportement sur le vif plutôt que de se reposer sur les réponses et les interprétations des enquêtés (Guibert et Jumel, 1997). Nous réduisons donc le degré d'interprétation des faits. L'observation est une méthode de compréhension des comportements relativement objective (Johnson et Turner, 2003).

#### Grille d'observation

Une grille nous permettant de colliger les informations recueillies lors de nos activités d'observation a été élaborée (voir annexe IV). Cette grille permet de mettre en évidence les différents éléments caractéristiques du comité ou du groupe de travail servant de mécanisme de coordination et de discussions interétablissements. Ainsi, colligés dans cette grille, nous retrouvons le rattachement structurel du comité, son rôle

et son mandat, la composition du groupe, les sujets abordés lors de la rencontre (en les étiquetant cliniques ou administratifs) et, pour conclure, la présence ou non d'ordres du jour et de comptes rendus. Selon la nature de la rencontre, des notes manuscrites ont été prises sur-le-champ ou dans les heures qui ont suivi.

#### Déroulement de la collecte

Au cours de l'étude, le chercheur a effectué 15 périodes d'observation, totalisant près de 58 heures de rencontres. Vous trouverez le détail dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 7: Répartition des observations participantes**

Comités	Nombre d'observations
Sous-table oncologie et soins palliatifs	5
TCRE	1
Comité de liaisons	1
Comité de coordination CHUS – CSSS-IUGS	1
Table des IPO	3
Équipe interdisciplinaire	1
Communauté stratégique	3
58 heures d'observations	

Suite aux recherches préliminaires effectuées sur les comités existants, nous avons contacté la personne responsable du Comité de liaisons pour obtenir l'autorisation

d'assister à une rencontre d'une équipe interdisciplinaire en tant qu'observateur. Suite à cette rencontre, la responsable des IPO du CHUS nous a offert de venir faire de l'observation lors des rencontres de la Table régionale des IPO. Parallèlement, nous assistions également aux rencontres de la Communauté stratégique organisées dans le cadre d'un projet de recherche et d'intervention en organisation du travail interétablissements en oncologie et soins palliatifs (Projet TOT). De fil en aiguille, nous avons obtenu la permission d'observer les différentes rencontres, dont celles de la Sous-table oncologie et soins palliatifs, où nous étions systématiquement invité. Aux notes de terrain s'ajoutent nos différents mémos et réflexions quant au fonctionnement des liens interétablissements.

Au cours de ces observations, nous avons été présenté à tous les acteurs rencontrés en tant qu'étudiant à la maîtrise réalisant un mémoire sur l'évaluation des liens interétablissements en Estrie.

c. Données secondaires

Pour être en mesure de déterminer si le réseau est plus performant depuis l'implantation des divers changements, nous devons effectuer un portrait de la réalité à un moment précis dans le passé. Pour ce faire, nous avons dédié une section des entrevues à la situation qui prévalait en 2006, tout en sachant que le passage du temps

induit des biais sur la rétention des souvenirs éloignés. Nous avons complété le portrait avec les données secondaires disponibles sur le sujet, de façon à réduire l'effet de ces biais. L'équipe de recherche du Projet TOT nous a autorisé à utiliser les données qui avaient été recueillies en 2006 pour évaluer les impacts des travaux de la communauté stratégique en oncologie.

En 2006, l'équipe du Projet TOT (voir p. 44) a collecté des données sur la situation qui prévalait avant le début de son projet. Malgré le fait que la majorité des mesures ministérielles ont été annoncées avant 2006, la plupart d'entre elles n'ont été mises en place qu'après cette date. La collecte de données a été effectuée suffisamment tôt dans le processus de changement pour constituer un portrait fiable de la situation initiale.

En 2006, l'équipe de recherche a effectué une collecte de données basée sur 24 heures d'entrevues, qui nous aide à dresser le portrait qui prévalait à cette époque. Elle a aussi réalisé deux autres collectes en cours de projet pour connaître l'évolution des différents thèmes, dont celui des relations interétablissements, au fil de l'implantation des changements. Ces données viennent étoffer le portrait de la situation. Au total, 65,5 heures d'entrevues semi-dirigées ont été réalisées.

**Tableau 8: Répartition des répondants des données secondaires**

Établissement	Nombre de répondants <sup>10</sup>
CHUS	18
CSSS-IUGS	14
CSSSG	9
Autres	8
65,5 heures d'entrevues semi-dirigées	

Nous avons utilisé une grille d'analyse (voir annexe V) pour colliger les données provenant de ces entrevues. Cela nous a permis de mettre en évidence les éléments importants pour cette étude. Nous avons conçu la grille à partir des mêmes éléments que ceux que l'on retrouve dans le questionnaire d'entrevue semi-structurée, afin de pouvoir recouper facilement les données. Une grille a été remplie pour chacune des entrevues effectuées par l'équipe du Projet TOT.

#### d. Analyse documentaire

Finalement, l'analyse de la documentation institutionnelle a complété la collecte de données. Cette méthode non obstrusive permet de corroborer les données déjà

<sup>10</sup> Les données exposées dans ce tableau représentent le sommaire des trois phases d'entrevues. Ainsi, si un individu a été rencontré au cours de deux phases, il a été pris en compte à deux reprises.

recueillies. Nous avons retracé divers éléments qui illustrent les liens existants au sein du réseau en 2006 et en 2010.

#### Déroulement de la collecte

La collecte des documents a été réalisée lors des entrevues semi-dirigées avec les individus détenant ces informations et lors des observations effectuées au sein des différents comités. Le tableau ci-dessous présente la répartition des documents collectés. Il dresse l'éventail des documents que nous avons consultés durant tout le processus de collecte de données.

**Tableau 9: Répartition des documents collectés**

Documents	Nombre
Ordres du jour de réunions	10
Comptes rendus de réunions	6
Documents de référence sur les ententes de collaboration	5
Descriptions de rôles	7
Note de services	1
Ordonnance collective	1
Documents de diapositives de présentation	2
Offre de services	1
Organigrammes des comités et autres	5
Documents de formation	4
Document présentant les priorités du Comité directeur Santé physique – volet 1	1
Mandat de la Sous-table en oncologie et en soins palliatifs	1
Documents sur le continuum de services	3
Comptes rendus – Projet TOT	47
Autres documents – Projet TOT	1
<b>Total de 65 documents représentant 434 pages</b>	

Dans le cadre de l'étude, 65 documents ont été compilés, totalisant 434 pages d'informations. La perspective de l'évolution des liens interétablissements a été adoptée lors de l'analyse de ces documents. Toutes les mentions de liens interétablissements, au début (2006) ou à la suite des changements (2010), ont été relevées pour être comparées au portrait des liaisons obtenu lors des entrevues. Par exemple, les ordres du jour ainsi



que les comptes rendus ont été utiles pour qualifier la nature des liens (administratifs ou cliniques). En fait, pour nous assurer de colliger toute l'information utile, nous avons élaboré une grille d'analyse des contenus de la documentation (voir annexe VI). Cette grille reprend essentiellement les mêmes thèmes que les questionnaires d'entrevues. Ainsi, le croisement des données se fait plus aisément. Chacun des documents obtenus a été analysé en fonction de cette grille.

### **3. Analyse des données**

L'analyse des données de cette étude a été réalisée en suivant la conception de Miles et Huberman (2003), qui stipule que l'analyse qualitative est un processus itératif en trois étapes : condensation des données, présentation des données, et élaboration et vérification des conclusions. La condensation des données représente l'étape de transformation des données « brutes » en données plus simples, permettant une analyse plus en profondeur. Ce processus de sélection des données s'opère continuellement au cours de l'étude, de l'élaboration du cadre conceptuel à l'achèvement du rapport final. La condensation consiste à « élaguer, trier, distinguer, rejeter et organiser les données » (*Ibid.* : 29).

Pour les fins de la condensation des données, nous avons élaboré certains outils. D'abord, une grille a été construite pour saisir l'information factuelle sur chacune des personnes rencontrées (établissement, fonction, niveau hiérarchique, durée en poste).

Elle rassemble également les principaux thèmes de notre questionnaire d'entrevue pour donner une vue d'ensemble des données recueillies. Une deuxième grille a été élaborée pour permettre la condensation des données recueillies durant les périodes d'observation (voir annexe IV). Dans cette grille, nous retrouvons le nom du comité et son rattachement structurel, son rôle et mandat, sa composition, ses modalités de fonctionnement ainsi que des éléments de contenu abordés. Une troisième grille a été créée pour rassembler les données pertinentes provenant des données secondaires du Projet TOT (voir annexe V). Elle rassemble principalement les mêmes éléments que ceux de la grille des entrevues. Ainsi, on y retrouve les données factuelles sur la personne rencontrée dans le cadre du projet, ainsi que les différents thèmes sondés lors des entrevues de notre étude. Le rapprochement des données secondaires et des données primaires est donc plus aisé. Finalement, une dernière grille a été construite pour extraire de la documentation institutionnelle l'information pertinente pour notre étude (voir annexe VI). Encore une fois, cette grille regroupe les principaux sous-thèmes des liens interétablissements (comités interétablissements, échanges cliniques, échanges administratifs, ententes formelles).

La présentation des données constitue la deuxième étape du processus d'analyse. Elle « signifie un assemblage organisé d'information qui permet de tirer des conclusions et de passer à l'action » (Miles et Huberman, 2003 : 29). Comme pour la condensation des données, l'utilisation de formats de présentation des données n'existe pas indépendamment de l'analyse. Pour réaliser cette étape, nous avons rassemblé les

données selon les thèmes plutôt que selon les outils de collecte de données. Ainsi, nous avons construit un tableau à quatre colonnes regroupant chacun des thèmes et des outils de collecte de données, afin d'obtenir une vue d'ensemble.

Finalement, l'élaboration et la vérification des conclusions complètent le processus d'analyse. Dès le début de la collecte de données, le chercheur commence à tirer des conclusions, d'abord vagues, mais qui se précisent au fur et à mesure qu'il note les régularités. Toutefois, une conclusion du chercheur peut être erronée. C'est pourquoi il importe d'effectuer une vérification des conclusions tout au long de l'analyse. « En bref, les significations qui se dégagent des données doivent être testées quant à leur plausibilité, leur solidité, leur "confirmabilité", en un mot leur *validité* » (Miles et Huberman, 2003 : 31). La section suivante détaillera les mesures prises pour assurer cette validité.

### C. CONSIDÉRATIONS SUR LA VALIDITÉ DE LA RECHERCHE

Une question traverse le processus de recherche du début à la fin : comment accroître la confiance des lecteurs envers les résultats? La validité d'une recherche peut être influencée par plusieurs facteurs. Parmi ceux-ci, on retrouve les choix méthodologiques effectués par le chercheur; mais avant tout, l'approche adoptée, qualitative ou quantitative, joue un rôle majeur. En recherche qualitative, Miles et

Huberman (2003) identifient cinq questions principales autour de la validité des conclusions. Il y a 1- l'objectivité et la confirmabilité, 2- la fiabilité, le sérieux et l'auditabilité, 3- la validité interne, la crédibilité et l'authenticité, 4- la validité externe, la transférabilité et l'intégration et 5- l'utilisation, l'application et la prescription. Nous utiliserons cette conception pour qualifier la validité de notre étude.

Le tableau 10 présente une synthèse des moyens utilisés pour assurer la validité de cette étude.

Tableau 10: Moyens utilisés pour répondre aux critères de validité

Critères de validité en recherche	Moyens
<b>Objectivité/confirmabilité</b> Ces critères s'intéressent à la recherche d'un maximum de neutralité et de liberté face aux biais qui peuvent être induits par le chercheur.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Description explicite de la démarche de recherche employée durant cette étude.</li> <li>2. Écriture d'un journal de bord pour retracer les étapes de la recherche.</li> <li>3. Utilisation de plusieurs sources de données pour réduire la présence de biais.</li> </ol>
<b>Fiabilité/Sérieux/Auditabilité</b> Ces critères présentent la cohérence du processus de l'étude, à savoir s'il est suffisamment stable sur la durée, entre les chercheurs et entre les différentes méthodes.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sources d'informations multiples.</li> <li>2. Triangulation des résultats.</li> <li>3. Traçabilité de la démarche.</li> <li>4. Canevas et documents de recherche accessibles.</li> <li>5. Utilisation d'enregistrements pour s'assurer de respecter les propos des personnes rencontrées.</li> <li>6. Utilisation d'un logiciel d'analyse des données qualitatives (Atlas.ti).</li> </ol>
<b>Validité interne/Crédibilité/Authenticité</b> Ces critères considèrent la concordance entre les données recueillies et leur interprétation et la justesse du portrait dressé.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Utilisation de plusieurs sources de données pour vérifier la concordance.</li> <li>2. Triangulation des résultats.</li> <li>3. Explication des méthodes d'analyse utilisées.</li> <li>4. Utilisation de questions de validation pour s'assurer que l'interprétation du chercheur était endossée par les participants.</li> </ol>
<b>Validité externe/Transférabilité/Intégration</b> Ces critères s'intéressent à la portée de l'étude et aux connaissances engendrées.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Description du contexte suffisamment claire et détaillée pour permettre aux lecteurs d'évaluer la transférabilité des connaissances produites.</li> </ol>
<b>Utilisation/Application</b> Ces critères s'intéressent à l'intérêt porté par les milieux à l'étude réalisée.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Problématique identifiée par les milieux ainsi que par la clientèle.</li> <li>2. Distribution des résultats aux participants de l'étude.</li> </ol>

(Adapté de Audet, 2006 : 88)

## 1. L'objectivité et la confirmabilité

Ici, ce qui nous intéresse est la recherche d'un maximum de neutralité et de liberté face aux biais que nous pouvons induire. L'évocation des limites inhérentes à l'étude ajoute de la fiabilité aux conclusions qui en découlent. Vous retrouverez mention de ces biais au chapitre 5. D'ailleurs, la démarche de recherche est clairement expliquée à

l'intérieur du présent chapitre. Nous avons également tenu à jour un journal de bord permettant de retracer la séquence réelle de recueil des données. L'utilisation de plusieurs méthodes de collecte de données permet une triangulation des résultats, et assure une neutralité et une confirmabilité de ceux-ci. Notamment, la retranscription des entrevues et toutes les autres données recueillies sont conservées pour permettre une vérification des conclusions par les pairs.

## **2. La fiabilité, le sérieux et l'auditabilité**

Sous ce thème, nous présentons la cohérence du processus de l'étude, à savoir s'il est « suffisamment stable (1) sur la durée, (2) entre les chercheurs [et] (3) entre les différentes méthodes » (Miles et Huberman, 2003 : 503). Tel qu'illustré au cours de ce chapitre, le processus de recherche rigoureux que nous avons adopté a assuré la fiabilité de celui-ci. Le canevas d'entrevue a été élaboré directement en lien avec la question de recherche pour s'assurer d'obtenir des données qui permettraient d'y répondre. Encore une fois, l'utilisation des différentes méthodes de collectes, permettant une triangulation des résultats, montre la fiabilité synchronique de l'étude. Comme les données ont été collectées et analysées par une seule personne, il ne peut y avoir d'instabilité entre les chercheurs, ce qui évite une perte de fiabilité. D'ailleurs, nous respectons notre protocole de recherche de façon rigoureuse pour atténuer les biais possibles liés à notre présence. Finalement, en ce qui concerne la durée, nous avons accumulé ces données

sur une courte période de temps, éliminant l'influence de l'évolution de la situation sur les répondants.

### **3. La validité interne, la crédibilité et l'authenticité**

La transcription des entrevues assure une plus grande fidélité envers les propos tenus par les répondants et réduit le risque d'interprétation. La convergence des conclusions résultant de la triangulation réalisée entre les méthodes et sources de données rend le portrait authentique. « La triangulation a donc pour objectif d'améliorer à la fois la précision de la mesure et celle de la description » (Baumard et Ibert, 2007 : 104).

Lorsque les résultats des méthodes de collecte de données convergent, elles se renforcent mutuellement et tendent à augmenter la validité de la recherche (Royer et Zarlowski, 2007). Finalement, la triangulation permet d'accéder à différents niveaux de la réalité, ce qui favorise la compréhension et l'analyse de celle-ci (Bryman et Bell, 2007). Pour effectuer la triangulation, nous avons réalisé trois activités différentes : demander, regarder et examiner. Nous avons demandé, grâce aux entrevues, aux gens de discuter des divers liens interétablissements. Le regard porté sur le fonctionnement du réseau lors des périodes d'observation nous a permis de nous rendre compte de ce

qui n'est pas explicite et acquis. Finalement, nous avons examiné les données secondaires et la documentation institutionnelle.

#### **4. La validité externe, la transférabilité et l'intégration**

En ce qui concerne la transférabilité de l'étude, la description du contexte est suffisamment claire et détaillée pour permettre aux lecteurs d'évaluer la pertinence pour leur milieu des résultats produits par cette étude. Certes, cette étude s'intéresse à un réseau particulier; mais avec une certaine adaptation au nouveau contexte, elle est transférable à d'autres réseaux et continuum de soins.

#### **5. L'utilisation, l'application et la prescription**

Comme le disent Miles et Huberman (2003 : 506), « une étude peut être "valide" et transférable [mais] il nous faut connaître l'intérêt de l'étude pour ses participants – chercheurs et répondants – et pour ses utilisateurs. » Les résultats de l'étude sont attendus par les gens des divers établissements. La description de l'évolution des liens interétablissements permettra de mieux comprendre l'impact des efforts effectués par les organisations et ainsi d'orienter les actions futures en conséquence. D'ailleurs, comme le nombre de recherches sur les réseaux du domaine de la santé est encore faible, la présente étude permettra d'étoffer les connaissances scientifiques.



#### D. QUELQUES CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Une recherche en sciences sociales nécessite la prise en compte de quelques considérations éthiques. D'emblée, puisque l'étude implique des sujets humains, il est primordial que le chercheur respecte certains principes éthiques. C'est dans cette optique qu'il a soumis une demande de certification au Comité d'éthique de la recherche de la Faculté des lettres et sciences humaines de l'Université de Sherbrooke (CER FLSH), qui a, par la suite, émis un certificat attestant que cette étude respectait l'éthique de la recherche (voir annexe VII). Les objectifs de l'étude ont été expliqués verbalement à chacun des participants et nous avons répondu à toutes leurs questions concernant le projet de recherche, tant avant que pendant et après l'entrevue. De plus, les participants signaient un exemplaire du formulaire de consentement libre et éclairé approuvé par le CER FLSH, qui explique les buts et finalités du projet (voir annexe VIII). Ce formulaire comporte toutes les informations nécessaires pour contacter le chercheur et le comité éthique, qui pourront fournir des réponses aux questions s'il y a lieu. Les participants étaient informés de l'enregistrement audio de l'entrevue et savaient qu'ils pouvaient s'y soustraire en mentionnant leur préférence. Une seule personne a préféré ne pas être enregistrée. Ainsi, l'entrevue s'est déroulée à micro fermé pour respecter la demande de l'interviewé. Les participants étaient également entièrement libres de demander l'arrêt de l'enregistrement à n'importe quel moment de l'entretien. D'ailleurs, une personne a demandé l'arrêt de l'enregistrement pendant quelques minutes pour évoquer un sujet plus sensible. Sa volonté a été respectée et l'enregistrement a repris quelques minutes plus tard. Finalement, le maintien de la

confidentialité des données et de l'anonymat des participants a été notre principale préoccupation tout au long de l'étude. Notre présence a été explicitement mentionnée avant chacune des périodes d'observation. Les buts et objectifs de l'observation étaient indiqués au début de chacune des rencontres et étaient réexpliqués à la demande des participants.

## **CHAPITRE IV :**

### **PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS**

Ce chapitre présente et analyse les résultats obtenus lors de la collecte de données. Nous dresserons le portrait des liens interétablissements qui existaient en 2006, ainsi que celui des liens présents en 2010. La comparaison de ces deux portraits nous permettra de dresser le bilan de l'évolution des liens interétablissements sur le plan de la multiplicité.

Rappelons que la multiplicité représente le nombre de liens différents existants entre deux organisations. Tel que mentionné au chapitre 3, l'outil de collecte de données a été élaboré à partir des travaux de Provan et Milward (2001), Fleury *et al.* (2005) et Popp *et al.* (2005), qui permettent d'identifier les liens au sein d'un réseau.

Vous trouverez dans ce chapitre les résultats obtenus lors de la collecte de données. Principalement, les résultats proviennent des données recueillies lors des entrevues et sont complétés par celles des observations, des données secondaires ainsi que de la documentation institutionnelle. Les comités interétablissements, les échanges cliniques, les échanges administratifs et les accords d'affiliation signés nous ont permis de dresser l'état des liens interétablissements. Les résultats seront présentés et analysés selon deux sous-thèmes : les modalités de coordination et les relations entre personnes. Enfin, nous vous présenterons une synthèse des résultats et de leur analyse.

#### A. PRÉSENTATION DES LIENS INTERÉTABLISSEMENTS

Pour être en mesure de bien présenter et d'analyser la multiplicité des liens au sein du réseau, nous devons commencer par faire l'inventaire des liaisons existantes. Pour ce faire, les sous-thèmes identifiés plus haut s'avèrent utiles (les modalités de coordination et les relations entre personnes). Nous débuterons en vous présentant les différentes modalités de coordination présentes dans l'environnement des organisations. Nous aborderons les différents comités interétablissements, les échanges cliniques, les échanges administratifs et les accords d'affiliation.

## 1. Modalités de coordination

### a. Comités en oncologie et en soins palliatifs

Les entrevues (réalisées durant les mois de février et mars 2010), les observations (s'échelonnant sur les années 2008, 2009 et 2010), la documentation institutionnelle et les données secondaires du Projet TOT nous ont permis de dresser un éventail des comités existants en 2006 et en 2010. En 2006, le nombre de comités était restreint. À cette époque, un seul comité régional discutait explicitement de l'oncologie, soit le Comité régional de lutte contre le cancer. Le rôle principal de ce comité, composé de gestionnaires des établissements de l'Estrie, était de faire du PQLC un projet commun à tous les partenaires, d'obtenir l'engagement et l'adhésion à long terme des organisations, ainsi que de définir un cadre organisationnel favorisant la coopération et le partenariat (MSSS, 2003).

Le Comité régional de lutte contre le cancer était méconnu des différents individus rencontrés. Lors de notre collecte de données par entrevues, seulement un répondant (6%) a mentionné sa présence en 2006 et aucune des personnes interrogées dans le cadre du Projet TOT n'en avait fait mention. La documentation institutionnelle nous a toutefois permis de confirmer l'existence de ce comité. Cette méconnaissance est

due à une perception faible de son utilité; son fonctionnement et la représentation des participants étaient contestés. Le comité a d'ailleurs été dissout durant l'année 2006.

« Il y avait des difficultés de représentation de certaines personnes qui étaient continuellement absentes, qui étaient nommées mais continuellement absentes à ces rencontres-là. C'était assez difficile. »

Le nombre de comités a nettement évolué entre 2006 et 2010. Quatorze personnes sur les 15 interviewées (environ 93% des répondants) ont mentionné une augmentation du nombre de comités ou une effervescence à ce niveau. Pour illustrer ces propos, voici un extrait d'une entrevue réalisée auprès d'un individu arrivant d'une autre région administrative et étant en poste depuis peu :

« Ici en Estrie, il y a beaucoup de tables régionales où les gens vont s'asseoir ensemble. C'est mieux qu'ailleurs. »

En combinant les résultats des entrevues et de la documentation institutionnelle, nous avons noté une hausse du nombre de comités régionaux traitant de l'oncologie et des soins palliatifs, qui est passé d'un en 2006 à huit en 2010. Parmi ces comités, nous retrouvons les Partenaires-Cancers (regroupant la Rose des vents, la Société canadienne du cancer, la Fondation québécoise du cancer, le CHUS et le CSSS-IUGS), le Comité directeur santé physique – volet 1, la Sous-table en oncologie et en soins palliatifs, la Table des IPO et travailleurs sociaux en oncologie et le Projet TOT. Ajoutons à ceux-ci les comités qui ne traitent pas uniquement de l'oncologie, mais qui l'abordent à travers d'autres sujets, soit la Table de coordination du réseau de l'Estrie, le Comité de liaison

CHUS-CSSS et le Comité de coordination CHUS – CSSS-IUGS. La différence entre 2006 et 2010 est flagrante.

L'apparition, durant cette période, de quatre comités régionaux (la TCRE, le Comité directeur – volet santé physique, la Sous-table en oncologie et en soins palliatifs et la Table des IPO) a favorisé les liaisons interétablissements en offrant une tribune pour discuter et communiquer. L'observation effectuée au sein de ces comités et l'analyse des comptes rendus des rencontres nous ont permis de confirmer l'assiduité des membres, contrairement à ce qu'il en était avec le Comité régional de lutte contre le cancer.

b. Échanges cliniques

L'un des buts de la mise en réseau des organisations de santé consiste à faciliter le parcours du patient durant un épisode de soins. Ceci implique un transfert fluide du patient d'un établissement à l'autre selon l'évolution de la maladie. En 2006, les personnels mentionnaient des difficultés à effectuer ce transfert. Les lacunes du processus entraînaient de la redondance, du dédoublement d'activités et de perpétuels questionnements auprès des patients. Plus souvent qu'autrement, le patient était responsable de transmettre l'information le concernant au nouvel établissement.

« On a senti à plusieurs égards des dédoublements, des choses qui avaient été faites avec le CHUS qu'on refaisait parce qu'on n'était pas au courant que ça avait été fait. »

En 2006, lorsqu'un patient était transféré, une fiche de continuité était envoyée par télécopieur au CSSS pour effectuer la demande de services. Ce mécanisme de liaison comportait certaines lacunes engendrant une perte de fluidité dans le transfert du patient. Tout d'abord, les CSSS doivent recevoir la fiche 48 heures avant le transfert du patient pour être en mesure de lui fournir les services appropriés, ce qui n'était pas toujours respecté par le CHUS. En fait, il arrivait même que les CSSS ne reçoivent pas la demande lors des transferts. Le patient se retrouvait donc à la maison en attente de services qui ne venaient pas. Il devait y avoir une plainte, formelle ou non, de la part du patient pour que le CSSS apprenne l'existence de ses besoins.

« Dans l'entente entre le CHUS et les CSSS, [le délai requis] est 24-48 heures à l'avance. 48 heures c'est rare, mais des fois le client est sorti et nous n'avons rien reçu encore. »

Lorsqu'une fiche de continuité était envoyée au CSSS, elle arrivait incomplète ou imprécise. Certains détails étaient manquants, telles la composition du réseau social ou la médication prescrite, ce qui nécessitait une vérification auprès du patient ou de l'unité de soins. La fiche pouvait également ne pas être suffisamment précise pour permettre une intervention ciblée. Le CSSS recevait des fiches indiquant par exemple « patient souffre de cancer ». Avec ce diagnostic, les intervenants du CSSS ne pouvaient pas offrir des services et des soins avant de quérir de plus amples informations.



« [La fiche] arrive sous la forme d'une demande de services, souvent incomplète. Souvent, les gens vont écrire : patient souffre de telle affaire, a besoin qu'on lui enlève les agrafes. Puis là, souvent quand on reçoit la demande, on ne sait pas trop c'est quoi l'attente, on ne sait pas trop c'est quoi l'état de la personne. Souvent il faut recontacter le demandeur pour compléter la demande, pour faire une bonne évaluation pour savoir quels sont les soins requis. Souvent dans ces demandes-là, la façon que c'est formulé, c'est que la personne à l'autre bout, elle s'est fait une idée des services du CSSS et elle ne parle plus des besoins de la personne; elle est en train de nous dire quels sortes de services on devrait lui donner. Là, nous autres, on ne sait pas c'est quoi l'état de la personne. »

« En 2006, il y avait énormément de retours d'appel pour avoir des précisions sur la fiche de continuité. »

Les difficultés liées à la fiche étaient également mentionnées dans les données secondaires recueillies en 2006 par le Projet TOT.

« Lors des transferts de patients, il y a juste la fiche de continuité qui est utilisée, puis on la reçoit pratiquement jamais. »

Entre 2006 et 2010, les organisations de la santé ont mis sur pieds plusieurs initiatives pour répondre aux besoins spécifiques du réseau de soins oncologiques et palliatifs. La complexité de l'épisode de soins d'un patient souffrant de cancer, constitué d'allers-retours constants entre des épisodes de soins aigus et des périodes de rétablissement, nécessite des efforts de liaison adéquats entre la première et la deuxième ligne de soins. Les établissements de la région ont amélioré leur mécanisme de transfert de la clientèle pour favoriser la fluidité du processus et ainsi amoindrir l'impact sur les patients. La transformation de la fiche de continuité en fiche réseau a été le principal changement au niveau du transfert de la clientèle. Cette nouvelle fiche numérisée

comporte plusieurs avantages. Premièrement, l'élimination des notes manuscrites favorise la lecture et la compréhension lors de la réception.

« La fiche de continuité était souvent remplie vite sur le coin d'une table. Quand on la recevait, on avait souvent de la difficulté à lire ce qui était écrit. »

Deuxièmement, l'informatisation de la fiche de continuité a permis de rendre obligatoires certains éléments. Ainsi, une fiche ne peut plus être envoyée au CSSS en l'absence d'information primordiale, telle la médication prescrite.

« Depuis que la fiche de continuité est informatisée [c'est-à-dire qu'elle a migré vers la fiche réseau], elle est beaucoup plus complète qu'avant, quand elle était papier, parce qu'il y a des champs obligatoires. »

« Il y a beaucoup moins de patients qui nous échappent [qui quittent le CHUS sans que le CSSS soit averti] depuis que la fiche est informatisée. »

Troisièmement, cette fiche garde l'historique du patient. Ainsi, il y a une économie de temps pour le personnel soignant, puisqu'il n'a plus à inscrire les données factuelles du patient chaque fois qu'il se présente à l'hôpital. Le personnel du CSSS voit également l'historique du patient lorsqu'il reçoit la fiche. Ces trois éléments améliorent la circulation de l'information à travers le continuum.

Par ailleurs, l'une des initiatives ministérielles pour améliorer la performance du réseau a été l'implantation des postes d'infirmières pivots en oncologie (IPO) au CHUS

et dans les CSSS. Ces nouveaux postes ont eu plusieurs impacts au niveau des liens interétablissements. Tout d'abord, tel qu'indiqué dans le document de la Direction de la lutte contre le cancer sur les rôles de l'IPO (voir annexe I), cette dernière doit coordonner le parcours de soins du patient. Cela atténue le nombre et la durée des bris de services rencontrés lors du transfert du patient.

« Un patient qui est suivi par une IPO ne tombera plus entre deux chaises, ce qui est un gros plus pour le patient. »

L'IPO permet également aux patients et à leur famille d'être informés sur l'épisode de soins au moment où ils le veulent, et non pas seulement lors d'un rendez-vous avec le médecin. L'information est véhiculée beaucoup plus facilement qu'auparavant. L'IPO assure les liens entre l'équipe soignante, le médecin spécialiste, le médecin de famille, les organismes communautaires et le patient et sa famille, des liens qui étaient inexistantes en 2006.

« L'IPO, je pense que c'est un must. C'était un besoin parce qu'effectivement, de par l'architecture des soins oncologiques, c'est difficile, le client s'y perdait carrément. Le médecin de famille s'y perdait parce qu'il ne rejoignait plus sa clientèle, il la perdait de vue pendant deux ou trois ans puis tout d'un coup le client revenait et il n'y a pas eu de suivi. Maintenant l'IPO assure ce lien. »

« C'est sûr que le patient a un meilleur suivi, si je me réfère juste à la satisfaction des gens. Les gens sont surpris de se faire appeler à domicile pour se faire demander comment ça va, ce qui n'existait pas avant. »

L'IPO favorise également la communication lors d'une deuxième hospitalisation du patient. Auparavant, lorsqu'un patient, suivi en première ligne, retournait à l'hôpital

pour un deuxième épisode de soins, le CSSS n'était pas mis au courant. En fait, les intervenants apprenaient la réhospitalisation lorsqu'ils recevaient une nouvelle demande de services pour ce même patient. En 2010, le flux de communication entre les IPO permet à l'intervenante du CSSS d'être avertie par celle du CHUS du fait que son patient est hospitalisé. Malheureusement, le nombre de patients est trop élevé pour que tous soient suivis par une IPO. La fiche réseau reste donc le principal moyen de communication entre les organisations. Le CSSS ne peut alors être mis au courant de la réhospitalisation d'un patient.

« S'il est hospitalisé et qu'il n'est pas suivi par une IPO, [l'intervenant du CSSS n'a] aucun moyen de le savoir. »

La présence d'un plus grand nombre de comités en oncologie permet d'obtenir une gestion de cas interétablissements plus efficace. Ces lieux de réflexion communs rendent possible la création d'outils uniformisés pour l'ensemble de la région. D'ailleurs, la Table des IPO a permis de développer un outil de collecte de données commun à tous les établissements.

« On n'est pas arrivé à avoir le même outil, mais c'est des outils qui sont très semblables. [...] Les personnes des CSSS et du CHUS recherchent les mêmes informations. Ça facilite la compréhension et la création de liens. Ça permet de mieux assurer le suivi clinique interétablissements. »

Les ordres du jour et les comptes rendus des rencontres de ce comité confirment l'élaboration et l'application de cet outil commun. D'ailleurs, les observations effectuées au sein de la Sous-table oncologie et soins palliatifs ont permis au chercheur

d'être témoin de la diffusion de l'outil auprès des gestionnaires des différents établissements.

L'hétérogénéité des participants du Projet TOT a également favorisé le développement d'outils conjoints, telle une ordonnance collective.

« On développe des outils cliniques conjointement aussi, chose qu'on ne faisait pas auparavant. Tu n'aurais jamais vu ça avant qu'il y ait un esprit réseau. Comme, par exemple, avoir une ordonnance collective qui est la même dans les trois organisations. C'était du jamais vu. De plus en plus, on commence à faire ça. »

Le Projet TOT rassemblait du personnel, des cadres intermédiaires et des personnes-clés (par exemple : médecins, patients, intervenant d'organisme communautaire) proches des opérations, reconnues comme étant crédibles par les acteurs des différents milieux d'où elles provenaient (tiré des comptes rendus des rencontres du Projet TOT).

Ce projet a été identifié lors des entrevues comme l'initiative régionale ayant eu le plus d'impact sur la mise en réseau des organisations en oncologie et en soins palliatifs. À la question : « Pouvez-vous identifier un élément qui a amélioré l'efficacité du réseau entourant le continuum en oncologie et en soins palliatifs? », 10 des 15 personnes interviewées ont désigné le Projet TOT. Parmi les réponses, nous retrouvons :

« Tout a passé par le Projet TOT, par la lecture externe qu'il faisait, il était capable plus que nous autres au quotidien de voir où étaient les trous pour qu'on développe le partenariat. »

« Avant le Projet TOT, c'est comme si l'oncologie n'existait pas dans les CSSS. C'est sûr que ça fait une grosse différence. »

c. Échanges administratifs

Selon les répondants, l'aspect administratif est régulièrement laissé de côté dans le secteur de la santé. Après tout, « nous devons nous concentrer sur le clinique, nous soignons les gens!<sup>11</sup> » Les gains réalisables sur le plan administratif permettent toutefois une meilleure cohésion au sein du réseau et influencent la performance clinique des organisations. Effectivement, les échanges administratifs comprennent le partage de personnels et d'installations, la présence de programmes de formations conjointes et des processus facilitant les échanges d'informations administratives. Ce sont tous des éléments pouvant améliorer le réseau.

Lemieux-Charles *et al.* (2005) mentionnaient que les réseaux en santé axent souvent leurs efforts sur les liens cliniques en délaissant les gains potentiels au niveau administratif. Le réseau que nous examinons ne fait pas exception. Aucun des participants à l'étude n'a souligné l'existence de liens administratifs interorganisationnels en 2006. *A priori*, un si faible score laisse présager une amélioration dans le temps. Par contre, dans ce cas-ci, la situation n'est pas si claire.

---

<sup>11</sup> Extrait d'une séance d'observation. Commentaire provenant d'un gestionnaire de premier niveau d'un CSSS.

Encore une fois, aucun des participants interrogés en 2010 n'a mentionné entretenir des liens de cet ordre. Ils ont d'ailleurs soulevé les difficultés qu'un tel processus pouvait entraîner. Les organisations du réseau sont encore gérées de façon indépendante et non collectivement. Les gestionnaires ne semblent pas disposés à tout mettre en commun pour le bien du réseau; ils considèrent que les aspects administratifs relèvent de la gestion interne de l'organisation.

« Je n'ai aucune idée. Moi je serais prête, mais est-ce que mon établissement le serait? Je n'ai aucune idée, mais je ne pense pas. »

« Je ne sais pas si du côté administratif il y a de l'information qui est partagée. Je ne pourrais pas répondre. Peut-être, il faudrait que je fasse approuver par mon directeur. »

« Quand on est dans le partage clinique, c'est beaucoup plus simple. »

Par contre, lors de nos observations au sein des divers comités, nous avons constaté un certain partage d'information d'ordre administratif. Ce ne sont pas ces éléments qui transparaissent en premier lors des observations, puisque les sujets à l'ordre du jour sont essentiellement cliniques. Tout se joue dans l'informel. En dehors des heures de réunion et lors des pauses, les individus se sentent libres de discuter des sujets administratifs qui les préoccupent.

Ainsi, il y a un léger décalage entre le perçu et le vécu. Lors des entrevues, les répondants ne mentionnaient pas le partage d'information administrative qui avait

effectivement lieu. Malgré le fait que ces liens sont minimes, ils sont cruciaux. Ils permettent le développement de liens plus importants et formels. D'ailleurs, à la rencontre du 15 avril 2010 de la Sous-table en oncologie et en soins palliatifs, une représentante de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie a présenté un nouvel outil informatique, l'CEIL (outil d'échanges et d'information en ligne), en voie d'être implanté dans l'ensemble de la région. Cet outil fonctionne selon le principe d'un babillard électronique et favoriserait le partage d'information à tous les niveaux. L'CEIL aide les groupes de travail en leur fournissant une plateforme d'information électronique qui leur permet de partager des outils de travail, de discuter ensemble et d'échanger de la littérature pertinente pour l'avancement des travaux. Les principaux gains se feraient au niveau administratif, puisque d'autres outils cliniques, plus adaptés, existent déjà.

« Il y a le SIGG pour les travailleurs sociaux qui va être remplacé par le RSIPA et la fiche réseau, qui permettent un échange d'information au niveau du dossier clinique du patient. »

#### Prêt de personnels et d'installations

Les organisations de la santé de l'Estrie n'effectuent pas de prêts de personnels entre elles. Les propos recueillis en entrevue le montrent clairement, puisque 100% des répondants ont répondu non à la question : Est-ce qu'il y a du prêt de personnels entre les établissements? Cet état de fait a également été corroboré par les documents institutionnels mis à notre disposition.



Pour ce qui est des partages d'installations, la région en est à ses premiers balbutiements. Inexistants en 2006, ils commencent à prendre place progressivement. En 2010, ce sont principalement les salles de conférence et de réunion qui font l'objet de ces prêts.

« Absolument, on fait ça régulièrement. On se prête souvent des locaux pour faire des rencontres. »

Par contre, le partage d'installations entre les organisations membres du réseau est limité, puisque ces dernières évoluent toutes dans un contexte. Les installations « cliniques » ne peuvent faire l'objet d'un prêt, un CSSS et un CHU n'ayant pas les mêmes besoins sur ce plan. De plus, la distance entre les deux CSSS laisse présager que ce type de prêt ne serait pas efficient.

#### Formations conjointes

Au chapitre II, nous faisons état d'un travail en silos au sein du réseau. Donc, il n'est pas surprenant de constater que, en 2006, les organisations ne partageaient pas leurs programmes de formation. Entre 2006 et 2010, la situation s'est améliorée. La région a mis sur pied un regroupement des IPO chapeauté par l'ASSSE. Cette table, ayant lieu trois à quatre fois par année, a trois objectifs principaux : informer, discuter et former.

« On a une Table des IPO où les IPO du CHUS et des CSSS s'assoient ensemble pour recevoir de la formation. Il y a une certaine uniformité qui se crée tranquillement. »

À chacune des rencontres, une portion de la journée est réservée à la formation. Les sujets peuvent être très variés, de généraux à très spécifiques. Par exemple, en 2008-2009, les formations ont porté sur les critères de référence, le développement des cellules cancéreuses en général, les tumeurs cérébrales et leurs traitements, les cancers gynécologiques et leurs traitements, ainsi que sur le lymphoedème (information tirée des ordres du jour de la Table des IPO).

Outre la Table des IPO, il existe une deuxième formule de formations conjointes. Le CHUS organise en effet des midis-conférences. Ce sont de courtes formations d'environ 45 minutes ouvertes à tous. Comme il est souvent impossible pour les gens des CSSS de se déplacer au CHUS pour une si courte période, celui-ci retransmet la formation en visioconférence aux autres établissements ou en fait une captation vidéo, qui est envoyée aux CSSS sur support DVD.

« Ce que je peux dire qui aide aussi, mais qui est peut-être à un niveau moins important, c'est les midis-conférences qui sont donnés au CHUS. [...] Je pense que ce lien-là n'est pas négligeable non plus. »

Troisièmement, au cours de l'année 2009, l'ASSSE a obtenu un budget spécial pour effectuer une activité sur le travail interdisciplinaire. Les membres de la Sous-table oncologie et soins palliatifs ont convenu d'offrir aux intervenants une formation en

interdisciplinarité. Le contenu de cette formation a été adapté au contexte local de chacun des établissements.

La distance entre les établissements réduit la possibilité d'effectuer des formations conjointes; près de 110 km séparent la MRC-du-Granit et la ville de Sherbrooke. Ainsi, réunir les intervenants des différents établissements devient un casse-tête et un investissement majeur en temps de déplacement.

« Si j'ai une formation d'une heure ou deux à Sherbrooke, est-ce que je vais partir de Lac-Mégantic pour faire trois heures de voiture pour aller chercher deux heures de formation, puis finalement être obligé de payer l'employé pour une journée complète, plus les frais de déplacements qui sont autour de 80\$ à chaque fois? Ça devient onéreux en ressources humaines, temps et argent. »

d. Accords d'affiliation signés

L'analyse des données concernant les ententes de services existantes en 2006 nous a révélé une fois de plus que le réseau était très peu formel à cette époque. Les gestionnaires de premier et de deuxième niveau interviewés dans le cadre du Projet TOT utilisaient ces mots pour décrire les ententes de services en oncologie :

« Des ententes officielles, à ma connaissance, il n'y en a pas. »

« Je sais qu'il y a des choses qui sont en train de s'organiser, mais ça fait un temps mort un peu difficile, parce que les projets cliniques ont fait une belle percée dans une réflexion, dans une collaboration, mais c'est resté là. »

« La collaboration entre les établissements en oncologie est officieuse, surtout officieuse. Il n'y a rien de formel. »

Les gestionnaires participant à notre étude ont tenu des propos semblables sur les ententes en 2006 :

« Formelles, non. On n'en a pas faites. »

« Formelles, s'il y en a, je ne les connais pas. »

« Moi, je n'en connais pas. »

Malgré le fait que les analyses documentaires ne nous ont pas permis d'identifier l'existence d'ententes formalisées, les individus rencontrés en entrevue croient que les organisations ont l'intention d'en développer d'ici les prochaines années. Les établissements de l'Estrie tentent l'implantation de privilèges d'interventions épisodiques en oncologie en s'inspirant des privilèges des gestionnaires de cas déjà acquis pour le suivi des personnes âgées. Le privilège d'interventions épisodiques est une entente signée entre les établissements de santé, qui permet aux intervenants de première ligne d'accéder aux installations de deuxième ligne pour aller faire un suivi avec le patient hospitalisé, consulter son dossier et y inscrire des notes et observations. Sans ce privilège d'intervention, l'intervenant de première ligne devrait attendre que le patient reçoive son congé de l'hôpital et soit transféré en première ligne.

« C'est sûr qu'on est en train de travailler [sur l'élaboration] des privilèges d'intervention. On est en train de travailler avec le CHUS pour dire que nos intervenants sont également des intervenants sporadiques chez eux. Ça veut dire que le patient qui est hospitalisé, je peux aller le voir et aller voir dans le dossier au

CHUS. Mais ça, il doit y avoir des ententes qui permettent ce genre d'interventions plus systématiques. »

## 2. Relations entre personnes

En plus des nouvelles modalités de coordination qui ont vu le jour au cours des dernières années, les individus des différentes organisations ont développé des relations auparavant inexistantes. Durant les entrevues, les individus rencontrés ont discuté librement de leur implication dans les liens interétablissements. Ces discussions nous ont permis de mettre en lumière de nouvelles relations. Tout d'abord, en 2006, il y avait peu de relations directes de personne à personne; on communiquait principalement par les modalités de coordination, telle la fiche de continuité. En fait, seules les directions générales entretenaient des relations plus directes. Les interviewés ont abordé spontanément les difficultés relatives à la méconnaissance des individus entre eux lorsque nous les questionnions sur la situation de 2006.

« [En 2006], les gens ne se connaissaient pas. Alors, quand il y avait une demande [pour un patient à domicile], une fiche de liaison était complétée [...]. Si [les intervenants du CSSS] avaient des questions, [ils] se perdaient dans les dédales téléphoniques du CHUS, ils ne savaient pas qui rejoindre, et puis la personne à qui ils parlaient souvent ne connaissait pas [le patient]. C'était assez cacophonique. »

En 2006, la connaissance des individus travaillant dans les autres établissements de la région était à peu près inexistante. Les gens avaient un travail à effectuer qui

impliquait des liaisons avec les intervenants des autres établissements, mais ils ne les connaissaient pas.

« Auparavant, j'avais un rôle à faire auprès des autres établissements, mais je ne connaissais pas nécessairement les personnes. »

Le portrait de 2010 est tout autre. Tous les niveaux hiérarchiques entretiennent des liens entre eux. L'apparition des IPO dans chacun des établissements a favorisé les liaisons au niveau opérationnel. Chacune des IPO communique directement avec les IPO des autres organisations pour effectuer le suivi de sa clientèle. Par ailleurs, elles assurent un suivi, lorsque nécessaire, avec les équipes soignantes.

Les cadres intermédiaires ont également développé leurs relations. Ils se téléphonent fréquemment pour se demander de l'information ou pour discuter de problématiques organisationnelles. Finalement, les directions générales ont maintenu leurs liens.

En 2010, nous avons vu naître un nouvel aspect dans les relations interétablissements. Les relations entre personnes ont transcendé les strates hiérarchiques. Les cadres intermédiaires et les équipes soignantes ont développé une relation qui permet de la rétroaction plus ciblée. Ceci a été rendu possible grâce à la stabilisation des équipes mise en place dans le cadre du Projet TOT. Les gestionnaires

connaissent maintenant plus personnellement les individus travaillant dans les autres établissements, puisque ce sont toujours les mêmes. La constance dans les rapports interpersonnels favorise le développement d'une relation de confiance qui améliore la communication interétablissements.

« [En 2010], quand le patient quitte le CHUS, il y a une continuité, il y a une personne qui va s'en occuper au CSSS et puis la personne est identifiée par les gens du CHUS. Alors, c'est beaucoup plus facile. Ça, c'est l'impact le plus important à mon avis, parce que le réseau, quand on parle de liens entre les établissements, ce n'est pas juste de dire on va faire une continuité; c'est à la base, c'est les intervenants sur place qui créent ce lien-là. Je trouve que c'est un élément majeur. »

En plus d'être impliqués au niveau opérationnel, les cadres intermédiaires sont maintenant en relation plus étroite avec la haute direction, grâce à la multiplication des comités interétablissements. Effectivement, certains d'entre eux, dont le Comité directeur santé physique et le Comité de coordination CHUS-CSSS-IUGS, réunissent des gestionnaires et les directions générales.

Voici un autre extrait d'entrevue qui met en évidence l'impact de la connaissance des autres individus au sein du réseau.

« [En 2006], quand j'envoyais une fiche, je ne savais jamais quelle infirmière l'aurait, ça prenait du temps avant que j'aie des retours. Tandis que maintenant [en 2010], j'ai le choix entre deux personnes. »

La connaissance des intervenants des autres organisations a favorisé la réappropriation d'un mode de communication interétablissements qui était sous-exploité antérieurement : le téléphone. En 2006, les gens utilisaient peu le téléphone pour communiquer; les transmissions étaient surtout centrées sur la fiche de continuité. Malgré le fait que celle-ci, désormais informatisée (appelée fiche réseau), demeure le moyen principal de transmission d'information, les intervenants ont développé davantage le réflexe de téléphoner pour demander ou transmettre de l'information plus précise.

« Ça se fait beaucoup par la fiche de continuité, mais on se parle beaucoup au téléphone. Puis c'est des deux côtés. Si moi j'organise un congé, je vais appeler la personne dédiée et je vais lui dire : "Là, je prépare un congé pour telle personne". On s'en parle, on se partage. Eux autres aussi [les intervenants de l'autre établissement], ils s'en vont à domicile, ils savent qui je suis, ils savent où appeler. Donc, si un patient a besoin d'être réadmis rapidement, on a de bons liens. »

a. Confiance entre individus

Les relations entre les personnes favorisent la création d'un sentiment de confiance entre les individus et les organisations. Comme le mentionne Hill (2002), il est beaucoup plus facile de faire confiance à un établissement lorsqu'on connaît les individus qui y travaillent.

« Il y avait un manque de confiance parce qu'on ne connaissait pas l'autre et non pas pour cause d'incompétence. »



D'ailleurs, lorsque nous demandions aux gens rencontrés lors des entrevues de repenser à la situation qui prévalait en 2006, les réponses étaient éloquentes concernant la confiance. Les personnes utilisaient des expressions comme « méfiance », « peu de confiance », « manque de confiance » ou « la confiance était grandement inférieure par rapport à aujourd'hui ». Les données recueillies dans le cadre du Projet TOT convergent vers celles obtenues en entrevues. Les gens abordaient la confiance interétablissements avec les mêmes termes : « faible », « inexistante » ou « pas très forte ». Voici un extrait d'une entrevue réalisée en 2006 dans le cadre du Projet TOT.

« Quand on se parle, c'est beaucoup des reproches. Beaucoup beaucoup beaucoup de reproches. »

La situation en 2010 est nettement différente à ce sujet. La multiplication des comités a forcé les intervenants à se rencontrer et à discuter. Les rencontres face-à-face ont favorisé la création d'un sentiment de confiance entre les individus du réseau. Lors des premières rencontres de la Table des IPO, le clivage était flagrant : le côté droit de la salle était occupé par les IPO du CHUS, tandis que celles des CSSS se concentraient du côté gauche. Au fil des rencontres, les intervenants ont appris à se connaître, ce qui a favorisé la création d'un groupe plus homogène, c'est-à-dire sans clivage entre les organisations.

« Ça, je pense que ça a aidé énormément. Juste le fait de voir les gens au lieu de leur parler au téléphone, de savoir à qui on parle. Ça a beaucoup aidé. »

« Je pense que ça nous a permis de mieux connaître la réalité que les autres vivent »

Nous avons également vu naître une relation de confiance au sein des autres comités. Lors des premières séances des comités, les gens étaient réticents à partager l'information organisationnelle. Ce partage était en quelque sorte perçu comme une menace. Progressivement, les barrières sont tombées et la confiance est apparue.

« Dans le domaine de la santé et des services sociaux, ça se passe beaucoup par les liens de confiance. Je connais la personne avec qui je travaille et donc on a des liens professionnels qui sont forts. »

« Les rencontres où les gens se voient, le fait de se connaître : c'est à travers ça que la confiance s'est bâtie. »

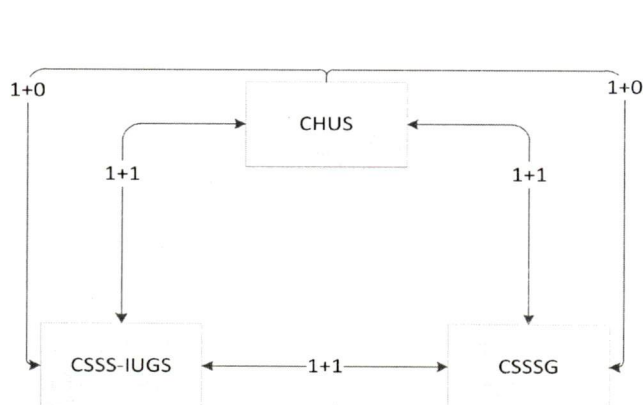
## B. ANALYSE DE LA MULTIPLICITÉ DES LIENS INTERÉTABLISSEMENTS

Au cours des pages précédentes, nous avons présenté l'état des liens interétablissements en 2006 et en 2010 en ce qui a trait aux modalités de coordination et aux relations entre les personnes. L'accroissement du nombre de liaisons est marqué; dans cette section, nous analyserons les données présentées plus tôt pour en faire ressortir la multiplicité.

### 1. La multiplicité en 2006

La figure ci-dessous illustre le petit nombre de liens qu'entretenaient les organisations du réseau en 2006.

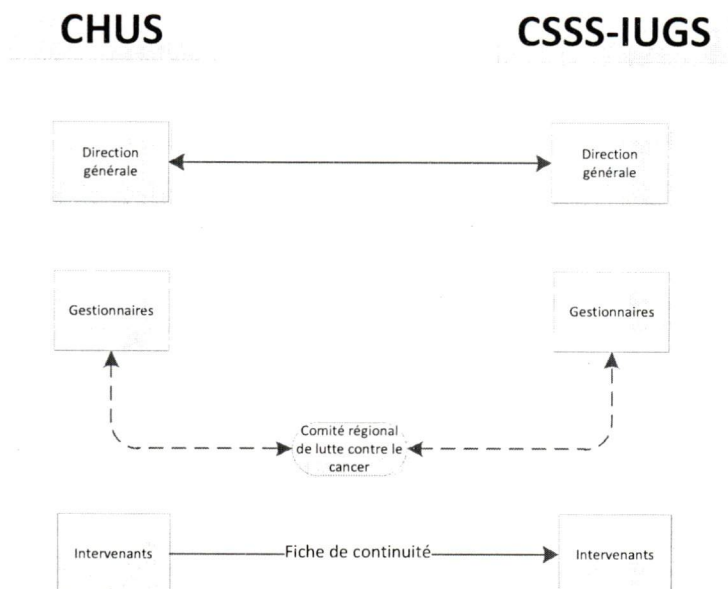
Figure 14: Multiplicité des liens en 2006



Nous détaillerons maintenant chacune des liaisons afin de bien montrer la multiplicité des liens entre les établissements. Sur la figure, il y a deux chiffres par lien. Le premier indique le nombre de modalités de coordination utilisant ce canal et le second correspond au nombre de relations entre personnes. Ainsi, en 2006, les deux CSSS entretenaient un lien de coordination (le Comité régional de lutte contre le cancer) et une relation entre personnes (entretenu par les directions générales). Vous remarquerez qu'il existe deux types de liens pour les relations impliquant le CHUS, l'un à sens unique et l'autre bidirectionnel. La différenciation est importante, puisqu'un lien bidirectionnel implique une notion de rétroaction, de discussion possible, qui rend la relation plus riche. En 2006, le CHUS et le CSSS-IUGS entretenaient trois liens distincts : une modalité de coordination à sens unique (la fiche de continuité), une modalité de coordination à double sens (Comité régional de lutte contre le cancer) et une relation entre personnes (au niveau des directions générales). Le même nombre de liens unissait le CHUS et le CSSSG.

Pour permettre une compréhension plus aisée, nous expliquerons en détail, dans les pages qui suivent, les liens de chacune des paires d'établissements. À l'aide de la figure ci-dessous, nous débuterons en mettant en évidence les liens existant entre le CHUS et le CSSS-IUGS en 2006.

Figure 15: Multiplicité des liens entre le CHUS et le CSSS-IUGS en 2006

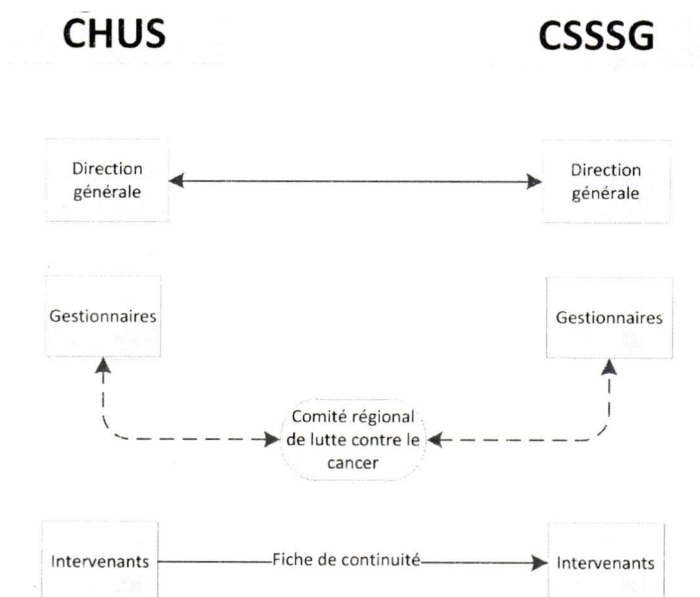


Le faible nombre de liens entre les organisations est flagrant dans cette figure. Les directions générales des établissements entretenaient un lien bidirectionnel, qui permettait d'effectuer un échange d'information. Ce lien était assuré par des rencontres téléphoniques ou face-à-face. Quant aux gestionnaires, le Comité régional de lutte

contre le cancer représentait le seul lien qu'ils entretenaient. Comme nous l'avons mentionné plus tôt, les gains effectués lors de ces rencontres étaient perçus comme minimes, puisque les participants nommés ne se présentaient pas aux réunions. Finalement, les intervenants du CHUS communiquaient, de façon unilatérale, avec ceux du CSSS grâce à la fiche de continuité qui était télécopiée. Nous remarquons également qu'il y avait une étanchéité des strates hiérarchiques. Chacun des niveaux hiérarchiques communiquait uniquement avec les gens du même niveau.

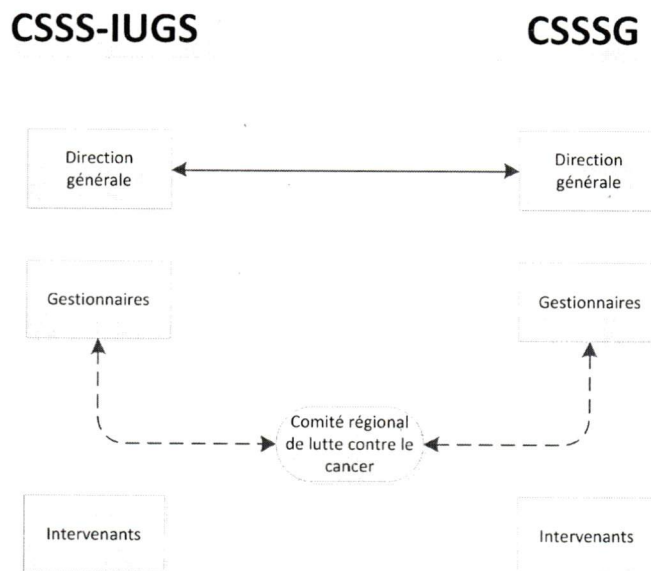
La situation des liens interétablissements en 2006 entre le CHUS et le CSSSG était identique à celle qui prévalait entre le CHUS et le CSSS-IUGS, présentée plus tôt. Tel que mentionné à la page précédente, nous voyons, dans la figure ci-dessous, que la haute direction entretenait des liens bidirectionnels, tandis que les intervenants communiquaient seulement par télécopieur, sans interactions verbales possibles. Concernant les gestionnaires, la relation n'était que partielle, comme nous l'avons indiqué précédemment.

Figure 16: Multiplicité des liens entre le CHUS et le CSSSG en 2006



Prenons maintenant la relation que les deux CSSS entretenaient en 2006. Elle était encore plus pauvre en liens interétablissements que les relations dyadiques impliquant le CHUS. Les directions générales se rencontraient ou se parlaient sur une base régulière, assurant ainsi une liaison. Encore une fois, le seul lien unissant les gestionnaires était le Comité régional de lutte contre le cancer, qui manquait de représentativité et dont les gens interviewés ne se rappelaient pas l'existence. La différence avec les deux autres portraits de 2006 se trouve au niveau des intervenants. Aucun lien n'unissait les intervenants des deux CSSS; ils ne communiquaient donc jamais les uns avec les autres.

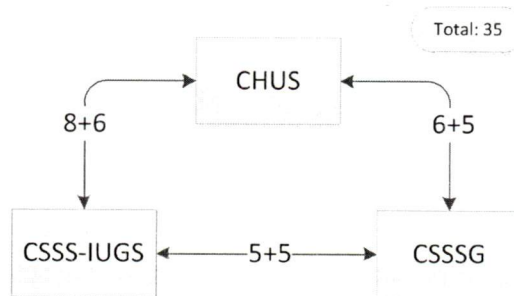
Figure 17: Multiplicité des liens entre le CSSS-IUGS et le CSSSG en 2006



## 2. La multiplicité en 2010

Le portrait de la multiplicité des liens interorganisationnels en 2010 est complètement différent. La figure ci-dessous illustre clairement l'accentuation des liens entre les trois établissements du réseau à l'étude.

Figure 18: Multiplicité des liens en 2010

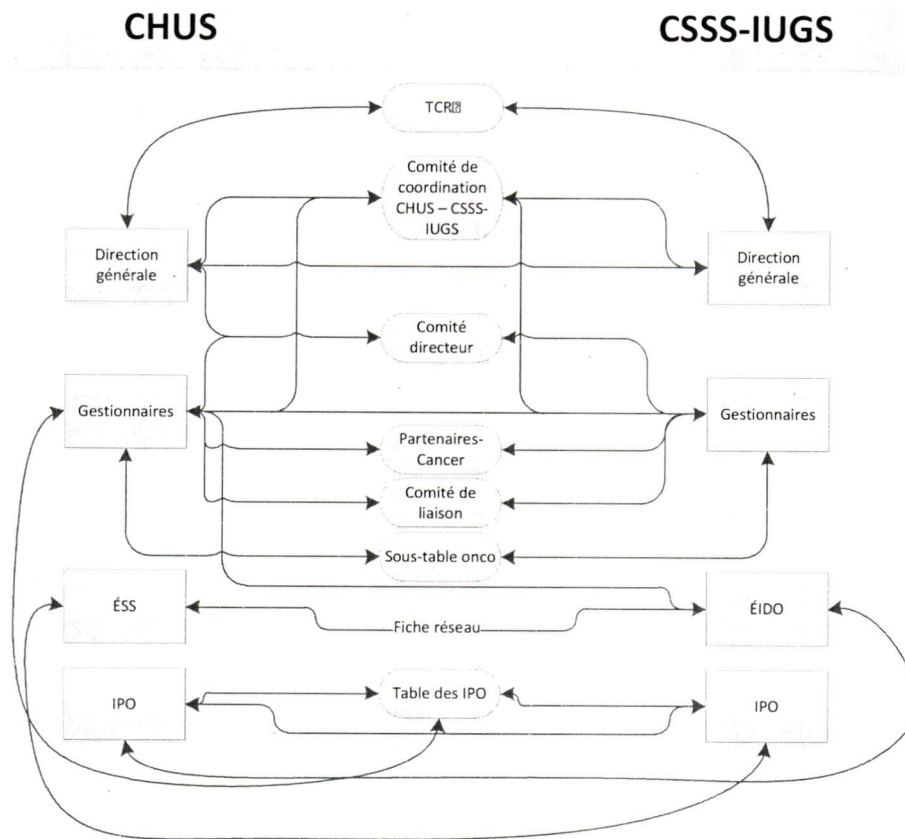


Durant les quatre années qui séparent ces deux portraits, le nombre de liens entre les partenaires du réseau a augmenté de façon marquée. Le CHUS entretient 8 liens de coordination avec le CSSS-IUGS et 6 avec le CSSSG. Il entretient également 6 types de relations entre personnes avec les gens du CSSS-IUGS et 5 avec ceux du CSSSG. De leur côté, les deux CSSS entretiennent un peu moins de liens l'un avec l'autre, mais ils sont tout de même plus nombreux qu'en 2006 : on compte 5 modalités de coordination ainsi que 5 liens entre personnes.

La figure ci-dessous dresse le portrait de la relation CHUS – CSSS-IUGS en 2010. Nous y voyons le détail des liens présents entre les deux organisations. Les 8 liens de coordination apparaissent au centre de la figure. Ils sont tous représentés par des ovales, sauf pour la fiche réseau. Les relations entre les personnes sont représentées par les 6 doubles flèches qui relient directement les carrés situés à gauche et à droite de la colonne centrale.



Figure 19: Multiplicité des liens entre le CHUS et le CSSS-IUGS en 2010

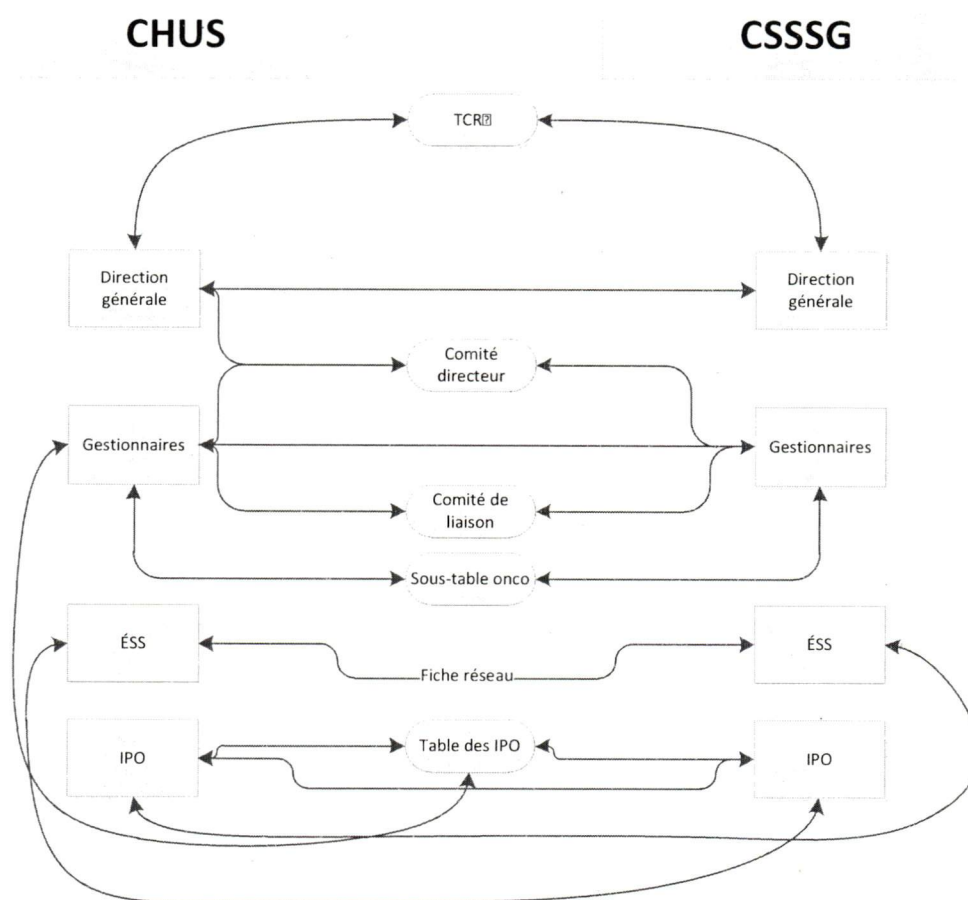


La multiplication des comités interétablissements a permis de créer davantage d'occasions lors desquelles les personnels peuvent se rencontrer et échanger de l'information. Cela a favorisé la création de liens interétablissements à tous les niveaux hiérarchiques. Ces différents comités sont responsables en partie de la multiplicité des liens au sein du réseau. La perméabilité des strates hiérarchiques augmente également le nombre de liaisons dans le réseau. La présence du comité de coordination et du comité

directeur permet aux directions générales et aux gestionnaires de s'asseoir ensemble pour discuter et partager l'information. Le même phénomène se produit à la Table des IPO, qui réunit les IPO et une gestionnaire. Par ailleurs, la création des ÉSS (ou ÉIDO) permet une communication plus riche entre les individus. En plus de la fiche réseau qui est transmise, les intervenants se téléphonent pour donner ou demander de l'information supplémentaire. D'ailleurs, une gestionnaire du CHUS appelle directement les intervenants de l'équipe lorsqu'il y a un besoin particulier; cette facilité de communication n'était pas présente en 2006.

La relation CHUS – CSSSG a également beaucoup évolué entre 2006 et 2010. La figure 17 fait le portrait de la multiplicité des liens interétablissements entre ces deux organisations en 2010.

Figure 20: Multiplicité des liens entre le CHUS et le CSSSG en 2010



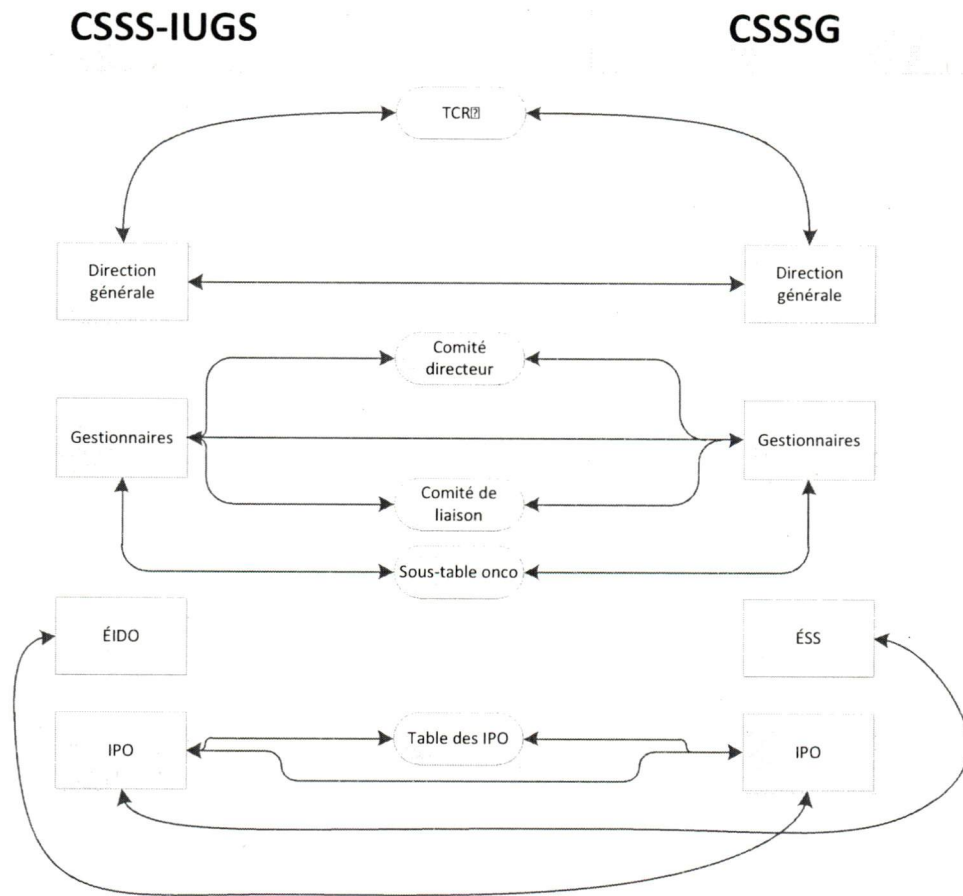
Le portrait est assez semblable à celui de la relation CHUS – CSSS-IUGS. Par contre, il n’y a pas de comité de coordination entre ces deux établissements. Cela réduit donc la possibilité, pour les gestionnaires et la direction, de se rencontrer au sein d’un même comité. De plus, les gestionnaires du CHUS n’entretiennent pas de liens directs avec les intervenants du CSSSG, alors qu’ils le font avec ceux du CSSS-IUGS. Ceci

s'explique par le fait que le CSSSG ne fait pas partie du territoire local du CHUS. Ainsi, le nombre de références est moins grand et, de ce fait, les besoins de coordination aussi. Par ailleurs, puisque le CSSSG est un plus petit centre, le nombre d'intervenants et de gestionnaires est réduit, engendrant moins d'occasions diversifiées de liaisons.

Malgré une hausse moins importante des liens interétablissements, les gains réalisés depuis 2006 entre le CHUS et le CSSSG sont très intéressants. Nous retrouvons des liens entre les différents niveaux hiérarchiques, ce qu'il n'y avait pas à l'époque. D'ailleurs, les liens se sont enrichis au niveau des intervenants, qui ont laissé de côté la fiche de continuité pour adopter à la fois la fiche réseau et la communication bidirectionnelle par téléphone, lorsque les besoins se font ressentir.

Encore une fois, la situation entre les deux CSSS en 2010 (figure 18) est nettement différente de celle qui prévalait en 2006. La multiplication des comités interétablissements a créé différents lieux de rencontres permettant aux intervenants de discuter les uns avec les autres. La stabilisation des équipes ainsi que l'arrivée des IPO ont également favorisé le réseautage des intervenants, autrement isolés. La principale différence avec les deux paires d'établissements impliquant le CHUS réside dans l'homogénéité des niveaux hiérarchiques. Les intervenants entretiennent des liens seulement avec des intervenants, les gestionnaires avec d'autres gestionnaires et la direction avec ses vis-à-vis.

Figure 21: Multiplicité des liens entre le CSSS-IUGS et le CSSSG en 2010



### C. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

La comparaison des portraits de 2006 et de 2010 démontre bien les modifications qu'il y a eu dans le paysage des organisations de santé en oncologie et en soins palliatifs de l'Estrie. Durant ces quatre années, la région a vu naître huit comités régionaux,

permettant aux différents personnels des organisations de se rencontrer et de discuter des enjeux actuels. En 2006, il y avait bel et bien un comité régional s'intéressant aux problématiques de l'oncologie, mais il y avait peu d'engagement de la part des représentants des établissements. Donc, la valeur ajoutée de ce comité n'était pas perçue comme étant très élevée. La situation est tout autre avec les huit comités de 2010; les comptes rendus et les observations nous ont permis de confirmer l'assiduité des membres concernant ces rencontres. C'est à travers ces lieux communs que le réseau se développe et se maintient.

Durant cette période, le réseau a vu ses échanges cliniques se formaliser. En 2006, la fiche de continuité représentait pratiquement le seul lien interétablissements. Cette fiche circulait du CHUS vers les CSSS par télécopieur, ne laissant aucune place aux échanges verbaux et à la rétroaction. D'ailleurs, les intervenants des CSSS avaient plusieurs critiques à formuler envers cette fiche. Souvent incomplète et illisible, elle ne permettait pas d'offrir des services adéquats. L'informatisation de la fiche de continuité, qui a pris la forme d'une fiche réseau, a corrigé certaines lacunes. Désormais, elle est dactylographiée et comporte des sections obligatoires, en plus de conserver l'historique du patient. Le personnel des CSSS est mieux outillé grâce à un meilleur transfert d'information clinique.

La création des nouveaux postes d'IPO a permis de combler les bris de continuité présents sur le continuum des soins oncologiques et palliatifs. Combinées à la stabilisation des équipes soignantes, les IPO ont favorisé la création d'un sentiment de confiance facilitant les relations entre les personnes. Le nombre restreint d'intervenants s'occupant de cette clientèle a permis aux personnels de connaître leurs homonymes et ainsi de communiquer avec eux par téléphone pour obtenir de l'information supplémentaire. D'ailleurs, entre 2006 et 2010, l'étanchéité des strates hiérarchiques s'est brisée, laissant place à une meilleure circulation de l'information. La connaissance des individus permet aux gestionnaires de contacter directement les équipes soignantes des autres organisations, chose non habituelle en 2006.

Malgré les efforts de réseautage des organisations, nos résultats démontrent qu'il y a peu d'échanges administratifs au sein du réseau. Outre quelques formations offertes à tous et le prêt de salles de conférence, les organisations considèrent que les éléments administratifs relèvent de la gestion interne.

Les organisations de la région travaillent présentement à l'élaboration de privilèges d'interventions épisodiques pour la clientèle vivant avec un cancer. Actuellement, ces privilèges existent pour les gestionnaires de cas auprès des personnes âgées. Cet accord deviendrait la première entente formelle entre les établissements pour le continuum de soins oncologiques et palliatifs.

Ces différents changements apportés au réseau à l'étude ont eu comme impact d'augmenter considérablement la multiplicité des liens interétablissements. En effet, nous sommes passés d'un réseau entretenant 8 liens à un réseau beaucoup plus étoffé, comportant 35 liaisons.

En concordance avec notre modèle d'évaluation, basé sur les écrits antérieurs, nous pouvons conclure que les efforts du Gouvernement du Québec et des organisations de la santé, incluant les travaux du projet de transformation de l'organisation du travail, pour revitaliser le continuum de soins en oncologie et en soins palliatifs de l'Estrie ont atteint leur cible. Les initiatives réalisées ont favorisé la création d'une multiplicité de liens tout au long du parcours du patient, tant au niveau des modalités de coordination qu'au niveau des relations entre les personnes.

Dans le prochain chapitre, nous discuterons de l'apport de cette recherche, à la fois sur le plan de la résolution de la problématique managériale et sur celui de l'accroissement des connaissances liées au contexte théorique.



## **CHAPITRE V :**

### **DISCUSSION**

Le cinquième et dernier chapitre de ce mémoire présentera d'abord les différentes contributions théoriques et pratiques de la présente étude. Nous en exposerons ensuite les limites et conclurons avec des propositions de pistes de recherche sur le sujet.

#### **A. CONTRIBUTIONS THÉORIQUES ET PRATIQUES DE LA RECHERCHE**

Les difficultés rencontrées en oncologie et en soins palliatifs lors de la dernière décennie ont forcé le Gouvernement du Québec et les établissements de la santé à entreprendre une panoplie de changements. Après l'implantation de ceux-ci, une

question s'est posée : est-ce que ces mesures ont effectivement eu un impact sur le fonctionnement du réseau en oncologie et en soins palliatifs? Tenant compte de cette problématique, nous avons effectué une évaluation *a posteriori* du réseau estrien. Nous avons mesuré l'évolution de la vitalité du réseau estrien en soins oncologiques et en soins palliatifs. Pour ce faire, nous nous sommes basé sur le modèle de Provan et Milward (2001), testé et adapté par Lemieux-Charles *et al.* (2005) et Popp *et al.* (2005). Inspiré des notions d'évaluation de la performance des réseaux, notre modèle nous permet de mesurer la vitalité du réseau à partir de nos observations concernant la multiplicité des liens interétablissements.

Selon Provan et Milward (2001), l'analyse et la mesure de la multiplicité des liens interétablissements sont essentielles à l'évaluation de la performance d'un réseau. Ainsi, la mesure de la vitalité est pertinente et primordiale afin de déterminer si les différentes initiatives pour améliorer la coordination et les relations entre les services du continuum de soins oncologiques et palliatifs ont porté fruit.

Afin de dresser deux portraits du réseau – en 2006 et en 2010 – et de les comparer, nous avons effectué notre mesure des liens interétablissements à deux reprises. La hausse remarquée entre 2006 et 2010 de la multiplicité des liens permet aux organisations d'apprécier l'effet des mesures mises en place sur la vitalité du réseau. Notre étude justifie les efforts des personnels durant l'implantation des changements.

Nos résultats de recherche démontrent qu'il y a une plus grande vitalité au sein du réseau. Sans être un gage de succès, ils laissent présager qu'une éventuelle étude sur la performance du réseau obtiendrait des résultats positifs. D'ailleurs, nos résultats seront essentiels pour mesurer la performance, d'où la pertinence élevée de notre étude.

Les portraits des liens interétablissements que nous avons dressés pour 2006 et 2010 pourront être utilisés par les organisations pour continuer la surveillance (*monitoring*) de l'évolution de la coordination et des relations au sein du réseau en oncologie et en soins palliatifs de l'Estrie. Grâce aux points de repère créés, cette surveillance pourra être effectuée avec un investissement de temps moindre. Entre autres, il n'y aura plus la nécessité d'effectuer deux portraits *a posteriori*.

Dans le cadre de notre étude, nous avons soulevé le fait que les organisations de la santé de l'Estrie n'effectuaient pas de prêts de personnels. Toutefois, nous pensons qu'un partage de personnels serait bénéfique pour l'ensemble de la région, surtout en contexte de pénurie de main-d'œuvre. Une organisation en manque de personnels pourrait recourir à la liste de rappel des autres établissements. De plus, ces prêts favoriseraient la rétention des personnels sur appel, puisque selon B. Lortie (2008), le manque d'heures de travail cause une insatisfaction importante à l'origine des départs volontaires.

Les efforts effectués par les établissements et le Gouvernement du Québec pour œuvrer en réseau ont eu des répercussions à l'intérieur même des organisations. Autrefois isolées, les strates hiérarchiques sont désormais en relation les unes avec les autres. Ainsi, notre étude a permis de mettre en lumière cet aspect important au sein des établissements qui ne transparaît pas sans une recherche plus approfondie. Les organisations peuvent donc apprécier les effets indirects de leurs efforts de réseautage.

#### B. LIMITES DE LA RECHERCHE

Tout choix méthodologique implique certaines limites dont nous devons être conscient. Dans cette section, nous vous exposons ces limites et les moyens utilisés pour réduire leur impact. Tout d'abord, le contexte particulier de la réalisation d'un mémoire de maîtrise exige qu'il y ait seulement un chercheur qui effectue l'ensemble de la démarche. Différents moyens ont été mis en place pour limiter les biais possibles et assurer la fiabilité des résultats. Tel que stipulé au chapitre 3, nous nous sommes efforcé d'assurer la traçabilité de ses résultats en réalisant des comptes rendus et en tenant un journal de bord tout au long de l'étude. Une question a également été ajoutée à la fin des entrevues pour vérifier si le chercheur interprétait les faits de la même façon que les participants. En outre, l'usage de sources de données non obstrusives permet de réduire les biais, puisqu'elles ne sont pas influencées par le chercheur. Les données secondaires

utilisées pour cette étude ont été recueillies par des chercheurs différents au cours du Projet TOT. Cet élément amoindrit l'impact de la présence d'un seul chercheur.

Le contexte de l'étude implique également que l'analyse soit effectuée seulement par le chercheur. Les enregistrements audio des entrevues assurent le respect des propos des personnes rencontrées. D'ailleurs, la retranscription intégrale (*verbatim*) de ces enregistrements facilite la vérification des conclusions par les pairs. La triangulation des résultats réduit également les biais liés à l'analyse des données. Le fait d'avoir plusieurs sources de données convergentes assure la fiabilité des résultats.

L'échantillon relativement restreint ne permet pas de généraliser les résultats, mais cela n'était pas l'objectif de cette étude. La description détaillée du contexte effectuée au chapitre 1 est suffisamment claire pour permettre aux lecteurs d'évaluer la transférabilité des connaissances produites. Nous avons constitué un échantillon d'experts du sujet représentant les trois établissements et les différents niveaux hiérarchiques. Pour contrer les effets d'un échantillon restreint, nous avons utilisé diverses sources de données qui permettent de corroborer les résultats obtenus lors des entrevues.

Comme nous avons effectué une étude *a posteriori*, une partie de nos données a été recueillie rétrospectivement. Nous connaissons les biais liés aux souvenirs des

participants, et c'est l'une des raisons qui ont motivé une triangulation des résultats avec d'autres méthodes non obstrusives pour comparer les données recueillies en entrevue.

### C. RECHERCHES FUTURES

Les résultats obtenus dans le cadre de notre étude nous amènent à proposer d'autres recherches pouvant améliorer les connaissances sur l'évaluation de la performance d'un réseau dans le domaine de la santé. Nous avons mesuré la vitalité du réseau via la multiplicité des liens interétablissements présents en oncologie et en soins palliatifs. Par contre, Provan et Milward (2001) précisent l'importance de mesurer la performance du réseau à tous les niveaux impliqués. En plus d'être effectuée au niveau du réseau, l'évaluation devrait se faire au sein des organisations participantes et être réalisée à travers les yeux de l'utilisateur et de la communauté.

Par ailleurs, nous avons évalué la multiplicité des liens en adoptant comme postulat que plus il y avait de liens, mieux le réseau se portait. Toutefois, existe-t-il un niveau de saturation des liens interétablissements au sein du réseau? Quel est le nombre maximal de liens pouvant être entretenus dans un réseau avant que la valeur ajoutée de ceux-ci soit négative? Dans le même ordre d'idées, nous n'avons pas mesuré la pertinence, l'utilité ou la qualité des différents liens présents. Il serait intéressant d'évaluer ces aspects pour étoffer le modèle d'analyse. Une pondération des différents

liens serait également possible et enrichirait le portrait réalisé dans le cadre de cette étude.

Nous avons restreint notre étude à l'évaluation d'un réseau ciblé de trois établissements. Une recherche ultérieure serait nécessaire pour vérifier si les résultats obtenus dans le cadre de cette étude s'appliqueraient aux autres organisations de la région. D'ailleurs, nous estimons qu'une étude plus vaste devrait inclure les GMF et les organismes communautaires, puisqu'ils font désormais partie intégrante du continuum de soins et occupent une place importante dans le parcours du patient.

Notre étude (basée sur 15 entrevues, une série d'observations au sein de comités interétablissements, de la documentation institutionnelle et des données secondaires) n'a pas la prétention d'avoir dressé un portrait exhaustif des liens entre les trois établissements. Pour ce faire, un projet de recherche plus vaste devrait inclure à sa collecte de données des séances d'observation intensives au sein des organisations. Les liens complètement intégrés à la routine des intervenants sont difficilement décelables si l'on n'est pas présent lorsqu'ils se réalisent. Pour transposer cette étude dans un autre milieu, il faudrait privilégier l'étude longitudinale par rapport à une recherche *a posteriori* afin d'augmenter la validité du portrait de référence.

Considérant les parts importantes du budget gouvernemental allouées aux organisations de la santé au Québec, une évaluation des implications financières de l'amélioration de la performance d'un réseau serait essentielle. Avec une telle étude, nous pourrions connaître les économies monétaires relatives à la mise en réseau des établissements de santé.



## CONCLUSION

Le désir des organisations de l'Estrie de connaître la performance du réseau en oncologie et en soins palliatifs nous a motivé à entreprendre cette étude. La complexité de ce type d'évaluation nous a forcé à recadrer notre étude autour de la mesure de l'évolution des liens interétablissements comme indicateur de la vitalité du réseau. Nous avons réalisé une collecte de données en considérant plusieurs sources, entrevues semi-dirigées, observations participantes, données secondaires et documentation institutionnelle, pour être en mesure de dresser un portrait fiable et valide de l'évolution des liens interétablissements.

Notre recension des écrits sur l'évaluation de la performance des réseaux de la santé montre qu'il y a une pénurie d'études sur le sujet. Nous avons toutefois soulevé l'existence de quelques recherches posant les bases de ce mémoire. La communauté scientifique s'entend pour dire que le cadre conceptuel de Provan et Milward (2001) est celui ayant exercé le plus d'influence dans l'évaluation des réseaux en santé. Nous nous sommes basé sur ce modèle pour établir notre cadre d'analyse de la vitalité.

Au cours des quatre années séparant les deux portraits, le réseau a vu naître de multiples modalités de coordination et des relations entre les personnes. La formation de sept comités interétablissements a permis la création de lieux communs pour discuter et échanger. De plus, l'informatisation de la fiche de continuité, devenue une fiche réseau, a permis de corriger les lacunes tout en favorisant de meilleures communications. Parallèlement, la stabilisation des équipes soignantes a favorisé le développement d'une relation de confiance permettant d'établir des relations entre personnes plus solides et diversifiées.

Malgré les aspects positifs énumérés ci-dessus, les résultats indiquent que le réseau manque, encore à ce jour, des occasions de formaliser les échanges administratifs entre les organisations. Le décloisonnement a débuté au niveau clinique, mais pour ce qui est des aspects administratifs, les organisations se gèrent encore de façon indépendante.

Finalement, notre étude permet aux organisations d'apprécier les efforts effectués pour mettre en place le réseau en oncologie et en soins palliatifs. Les résultats obtenus laissent présager une amélioration de la performance de ce réseau, puisque la multiplicité des liens interétablissements s'est accrue de façon considérable.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, Portrait de santé de l'Estrie et de ses territoires 2006, MSSS, Gouvernement du Québec, (2009).

Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, « Table de coordination du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie », Bienvenue – Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, [En ligne]  
[http://www.santeestrie.qc.ca/qui\\_sommes\\_nous/macanisme\\_de\\_concertation/table\\_coordination\\_reseau\\_sante.php](http://www.santeestrie.qc.ca/qui_sommes_nous/macanisme_de_concertation/table_coordination_reseau_sante.php) (Page consulté le 4 septembre 2009) (2009a).

Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, Programmes-services Santé physique : Cancer et soins palliatifs, MSSS; Gouvernement du Québec, (2006).

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. « Projet clinique », Santé Montréal, [En ligne]  
[http://www.cmis.mtl.rtss.qc.ca/fr/projet\\_clinique/presentation\\_projet\\_clinique.html](http://www.cmis.mtl.rtss.qc.ca/fr/projet_clinique/presentation_projet_clinique.html) (Page consulté le 4 août 2009), (2004).

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, Les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux au Bas-Saint-Laurent – Guide pour supporter la mise en place de projets cliniques orientés vers l'amélioration de l'état de santé de la population, MSSS, Gouvernement du Québec, (2004).

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie, Modèle d'organisation de services en Estrie, MSSS, Gouvernement du Québec, (2004).

- Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie, Les principes directeurs, MSSS, Gouvernement du Québec, (2004a).
- Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, L'approche populationnelle : une nouvelle façon de voir et d'agir en santé, MSSS, Gouvernement du Québec, (2004).
- AUDET, Madeleine, La mise en œuvre de mode de gestion des soins et services par regroupement des clientèles : le cas du regroupement cardiopulmonaire au CHUS, Doctorat (DBA), Université de Sherbrooke, Sherbrooke, (2006).
- B. LORTIE, Pier, La nature des évènements qui provoquent les départs volontaires des personnels du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Mémoire (M.Sc.), Université de Sherbrooke, Sherbrooke, (2008).
- BARBER, Jeffrey B., KOCH, Karen E., PARENTE, Diane, MARK, Jess et DAVIS, Kenneth M., « Evolution of Integrated Health System : A Life Cycle Framework », Journal of Healthcare Management, 43(4), (Julliet-Août 1998), pp. 359-377.
- BARRINGER, Bruce R. et HARRISON, Jeffrey S., « Walking a tightrope: Creating value through interorganizational relationships », Journal of Management, 26(3), (2000), pp. 367-403.
- BAUMARD, Philippe et IBERT, Jérôme, 2007. « Quelles approches avec quelles données », dans THIETART, Raymond-Alain (dir.), Méthodes de recherche en management, Dunod, Paris, Chapitre 4, (2007), pp. 84-106.
- BAUMARD, Philippe, DONADA, Carole, IBERT, Jérôme et XUEREB, Jean-Marc, « La collecte des données et la gestion de leurs sources », dans THIETART,

Raymond-Alain (dir.), Méthodes de recherche en management, Dunod, Paris, Chapitre 9, (2007), pp. 228-262.

BOTTRUP, Pernille, « Learning in a network : a “third way” between school learning and workplace learning? », Journal of Workplace Learning, 17(8), (2005), pp. 508 - 520.

BRAZIL, Kevin, WHELAN, Tim, O'BRIEN, Mary Ann, SUSSMAN, Jonathan, PYETTE, Nancy et BAINBRIDGE, Daryl, « Towards improving the co-ordination of supportive cancer care services in the community », Health Policy, 70, (2004), pp. 125-131.

BROWNE, Gina, KINGSTON, Dawn, GRDISA, Valerie et MARKEL-REID, Maureen, « Conceptualization and measurement of integrated human service networks for evaluation », International Journal of Integrated Care, vol. 7, (2007) pp.1-6.

BRYMAN, Alan et BELL Emma, Business Research Methods, Oxford University Press Inc, New-York, (2007).

Chaire d'étude en organisation du travail (CEOT), Sommaire du projet Pénurie de main-d'œuvre et transformation de l'organisation du travail, inédit, Université de Sherbrooke, disponible en ligne, <http://www.usherbrooke.ca/ceot/ot/>, (2006).

Centre de santé et de services sociaux du Granit, Projet clinique programme santé physique volet cancer et soins palliatifs : la démarche d'élaboration du projet clinique cancer et soins palliatifs, MSSS, Gouvernement du Québec, (2008).

Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. CSSS-IUGS, MSSS, Gouvernement du Québec, [En ligne], <http://www.csss-iugs.ca> (Page consultée le 26 mars 2009).

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Offre de services actuelle en oncologie – Dans le cadre de la démarche régionale projet clinique, MSSS, Gouvernement du Québec, (2006).

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Offre de services en oncologie et soins palliatifs du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke 2007-2012, MSSS, Gouvernement du Québec, (2007).

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. CHUS – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, MSSS, Gouvernement du Québec, (13 février 2009), [En ligne], <http://www.chus.qc.ca>.

CHISHOLM, Ruppert F., Developping Network Organizations : Learning from Praticce and Theory, Addison Wesley Longman inc., Boston, (1998).

CLAIR, Michel, AUCOIN, Léonard, BERGMAN, Howard, CÔTÉ, Rosette, IPPERSIEL, Pierre, LEBOUTILLER, John, LIMOGES, Gérard A., RAJOTTE, Hélène, TRÉPANIÉ, Vicky et ROULEAU, René, Les solutions émergentes, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, Gouvernement du Québec, Québec, (2003).

COLLERETTE, Pierre, Les réseaux organisationnels – Réalités et illusions, [En ligne] Septembre 2005, [http://ge.ch/dares/SilverpeasWebFileServer/P\\_Collerette.pdf?ComponentId=kmelia518&SourceFile=1128066612208.pdf&MimeType=application/pdf&Directory=Attachment/Images/](http://ge.ch/dares/SilverpeasWebFileServer/P_Collerette.pdf?ComponentId=kmelia518&SourceFile=1128066612208.pdf&MimeType=application/pdf&Directory=Attachment/Images/) (consulté le 10 septembre 2010).

Conseil québécois de lutte contre le cancer, L'intervenant pivot en oncologie: un rôle d'évaluation, d'information et de soutien pour le mieux-être des personnes atteintes de cancer, Gouvernement du Québec, Québec, (2000).

CÔTÉ, André, « Les stratégies de changement en milieu hospitalier : Construire une relation de confiance », Gestion, 32(2), (2007), pp.12-21.

DESLAURIERS, Jean Pierre et MAYER, Rober, « L'observation directe » dans MAYER, Robert, OUELLET, Francine, SAINT-JACQUES, Marie-Christine et TURCOTTE, Daniel, Méthodes de recherche en intervention sociale, Gaëtan Morin Éditeur, Montréal, (2000), pp. 135-157.

FAWCETT, Stephen B., FRANCISCO, Vincent T., PAIN-ANDREWS, Adrienne et SCHULTZ, Jerry A., « A model memorandum of collaboration : a proposal », Public Health Reports, vol 15, (2000), pp. 174-179.

FLEURY, Marie-Josée, « Integrated service networks : The Quebec case », Health Services Management Research, vol. 19, numéro 3, (2006), pp. 153-165.

FLEURY, Marie-Josée, GRENIER, Guy et OUADAHI, Youcef, « Les réseaux intégrés de services : notion, modélisations et mise en œuvre », dans FLEURY, Marie-Josée, TREMBLAY, Mireille, NGUYEN Hung et BORDELEAU, Luc (dir), Le système sociosanitaire au Québec – Gouvernance, régulation et participation, Gaëtan Morin Éditeur, Montréal, (2007), pp. 159-178.

FOUNTAIN, Jane E. « Social Capital : Its Relationship to Innovation in Science and Technology », Science and Public Policy, 25(2), (1998), pp. 103-115.

GAUMER, Benoît et FLEURY, Marie-Josée, « La gouvernance du système sociosanitaire au Québec : un parcours historique », dans FLEURY, Marie-Josée, TREMBLAY, Mireille, NGUYEN Hung et BORDELEAU, Luc (dir), Le système sociosanitaire au Québec – Gouvernance, régulation et participation, Gaëtan Morin Éditeur, Montréal, (2007), pp. 3-21.

GRAWITZ, Madeleine, Méthodes des sciences sociales, Dalloz, Paris, 10<sup>e</sup> édition, (1996).

GRAWITZ, Madeleine, Méthodes des sciences sociales, Dalloz, Paris, 11<sup>e</sup> édition, (2001).

GRINNELL JR, Richard M., Social Work Research and Evaluation: Quantitative & Qualitative approaches, F.E. Peacock Publishers, Itasca, Illinois, 6<sup>e</sup> édition, (2001).

GRINNELL JR, Richard M., UNRAU, Yvonne A. et WILLIAMS, Margaret, « Scientific Inquiry and Social Work » dans GRINNELL JR, Richard M., UNRAU, Yvonne A., Social Work Research and Evaluation: Quantitative and Qualitative Approaches, Oxford University Press USA, (2005), pp. 3-21.

GUBA, Egon G. et LINCOLN, Yvonna S., 1994. « Competing paradigms in qualitative research », dans DENZIN, Norman K. et LINCOLN, Yvonna S. (dir.), Handbook of qualitative research, SAGE, Thousand Oaks, Californie, (1994), pp. 105-117.

GUIBERT, Joël et JUMEL, Guy, Méthodologie des pratiques de terrain en sciences humaines et sociales, Armand Colin, Paris, (1997).

HAKANSSON, Hakan, HAVILA, Virpi et PEDERSEN, Ann-Charlotte, « Learning in networks - Business relationships: Network, organizational learning », Industrial Marketing Management, 28(5), (1999), pp. 443 – 452.

HASNAIN-WYNIA, Romama, MARGOLIN, Frances S. et BAZZOLI, Gloria J., « Models for community health partnerships », Health Forum Journal, 44(3), (2001), pp.29-33.



HILL, Carey, « Network Literature Review : Conceptualizing and Evaluating Networks », Manuscrit non publié, Southern Alberta Child and Youth Health Network, (2002).

Institut de la statistique du Québec (ISQ), « Profils régionaux », Institut de la statistique du Québec, [En ligne], 18 juillet 2008, [http://www.stat.gouv.qc.ca/regions/profils/region\\_05/region\\_05\\_00.htm](http://www.stat.gouv.qc.ca/regions/profils/region_05/region_05_00.htm) (Page consultée le 26 mars 2009).

Institut de la statistique du Québec (ISQ), janvier 2005. [En ligne] <http://publications.msss.gouv.qc.ca/statisti/zip2005/PQ200126age.xls>, (Page consulté le 7 octobre 2009).

IRDES, « Echo-santé », Les bases Eco-Santé en ligne, [En ligne], mars 2009, <http://www.ecosante.fr/> (Page consultée le 26 mars 2009).

JOHNSON, Burke et TURNER Lisa A., « Data collection strategies in mixed methods research », dans TASHAKKORI, Abbas et TEDDLIE, Charles B. (dir.), Handbook of Mixed Methodes in social & behavioral research, Sage, Thousand Oaks, (2003), pp. 297-319.

La Presse Canadienne, « L'envoi de Québécois atteints de cancer aux États-Unis va cesser », La Presse Canadienne, Actualités du Québec, (18 décembre 2001).

LEATT, Peggy, PINK, George H. et GUERRIERE, Micheal, « Towards a Canadian Model of integrated Healthcare », Healthcare papers, 1(2), (2000), pp.13-35.

LEATT, Peggy, « Série de rapports de synthèse : La prestation de services intégrés », Le fonds pour l'adaptation des services de santé, Santé Canada, (2002).

- LEMIEUX-CHARLES, Louise, CHAMBERS, Larry W., COCKERILL, Rhonda, JAGLAL, Susan, BRAZIL, Kevin, COHEN, Carol, LECLAIR, Ken, DALZIEL, Bill et SCHULMAN, Barabra, « Evaluating the Effectiveness of Community Based Dementia Care Networks : The Dementia Care Networks' Study », The Gerontologist, 45(4), (2005), pp. 456-464.
- LESAGE, Valérie, « Les listes ont à peine baissé : Québec cessera quand même d'envoyer des patients aux États-Unis ». Le Soleil, (19 décembre 2001), p. A3.
- LÉVESQUE, Jean-Frédéric, ROBERGE, Danièle et PINEAULT, Raynald, « La première ligne de soins : un témoin distant des réformes institutionnelles et hospitalières au Québec », dans FLEURY, Marie-Josée, TREMBLAY, Mireille, NGUYEN Hung et BORDELEAU, Luc (dir.), Le système sociosanitaire au Québec – Gouvernance, régulation et participation, Gaëtan Morin Éditeur, Montréal, (2007), p. 63-78.
- LINCOLN, Yvonna S. et GUBA, Egon G., « Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences », dans DENZIN, Norman K. et LINCOLN, Yvonna S. (dir.), Handbook of qualitative research, Thousands Oaks, Californie, Sage, (2000), pp. 163-188.
- MAYER, Robert et SAINT-JACQUES, Marie-Christine, « L'entrevue de recherche » dans MAYER, Robert, OUELLET, Francine, SAINT-JACQUES, Marie-Christine et TURCOTTE, Daniel, Méthodes de recherche en intervention sociale, Gaëtan Morin Éditeur, Montréal, (2000), pp. 115-133.
- MILES, Matthew B. et HUBERMAN, A. Michael, 2003. Analyse des données qualitatives, (Trad. M.H. Rispal), De Boeck, Paris, 2<sup>e</sup> édition, (2003).
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe – Programme québécois de lutte contre le cancer, Comité consultatif sur le cancer, Gouvernement du Québec, Québec, (1998).

Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, Rapport du forum national sur la planification de la main d'œuvre infirmière, Gouvernement du Québec, Québec, (2001).

Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, Lignes directrices pour l'implantation de réseaux locaux de services intégrés en santé mentale, Gouvernement du Québec, Québec, (2002).

Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, La lutte contre le cancer dans les régions du Québec - Un premier bilan, Gouvernement du Québec, Québec, (2003).

Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, L'intégration des services de santé et des services sociaux – Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, Gouvernement du Québec, Québec, (2004).

Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, Projection de la main-d'œuvre infirmière de 2004-2005 à 2019-2020, Gouvernement du Québec, Québec, (2005).

Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, Organisation territoriale des services de biologie médicale, Gouvernement du Québec, Québec, (2005a).

Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, Direction de lutte contre le cancer – Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer, Gouvernement du Québec, Québec, (2007).

Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, « Limites des territoires des RUIS », Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec – Accueil, Gouvernement du Québec, Québec, [En ligne], (2007a),

[http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/atlas/atlas/index.php?id\\_carte=86](http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/atlas/atlas/index.php?id_carte=86) (Page consultée le 7 septembre 2009).

Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, « Le système de santé et de services sociaux du Québec », En bref, Gouvernement du Québec, Québec, (2008).

Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, Direction de lutte contre le cancer – Rôle de l’infirmière pivot en oncologie, Gouvernement du Québec, Québec, (2008a).

MITCHELL, Shannon M. et SHORTELL, Stephen M., « The governance and management of effective community health partnerships : A typology for research, policy, and practice », The Milbank Quarterly, 78(2), (2000), pp. 241-289.

MONTREUIL, Benoit et MORISSET, Guy, L’entreprise réseau, CEFRIO, Fiche 18, (1998), pp. 1-10.

NEUMAN, W. Lawrence, Social research methods : Qualitative and quantitative approaches, 3<sup>e</sup> édition, Allyn and Bacon, Boston, (1997).

Office québécois de la langue française, « Pénurie de main-d’œuvre », Le grand dictionnaire terminologique, [En ligne], (1985), [http://www.granddictionnaire.com/BTML/FRA/r\\_Motclef/index1024\\_1.asp](http://www.granddictionnaire.com/BTML/FRA/r_Motclef/index1024_1.asp) (Page consultée le 28 juillet 2009).

Office québécois de la langue française, « Continuum de services », Le grand dictionnaire terminologique, [En ligne], (2001), [http://www.granddictionnaire.com/BTML/FRA/r\\_Motclef/index1024\\_1.asp](http://www.granddictionnaire.com/BTML/FRA/r_Motclef/index1024_1.asp) (Page consultée le 7 janvier 2009).

Organisation Mondiale de la Santé, Health promotion glossary, Genève, (1998).

ORTIZ, Judith, FOTTLER, Myron D. et HOFLER, Richard, « Performance of Health Centers in Networks », Health Care Manage Review, 30(2), (2005), pp. 126-138.

PERREAULT, Laura-Julie, « Patients de radio-oncologie aux États-Unis : Legault a fait les premier pas », La Presse, (12 janvier 2003), p. A3.

PERRET, Véronique et SÉVILLE, Martine, « Fondements épistémologiques de la recherche », dans THIETART, Raymond-Alain (dir), Méthodes de recherche en management, Dunod, Paris, (2007), p. 13-33.

P.L. 25, Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, 1<sup>re</sup> sess., 37<sup>e</sup> lég., Québec, (2003).

P.L. 83, Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives, 1<sup>ère</sup> sess., 37<sup>e</sup> lég., Québec, (2005).

P.L. 90, Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, 2<sup>e</sup> sess., 36<sup>e</sup> lég., Québec, (2002).

POIRIER, Léo-Roch, CAULET, Malijaï, FOURNIER, Louise, MERCIER, Céline, WHITE, Deena et LESAGE, Alain, « Évaluation de l'efficacité du réseau de services offerts aux personnes ayant des problèmes de santé mentale graves vivant dans la communauté », Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, (2001).

POMEY, Marie-Pascale et DUBOIS, Carl-Ardy, « L'analyse comparative des système de santé : réformes et enjeux », dans FLEURY, Marie-Josée, TREMBLAY, Mireille, NGUYEN Hung et BORDELEAU, Luc (dir), Le système sociosanitaire

au Québec – Gouvernance, régulation et participation, Gaëtan Morin Éditeur, Montréal, (2007), pp. 133-156.

POPP, Janice K., L'HEUREUX, Laura N., DOLINSKY, Carly M., ADAIR, Carol E., TOUGH, Suzanne C., CASEBEER, Ann L., DOUGLAS-ENGLAND, Kathleen L. et MORRISON, Catherine C., « How do you evaluate a network ? A canadian child and youth health network experience ». The Canadian Journal of Program Evaluation, 20(3), (2005), pp. 123-150.

PROVAN, Keith G., FISH, Amy et SYDOW, Joerg, « Interorganizational Networks at the Network Level: A Review of the Empirical », Journal of Management; 33, (2007), pp. 479-516.

PROVAN, Keith G. et KENIS, Patrick, « Modes of Network Governance : Structure, Management, and Effectiveness », Journal of Public Administration Research and Theory, 18(2), (2008), pp. 229-252.

PROVAN, Keith G. et MILWARD, H. Brinton. 1995. « A preliminary theory of network effectiveness: A comparative study of four community mental health systems », Administrative Science Quarterly, 40, (1995), pp. 1-33.

PROVAN, Keith G. et MILWARD, H. Brinton, « Do networks really work? A framework for evaluating public-sector organizational networks », Public administration review, 61(4), (2001), pp. 414-423.

PROVAN, Keith G. et SEBASTIAN, Juliann G., « Networks within networks: Service link overlap, organizational cliques, and networks effectiveness », Academy of Management Journal, 41, (1998), pp.453-463.

- Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, Réseau de services intégrés – Ses principes, concepts et composantes, Gouvernement du Québec, Québec, (2001).
- Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDC), Document d'information sur les pénuries de main-d'œuvre actuelles et futures au Canada, Gouvernement du Canada, Ottawa, (2007).
- ROBERGE, Danièle, CAZALE, Linda, TREMBLAY, Dominique et HÉBERT-CROTEAU, Nicole, Les effets des équipes interdisciplinaires locales en oncologie au Québec : Étude pilote en Montérégie, Centre de recherche de l'Hôpital Charles Lemoyne, (2007).
- ROBERGE, Danièle, DENIS, Jean-Louis, CAZALE, Linda, COMTOIS, Élise, PINEAULT, Raynald, TOUTI, Nassera, TREMBLAY, Dominique et LATREILLE, Jean, Évaluation du réseau intégré de soins et de services en oncologie : l'expérience de la Montérégie, Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoine, (2004).
- Regroupement des organismes de maintien à domicile de l'Estrie, Programme-service perte d'autonomie liée au vieillissement, (2 juin 2005).
- ROMANOW, Roy J., Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada – Rapport final, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Gouvernement du Canada, Saskatoon, (2002).
- ROY, Mario et AUDET, Madeleine, « La transformation vers de nouvelles formes d'organisation plus flexibles : un cadre de référence », Gestion, 27(4), (2003), pp. 43-49.
- ROY, Mario, AUDET, Madeleine, FORTIER, Lucie, B. LORTIE, Pier, GOSSELIN, Annie et CYR, Stéphan, La pénurie de la main-d'œuvre et la transformation de

L'organisation du travail au sein du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie, Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation et direction de la planification et des soins infirmiers, Rapport de recherche inédit, (2009).

- ROYER, Isabelle et ZARLOWSKI, Philippe, « Le design de la recherche », dans THIETART, Raymond-Alain (dir.), Méthodes de recherche en management, Dunod, Paris, (2007), pp. 143-172.
- ROYER, Isabelle et ZARLOWSKI, Philippe, « Échantillon(s) », dans THIETART, Raymond-Alain (dir.), Méthodes de recherche en management, Dunod, Paris, (2007a), pp. 192-227.
- SAVOIE-ZAJC, Lorraine, 2003. « L'entrevue semi-dirigée », dans GAUTHIER, Benoît (dir.), Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données, Presses de l'Université du Québec, Québec, (2003), p. 294-316.
- SCOTT, John, Social Network Analysis: A Handbook. Sage Publications, London, (2000).
- SHORTELL, Stephen M., BAZZOLI, Gloria J., DUBBS, Nicole L. et KRALOVEK, Peter, « Classifying Health Networks and Systems : Managerial and Policy Implications », Health Care Manage Review, 25(4), (2000a), pp. 9-17.
- SHORTELL, Stephen M., GILLIES, Robin R. et ANDERSON, David A., « The new world of managed care: creating organized delivery systems », Health Affairs, 13(5), (1994), pp.46-64.
- SHORTELL, Stephen M., GILLIES, Robin R., ANDERSON, David A, ERICKSON, Karen Morgan et MITCHELL, John B., « Integrating Health Care Delivery », Health Forum Journal, 43(6), (2000), pp. 35-39.



SHORTELL, Stephen M., MITCHELL John B. et MORGAN Karen L., « Creating Organized Delivery Systems : The Barriers and Facilitators », Hospital & Health Services Administration, 38(4), (1993), pp. 447-466.

Société canadienne du cancer, Statistiques canadiennes sur le cancer 2008, (2008).

Statistiques Canada. « Profils des communautés de 2006 – division du recensement », Statistique Canada : Organisme statistique national du Canada, [En ligne], mis à jour le 24 juillet 2009a, <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/dp-pd/prof/92-591/details/page.cfm?Lang=F&Geo1=CD&Code1=2430&Geo2=CD&Code2=2443&Data=Count&SearchText=Sherbrooke&SearchType=Begins&SearchPR=01&B1=All&Custom=#il>, (Page consultée le 28 août 2009).

Statistiques Canada, « 50 à 53 HLT–Taux d'incidence du cancer », Statistique Canada : Organisme statistique national du Canada, [En ligne], mis à jour le 25 mai 2009, <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-401-x/2009000/considerations/hlt/50hlt-fra.htm> (Page consultée le 27 juillet 2009).

WEINER, Bryan J., ALEXENDER Jeffrey A. et ZUCKERMAN, Howard S., « Strategies for effective management participation in community health partnership », Health Care Management Review, 25(3), (2000), pp. 48-66.

WHETTEN, David A., « Interorganizational Relation: A Review of the Field », The Journal of Higher Education, 52(1), (1981), p.1-28.

ZAHEER, Akbar, GÖZÜBÜYÜK, Remzi et MILANOV, Hana, 2010. « It's the Connections: The Network Perspective in Interorganizational Research », Academy of Management, Perspectives, 24(1), (2010), p.62-77.

**ANNEXE I:**

**DESCRIPTION DES QUATRE FONCTIONS CLÉS DE L'IPO**

**Description des quatre fonctions clés du rôle de  
l'infirmière pivot en oncologie (MSSS, 2008a) :**

Évaluer

- Évaluer les besoins biopsychosociaux des personnes nouvellement diagnostiquées et de leurs proches, et identifier avec eux les ressources disponibles, en accordant une attention particulière aux clientèles vulnérables, notamment les personnes âgées souffrant de comorbidité, ou les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale;
- Poursuivre cette évaluation tout au long du continuum de soins de manière à fournir, en temps opportun, aux personnes atteintes et à leurs proches des services adéquats et personnalisés, par exemple des services de réhabilitation, des services post-traitement, des services de soins palliatifs;
- Évaluer la capacité d'adaptation de la personne atteinte et de ses proches en identifiant leurs forces, leurs compétences et leur pouvoir d'agir « empowerment » et ajuster les interventions en conséquence;
- S'assurer que les ressources disponibles leur soient accessibles;
- Travailler en partenariat avec la personne atteinte d'un cancer et ses proches afin de favoriser les autosoins et d'anticiper les problèmes qui pourraient survenir tant sur les plans physique et psychologique que social, en vue de les éviter et d'en diminuer l'importance;
- Procéder, en partenariat avec les intervenants du réseau, à l'évaluation des symptômes biopsychosociaux des personnes atteintes et de leurs proches, notamment lors des communications téléphoniques, etc.;
- Émettre une opinion clinique et partager les résultats de son évaluation avec l'équipe interdisciplinaire afin de personnaliser les soins et maximiser la sécurité des traitements;
- Assurer, avec l'équipe, le suivi et l'évaluation des interventions réalisées (mise à jour du plan d'intervention individualisé<sup>12</sup>).

---

<sup>12</sup> Le plan d'intervention individualisé est élaboré par l'équipe interdisciplinaire, particulièrement pour les cas complexes.

### Enseigner et informer

- Offrir, en collaboration avec les membres de l'équipe interdisciplinaire, à la personne atteinte et à ses proches l'information et l'enseignement ayant trait à sa maladie et à ses symptômes ainsi qu'aux traitements prévus et aux effets secondaires prévisibles tout au long de la trajectoire de soins;
- Offrir l'information et l'enseignement nécessaires à la personne et à ses proches afin de les soutenir et de les aider à faire des choix thérapeutiques de façon éclairée et à prendre des décisions tout au long des traitements;
- Outiller le patient et ses proches dans l'évaluation des symptômes et des autosoins associés (pouvoir d'agir);
- Informer la personne atteinte et ses proches sur toutes les ressources humaines et matérielles offertes, notamment par le réseau de la santé et par les organismes communautaires.

### Soutenir

- Établir, avec la personne atteinte et ses proches, une relation thérapeutique significative tout en exerçant une surveillance clinique;
- Adapter ses interventions en fonction des spécificités culturelles (compétences transculturelles);
- Offrir, dès le début de la maladie, un environnement favorable à l'adaptation et à l'autonomie de la personne atteinte et des proches;
- Soutenir et valoriser, en collaboration avec les professionnels de l'équipe interdisciplinaire, les actions entreprises par la personne atteinte et ses proches pour une meilleure qualité de vie. À cette fin, il est parfois nécessaire de l'encourager à rechercher de l'information sur diverses approches complémentaires et sur toutes les stratégies pouvant faciliter son adaptation;
- Encourager la personne atteinte à développer ses capacités à résoudre les problèmes découlant de sa maladie;
- Faciliter une communication fluide et ouverte entre la personne atteinte, ses proches et tous les membres de l'équipe interdisciplinaire.

Coordonner

- Participer activement à l'approche interdisciplinaire et à la concertation pour l'élaboration et la réalisation du plan d'intervention individualisé dans le but d'assurer la continuité des soins;
- Agir comme personne de référence autant auprès de la personne et de sa famille qu'auprès des intervenants concernés par le plan d'intervention interdisciplinaire;
- Transmettre l'information pertinente (évaluation initiale et continue, plan d'intervention) aux intervenants concernés afin d'assurer le suivi clinique approprié;
- Orienter la personne et sa famille vers les professionnels de l'équipe interdisciplinaire selon les critères de référence établis;
- Guider le patient au sein du réseau de la santé et des services sociaux (complexité organisationnelle et aide à la navigation);
- Établir et maintenir des liens étroits avec toutes les infirmières du réseau de la santé et des services sociaux impliquées dans la lutte contre le cancer, notamment les infirmières au sein des salles de traitements de chimiothérapie et de radiothérapie, les infirmières en soins palliatifs et les infirmières de recherche.

**ANNEXE II:**

**DIFFÉRENCIATION ENTRE L'APPROCHE TRADITIONNELLE ET  
L'APPROCHE POPULATIONNELLE**

### Différenciation entre l'approche traditionnelle et l'approche populationnelle

	Système de soins basé sur les besoins des utilisateurs de services	Système de soins basé sur une approche populationnelle
<b>Responsabilité</b>	Individus qui utilisent les services	Population du territoire local, qu'elle utilise ou non les services
<b>Mission</b>	Améliorer la santé des individus qui utilisent les soins, au moment où ils les requièrent	Améliorer la santé de la population du territoire, à moyen et à long terme
<b>Offre de services</b>	Accent mis sur les services diagnostiques et curatifs	Accent mis sur un continuum de soins allant de la prévention à la réadaptation
<b>Acteurs interpellés</b>	Professionnels et gestionnaires du système, avec leurs expertises respectives	Intervenants du système de soins et acteurs du milieu tels que la population, les milieux scolaire et municipal, les médecins en cabinet privé, les organismes communautaires, avec leurs perspectives et savoirs respectifs
<b>Pratiques</b>	Utilisation des données probantes et guides de pratique au profit des individus qui utilisent les services  Gestion axée sur les processus	Utilisation des données probantes en fonction d'une efficacité populationnelle  Priorisation des problèmes de santé de la population, compte tenu des interventions efficaces disponibles et des conséquences de l'allocation des ressources (efficience)  Définitions des groupes cibles témoignant d'une préoccupation des inégalités (clientèles vulnérables et particulières)  Gestion de l'utilisation des services incluant la prise en charge globale, continue et personnalisée  Intégration des différents niveaux de soins (primaires, spécialisés, etc.)  Gestion axée sur les résultats de santé  Travail intersectoriel pour agir en faveur de la santé
<b>Indicateurs privilégiés</b>	On s'intéresse au numérateur, en l'occurrence, les consultants.  On privilégie des indicateurs de processus. Par exemple, en ce qui a trait à la production de services, on s'intéresse au nombre de personnes rejointes par un programme de dépistage.  On mesure les ressources et services disponibles, les listes d'attente.	On s'intéresse au rapport entre le numérateur et le dénominateur, en l'occurrence, la clientèle et la population.  On ajoute des indicateurs de résultats aux indicateurs de processus. Par exemple, en ce qui a trait à la production de santé, on s'intéresse à la réduction de l'incidence d'une maladie.  On mesure l'état de santé et de bien-être de la population, les facteurs déterminants de la santé et l'écart entre les besoins et les services offerts.

Adapté de : Derose et Pettit, 2003 : *Measuring quality of care and performance from a population health care perspective*. Ann. Rev. Public Health 2003. 24: 363-84 et de Garr, Rhyme et Kukulko, 1993 : *Incorporating a Community-Oriented Approach in Primary Care*. American Family Physician 1993 : 47 (8): 169-1702.

Source: ADRLSSSM, 2004, p.7.

**ANNEXE III :**

**CANEVAS D'ENTREVUE**



## **Entrevue : préambule et questionnaire**

### **Préambule**

- Présentation de l'intervieweur (nom et rôle)
- À partir du formulaire de consentement que le répondant aura sous les yeux, présentation du projet et des points suivants :
  - Objectifs et buts du projet
  - Raison et nature de la participation
  - Avantages et inconvénients pouvant découler de la participation
  - Droit de retrait de participation à tout moment
  - Confidentialité et anonymat des données
  - Aborder la question de l'enregistrement
  - Rôle et coordonnées de la présidente du comité éthique
- Réponse à toute question du répondant
- Consentement libre et éclairé du répondant

## Questionnaire

### **Emploi au CHUS (ou au CSSS-IUGS ou au CSSSG)**

1. Quelle est votre rôle dans l'organisation?
2. Depuis combien de temps occupez-vous ce poste?
  - a. Si moins de 3 ans :
    - i. Étiez-vous à l'emploi du CHUS (CSSS-IUGS ou CSSSG) auparavant?
      1. Si oui, quelle fonction occupiez-vous auparavant?

### **Changements sur le continuum oncologie et soins palliatifs**

3. Depuis les dernières années, il y a eu une panoplie de changements dans le réseau de la santé, entre autres sur le continuum oncologie et soins palliatifs. Pouvez-vous me décrire les changements qui, selon vous, ont davantage influencé ce continuum?

### **Description des liens interétablissements**

4. Pouvez-vous me décrire les mécanismes mis en place au cours des 3 dernières années par votre organisation pour faciliter les liens interétablissements avec ses partenaires CSSS-IUGS, CSSSG et CHUS (selon le cas)?
  - a. Êtes-vous personnellement impliqué dans ces liens?
5. Quels sont les moyens de communications en oncologie entre les organisations?
6. À quel sujet communiquez-vous avec les CSSS (ou avec le CHUS)?
7. Existe-t-il des comités qui réunissent les organisations pour discuter de l'oncologie? Lesquels?
  - a. Quelle est la fréquence des rencontres du comité XX?
  - b. Comment qualifieriez-vous la fréquence de ce comité?
  - c. Quelle est la composition de ce comité?
8. Décrivez-moi le processus de référence d'un patient?
9. Est-ce qu'il y a des programmes de formation conjoints? Lesquels?

10. Échangez-vous des informations administratives, tels des rapports de gestions, avec vos partenaires?
11. Comment se déroule la gestion de cas en interétablissements?
12. Quels sont les moyens utilisés pour échanger les informations concernant les patients?
13. Quelles sont les ententes de collaboration, ententes de services? Depuis quand sont-elles implantées?

#### **Portrait des liens interétablissements avant 2006**

Maintenant que nous avons dressé le portrait des liens interétablissements actuels, je vais solliciter votre mémoire pour m'aider à dresser le portrait de la situation avant 2006.

14. Pouvez-vous me décrire les différences entre les liens interétablissements actuels et ceux qui prévalaient avec vos partenaires CSSS-IUGS, CSSSG et CHUS (selon le cas) avant 2006?
  - a. Les moyens de communications.
  - b. La fréquence
  - c. Les raisons de ces liens
  - d. Les comités
  - e. Les références
15. Comment qualifieriez-vous vos relations avec le CSSS-IUGS comparativement à ce qui prévalait avant 2006? Avec le CSSSG? Avec le CHUS?

#### **Connaissances des autres organisations**

Revenons maintenant à aujourd'hui.

16. Connaissez-vous les individus qui travaillent en oncologie dans les autres organisations?
  - a. Quels types de postes ces individus occupent?
  - b. Qu'est-ce qui vous a amené à les connaître?
  - c. Quels types de relations avez-vous avec ces personnes?

**Opinion sur la performance du réseau**

17. Quel est votre opinion sur la performance du continuum en oncologie?
  - a. Votre opinion était-elle semblable en 2006?
18. Est-ce que vous pouvez associer cette différence dans la performance à une ou plusieurs initiatives nationales, régionales ou locales?

**Échantillonnage**

19. Selon vous, quelles personnes devrais-je rencontrer pour m'aider à dresser un portrait des liens interétablissements?

**Autres commentaires**

20. Y a-t-il des éléments que vous auriez aimé aborder mais sur lesquels je n'ai pas posé de questions? Avons-nous bien fait le tour de la question selon vous?

**ANNEXE IV:**

**GRILLE D'OBSERVATION**

## Grille d'observation

**NOM DU COMITÉ :** ..... **Date :** .....

**Rattachement structurel :** .....

**Rôle et mandat du comité :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Composition :**

.....  
.....  
.....  
.....

**Modalités de fonctionnement :**

.....  
.....

**Sujets abordés :**

.....  
.....  
.....

**Type de contenu :**

Administratif	Clinique
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

**Ordre du jour***Présence d'un ordre du jour ?*

Oui          Non

*Si oui, est-ce que le chercheur en possède un exemplaire ?*

Oui          Non

**Compte rendu***Présence d'un compte rendu ?*

Oui          Non

*Si oui, est-ce que le chercheur en possède un exemplaire ?*

Oui          Non

**ANNEXE V:**

**GRILLE D'ANALYSE POUR LES DONNÉES SECONDAIRES**



**Grille d'analyse pour les données secondaires**

Identification : \_\_\_\_\_

<b>Emploi</b>	
Rôle dans l'organisation	
<b>Changements sur le continuum oncologie et soins palliatifs</b>	
Description des changements sur le continuum	
<b>Description des liens interétablissements</b>	
Mécanisme de liaisons interétablissements	
Moyens de communication	
Fréquence des communications	
Quels sont les partenaires	
Sujets des communications	
Comités en oncologies	
Comités indirects	
Processus de référence patient	
Formations conjointes	
Échange d'information clinique	
Échange d'information administrative	
Ententes de collaboration	
<b>Connaissances des autres organisations</b>	
Connaissance des individus des autres organisations	
Type de relations	
Niveau de confiance	
<b>Opinion sur la performance du réseau</b>	
Opinion sur la performance	
<b>Autres</b>	

**ANNEXE VI:**

**GRILLE D'ANALYSE POUR LA DOCUMENTATION**

**Grille d'analyse pour les données secondaires**

Identification : \_\_\_\_\_

Date de création : \_\_\_\_\_

<b>Changements sur le continuum oncologie et soins palliatifs</b>	
Description des changements sur le continuum	
<b>Description des liens interétablissements</b>	
Mécanisme de liaisons interétablissements	
Moyens de communication	
Fréquence des communications	
Quels sont les partenaires	
Sujets des communications	
Comités en oncologies	
Comités indirects	
Processus de référence patient	
Formations conjointes	
Échange d'information clinique	
Échange d'information administrative	
Ententes de collaboration	
<b>Autres</b>	

**ANNEXE VII:**

**CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE**



UNIVERSITÉ DE  
SHERBROOKE

Comité d'éthique de la recherche  
Lettres et sciences humaines  
Sherbrooke (Québec) J1K 2R1

### CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

**Titre du projet :** Performance du réseau en oncologie et en soins palliatifs en Estrie : une mesure fondée sur la force des liens interétablissements

Projet subventionné     Projet non subventionné     Projet de maîtrise ou de doctorat

**Nom de l'étudiante ou de l'étudiant :** Stéphan Cyr

**Nom de la directrice ou du directeur :** Mario Roy et Madeleine Audet

**Nom du ou de la responsable :**

**DÉCISION :**

Favorable	<input checked="" type="checkbox"/>	Unanime	<input checked="" type="checkbox"/>	Majoritaire	<input type="checkbox"/>
Défavorable	<input type="checkbox"/>	Unanime	<input type="checkbox"/>	Majoritaire	<input type="checkbox"/>

**DÉCISION DIFFÉRÉE :**

**SUIVI ÉTHIQUE :**

6 mois     1 an

ou

sous la responsabilité de la directrice ou du directeur du projet

**COMMENTAIRES :**

**Dominique Lorrain**  
Présidente du Comité d'éthique de la recherche  
Lettres et sciences humaines

**Date :** 6 janvier 2010



Comité d'éthique de la recherche  
Lettres et sciences humaines  
Sherbrooke (Québec) J1K 2H1

### CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

**Titre du projet :** Performance du réseau en oncologie et en soins palliatifs en Estrie : une mesure fondée sur la force des liens interétablissements

Projet subventionné     Projet non subventionné     Projet de maîtrise ou de doctorat

**Nom de l'étudiante ou de l'étudiant :** Stéphan Cyr

**Nom de la directrice ou du directeur :** Mario Roy et Madeleine Audet

**Nom du ou de la responsable :**

**DÉCISION :** Favorable     Unanime     Majoritaire   
Défavorable     Unanime     Majoritaire

**DÉCISION DIFFÉRÉE :**

**SUIVI ÉTHIQUE :**

6 mois     1 an

ou

sous la responsabilité de la directrice ou du directeur du projet

**COMMENTAIRES :**

**Dominique Lorrain**  
Présidente du Comité d'éthique de la recherche  
Lettres et sciences humaines

Date : 6 janvier 2011

**ANNEXE VIII:**

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**

**Titre :** *Performance du réseau en oncologie et en soins palliatifs en Estrie : une mesure fondée sur la force des liens interétablissements*

---

### **FORMULAIRE DE CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ**

---

#### **Responsables du projet**

Stéphan Cyr, étudiant à la maîtrise en intervention et changement organisationnel de l'Université de Sherbrooke. Stéphan Cyr est sous la direction de Mario Roy, professeur titulaire au Département de management de l'Université de Sherbrooke et directeur de la Chaire d'étude en organisation du travail, et de Madeleine Audet, professeure au Département de management de la Faculté d'administration de l'Université de Sherbrooke. Vous pouvez contacter Stéphan Cyr au (819) 821-8000 #63201 ou Mario Roy, au (819) 821-8000 #63334, pour toute information supplémentaire ou tout problème relié au projet de recherche.

#### **Objectif et buts du projet**

Cette étude a pour principal objectif d'apprécier la performance du réseau estrien de santé en oncologie et en soins palliatifs suite aux différentes initiatives nationales, régionales et locales. Nous effectuerons donc une analyse évaluative *a posteriori* de l'influence de ces initiatives sur la performance du réseau.

#### **Raison et nature de ma participation**

Il est entendu que votre participation à cette entrevue sera requise pour une durée d'environ 45 minutes. Cette rencontre aura lieu sur le lieu de travail en fonction de vos disponibilités. Vous aurez à répondre à des questions qui nous aideront à documenter, décrire et apprécier l'importance des liens interétablissements. Nous souhaitons enregistrer cette entrevue sur un support audio de façon à recueillir fidèlement vos propos. Vous pouvez en tout temps demander l'interruption de l'enregistrement.

#### **Avantage pouvant découler de la participation**

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel à votre participation à ce projet de recherche. Toutefois, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances dans le domaine de la mesure de la performance des réseaux et vous permettront de mettre en forme vos réflexions et observations.

#### **Inconvénients et risques pouvant découler de la participation**

Vous aurez uniquement à donner de votre temps pour la durée de l'entrevue.

#### **Droit de retrait de participation sans préjudice**

Il est entendu que votre participation au projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez, à tout moment, libre de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision, ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Advenant que je me retire de l'étude, je demande que les documents audio ou écrits qui me concernant soient détruits :

Oui

Non



Il vous sera toujours possible de revenir sur votre décision. Le cas échéant, le chercheur vous demandera explicitement si vous désirez la modifier.

### **Confidentialité, partage, surveillance et publications**

La retranscription de l'entrevue et l'enregistrement demeurent confidentiels et seront conservés sous clé pour une période de 5 ans et seront détruites à la fin de cette période. L'identification des transcriptions sera codifiée de façon à assurer l'anonymat. Seul le chercheur principal et éventuellement ses directeurs de recherche auront accès aux données. Aucun renseignement permettant d'identifier les personnes qui ont participé à l'étude n'apparaîtra dans aucune documentation.

Le chercheur principal de l'étude utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet de recherche décrits dans ce formulaire d'information et de consentement. Les données du projet de recherche pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier. Dans le cas contraire, votre permission vous sera demandée au préalable.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourrait être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines, ou par un des organismes gouvernementaux mandatés par la loi. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

### **Résultats de la recherche et publication**

Vous serez informé des résultats de la recherche et des publications qui en découleront, le cas échéant. Nous préserverons l'anonymat des personnes ayant participé à l'étude.

### **Surveillance des aspects éthiques et identification du président du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines**

Le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement, ainsi qu'au protocole de recherche.

Vous pouvez parler de tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet avec la responsable du projet ou expliquer vos préoccupations à **Mme Dominique Lorrain**, présidente du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines, en communiquant par l'intermédiaire de son secrétariat au numéro suivant : 821-8000 poste 62644, ou par courriel à : [cer\\_lsh@USherbrooke.ca](mailto:cer_lsh@USherbrooke.ca).

**Consentement libre et éclairé**

Je, (mettre le nom de la personne en lettres moulées) ..... déclare avoir lu le présent formulaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet.

Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Signature de la participante ou du participant :

\_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

**Déclaration du responsable**

Je, \_\_\_\_\_ chercheur principal de l'étude, et mes directeurs de recherche, déclare que nous sommes responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Je certifie également avoir expliqué à la participante ou au participant intéressé(e) les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il ou qu'elle m'a posées à cet égard et lui avoir clairement indiqué qu'il ou qu'elle reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_