

Développement et application d'une vignette clinique pour apprécier la qualité des soins en oncologie

Development and application of a clinical vignette to assess the quality of cancer care

L. CAZALE^(1,3), D. TREMBLAY⁽²⁾, D. ROBERGE^(1,3), N. TOUATI⁽⁴⁾, J.-L. DENIS⁽⁵⁾, R. PINEAULT⁽⁶⁾

(1) Centre de recherche de l'Hôpital Charles-LeMoyne, 3120, boulevard Taschereau, Greenfield Park J4V 2H1, Québec (Canada). Email : linda.cazale@rrsss16.gouv.qc.ca (*Tirés à part* : L. Cazale, chercheuse postdoctorale)

(2) Centre FERASI en partenariat avec l'Hôpital Charles-LeMoyne, Université de Montréal.

(3) Département des Sciences de la santé communautaire, Université de Sherbrooke.

(4) École nationale d'Administration publique, Montréal.

(5) Département d'Administration de la santé, Université de Montréal.

(6) Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (Direction de la santé publique)

Background: In conjunction with a study focusing on the implementation and effect of an integrated care network for cancer patients in the Monteregie region in Quebec, the vignette research strategy was adopted to assess the quality of care provided by the interdisciplinary teams working with this clientele. This research strategy has only recently been used to assess professional practices. This article adopts a resolutely methodological angle in order to describe a rigorous, innovative, transferable experience from the standpoint of the elaboration of a vignette.

Methods: We adopted a six-step approach to elaborate the vignette. This vignette includes the description of collaboration with clinicians. The approach assured us of attaining high content validity from the standpoint of facets of its relevance, completeness and intelligibility to respondents. Our clinical vignette describes a sequence of events stemming from the care coordination of a 58-year-old man suffering from rectal cancer. Data were collected through group interviews with the interdisciplinary teams (n=5) under study. The professionals present were asked to describe their usual practices with respect to the events described in the vignette. We adopted two data analysis strategies: (i) a comparison of practices revealed through the interviews with anticipated responses in light of the guidelines of the "Programme québécois de lutte contre le cancer"; and (ii) an analysis according to facets of the quality of care.

Results: Team professional practices seem to evolve towards the care package valued by the "Programme québécois de lutte contre le cancer". Differences were also observed between the teams from the standpoint of the continuity of care.

Conclusion: Our study shows that it is possible to develop a vignette that enables us to understand professional practices in an interdisciplinary context provided that a rigorous approach is adopted. This approach, which can be transferred to the study of similar phenomena, makes it possible to document the care offered and contribute to the renewal of professional practices.

Vignette (or patient simulation). Quality of health care. Health services research/methods. Professional practices. Oncology.

Position du problème : Dans le cadre d'une étude portant sur le déploiement et les effets d'un réseau de soins intégrés pour la clientèle atteinte d'un cancer de la Montérégie (Québec), la stratégie de recherche de la vignette a été retenue afin d'apprécier la qualité des soins d'équipes interdisciplinaires œuvrant auprès de cette clientèle. Cette stratégie de recherche est depuis peu utilisée pour apprécier les pratiques professionnelles. Dans cet article, un angle résolument méthodologique a été pris afin de rendre compte d'une expérience rigoureuse, novatrice et transférable quant à l'élaboration d'une vignette.

Méthodes : Une démarche, comptant six étapes, a été adoptée pour l'élaboration de la vignette. Celle-ci comprend une collaboration avec des cliniciens. Cette démarche nous assure de l'atteinte d'une validité de contenu élevée en fonction des aspects de sa pertinence, de son exhaustivité et de sa compréhensibilité auprès des répondants. Notre vignette clinique décrit une séquence d'événements associés à la prise en charge typique d'un homme de 58 ans atteint d'un cancer du rectum. La collecte de données a pris la forme d'entretiens de groupe auprès des équipes interdisciplinaires ($n = 5$) étudiées. Les professionnels présents ont été invités à décrire leurs pratiques usuelles face aux événements décrits dans la vignette. Deux stratégies d'analyse de données ont été retenues : une comparaison des pratiques révélées à partir des entretiens à un scénario de réponses attendues en fonction des orientations du Programme québécois de lutte contre le cancer et, d'autre part, une analyse en fonction de dimensions de la qualité des soins.

Résultats : Les pratiques professionnelles des équipes semblent évoluer vers une offre de soins que valorise le Programme québécois de lutte contre le cancer. Des différences ont également été observées entre les équipes quant à la continuité des soins.

Conclusion : Notre étude montre qu'il est possible de développer une vignette permettant de saisir les pratiques professionnelles en contexte d'interdisciplinarité pourvu qu'une démarche rigoureuse soit adoptée. Cette démarche, transférable à l'étude de phénomènes similaires, permet de documenter l'offre de soins et de contribuer au renouvellement des pratiques professionnelles.

Vignette. Qualité des soins. Pratiques professionnelles. Oncologie. Recherche sur les services de santé/méthodologie.

INTRODUCTION

L'évolution rapide des connaissances et la complexité de la réponse aux besoins des personnes atteintes de maladies chroniques créent des tensions pour transformer en profondeur les modes de prestation des soins [1, 2]. Ces facteurs favorisent la création d'équipes interdisciplinaires où différentes catégories de professionnels, aux compétences diversifiées et complémentaires, sont réunies afin de favoriser une meilleure qualité des soins. Au Québec, plusieurs expériences d'intégration de pratiques professionnelles ont cours depuis quelques années, tant pour des personnes atteintes de maladies spécifiques que pour l'organisation des services de première ligne.

L'appréciation des changements dans l'offre de soins qui résultent de ces expériences d'intégration du travail en interdisciplinarité soulève des défis, l'un d'eux étant de choisir les stratégies de recherche permettant d'en saisir la complexité. Parmi les stratégies connues, la vignette apparaît

comme une stratégie pertinente. Celle-ci consiste à reproduire une situation plausible à l'aide d'une brève description à propos de laquelle les répondants sont questionnés [3]. Son postulat central est que les comportements révélés à partir de la simulation se rapprochent des comportements réels des répondants. Cette capacité de la vignette à refléter les comportements a été investiguée : les résultats des travaux de Peabody *et al.* [4-6] portant sur la comparaison de trois stratégies de recherche, l'emploi de patients standardisés, une collecte de données de dossiers et la vignette, permettent de conclure que la vignette constitue une stratégie valide et fiable pour documenter les pratiques professionnelles.

En plus de sa validité, la vignette comporte de nombreux avantages dont l'efficacité et la flexibilité [5, 7-11]. Alors que l'efficacité correspond à la collecte d'une quantité importante d'informations en peu de temps, la flexibilité provient de la « facile » manipulation de caractéristiques de la vignette dont celles des patients (par ex. âge) [4,

5, 10, 12]. Le fait de pouvoir standardiser l'expérience proposée constitue un autre avantage intéressant : ce contrôle permet une appréciation et une comparaison plus facile sur plusieurs sites [6, 9, 13]. Par ailleurs, la vignette permet de tenir compte de la complexité des phénomènes investigués et facilite la proposition d'expériences significatives pour les répondants [8-10, 12, 14-18]. Enfin, il est possible de diviser une vignette en plusieurs étapes et de questionner les répondants pour chacune d'elles [13].

À l'instar de toute stratégie de recherche, la vignette comporte des limites. La principale limite invoquée est celle de la désirabilité sociale [8, 19]. Est-ce que les répondants décrivent leurs comportements réels, leurs intentions de comportements ou ce qu'ils pensent être la bonne réponse ? Cette limite peut être atténuée en suivant les règles de l'art lors de l'élaboration et de la prestation de la vignette [20]. Une autre limite est celle de la validité externe. Puisque la vignette est souvent rédigée de façon à se rapprocher de situations significatives pour les répondants, il est possible que la transférabilité des résultats à d'autres contextes soit limitée [9, 19].

Bien que la vignette soit depuis longtemps utilisée en sciences sociales, notamment en psychologie [7, 20], son emploi est récent dans le champ des pratiques professionnelles. Par exemple, en soins infirmiers, son emploi date du début des années 1980 [8, 9, 16, 21-24]. Depuis, la vignette a été utilisée dans diverses situations entourant les pratiques cliniques et professionnelles et a permis de documenter différents points de vue dont ceux des professionnels et des patients. Plusieurs études se sont intéressées aux perceptions, aux attitudes, aux connaissances et aux comportements [3, 9, 19]. Par exemple, des chercheurs ont utilisé la vignette pour apprécier des comportements de professionnels (par exemple : ordonnance), la conformité de ces comportements par rapport à des normes ou à des guides de pratique [12, 25-27] ainsi que des variations de comportements entre des catégories de professionnels [25, 28-30]. Cependant, nous n'avons identifié aucune élaboration de la vignette dans un contexte d'interdisciplinarité, c'est-à-dire une vignette incluant plusieurs volets dont la planification et la coordination de soins.

Cet article présente le développement et l'application d'une vignette et quelques résultats issus de l'analyse des données recueillies auprès de cinq équipes interdisciplinaires en oncologie de la Montérégie. La Montérégie est la première région au Québec à avoir initié en 1999 l'implantation d'un réseau intégré de services en oncologie, le Réseau Cancer Montérégie (RCM) dans la foulée des orientations déposées, en 1998, dans le Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLC) [31, 32]. Le PQLC présente un bilan globalement défavorable quant au traitement du cancer au Québec : brièvement, l'organisation des services est jugée déficiente et les besoins des clients ne sont que partiellement comblés. Ce sont à ces lacunes que l'on veut s'attaquer grâce au RCM. Le RCM comprend, tel que prescrit dans le PQLC, le développement d'une équipe interdisciplinaire dans chacun des neuf hôpitaux de la région qui offrent des services en oncologie. L'objectif visé par les équipes est d'améliorer les pratiques professionnelles en vue d'une prestation de services mieux coordonnés, plus accessibles et qui prend en compte l'ensemble des besoins des personnes atteintes d'un cancer. Ces équipes s'ajoutent aux comités des tumeurs qui mettent l'emphase uniquement sur le choix des traitements médicaux. Après Montréal, la Montérégie est la région la plus peuplée du Québec avec, en 2001, 1 325 000 habitants répartis sur un vaste territoire de 10 000 km² où se côtoient urbanité et ruralité. Notre équipe de recherche a pu évaluer, pour une période d'observation de quatre années (1999 à 2003), le degré d'implantation et les effets du RCM dans cinq hôpitaux de taille variable de la région [33]. Ces effets ont été appréciés lors d'une situation standardisée, c'est-à-dire lors d'un entretien de groupe où une vignette a été présentée aux équipes interdisciplinaires. Au moment de l'entretien de groupe à l'automne 2003, la plupart des équipes se rencontraient de façon formelle depuis environ un an. Cette mise en situation a permis l'identification des pratiques courantes des équipes pour quatre étapes de la prise en charge d'un homme de 58 ans atteint d'un cancer du rectum. Dans une démarche évaluative, ces pratiques ont été par la suite comparées à un scénario de réponses attendues en fonction des orientations du PQLC.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

ÉLABORATION DE LA VIGNETTE

L'élaboration de la vignette constitue un des aspects novateurs de notre étude. Deux préoccupations centrales consistent à s'assurer de la validité de contenu de la vignette et de sa fiabilité [34]. La validité de contenu fait référence à sa pertinence, à son exhaustivité et à sa compréhensibilité. La pertinence et l'exhaustivité renvoient à la sélection de tous les aspects de la prise en charge que l'équipe de recherche veut apprécier alors que la compréhensibilité fait référence au contenu de la vignette ; celui-ci doit s'approcher le plus possible de l'expérience des répondants tout en tenant compte de sa complexité [9, 12, 20]. Il est rare que les étapes liées à l'élaboration de la vignette soient décrites de façon explicite dans les écrits : cela ne va pas sans semer le doute sur sa fiabilité ainsi que sur la transférabilité des résultats obtenus [12]. Une façon de répondre à cette critique consiste à démontrer la crédibilité de la simulation par l'imputabilité procédurale [35-37] : brièvement, c'est un processus de vérification de la démarche suivie afin de démontrer la vraisemblance, la cohérence et le sérieux de l'ensemble du processus de recherche.

Notre démarche d'élaboration s'est déroulée de février à octobre 2003. Elle reprend différentes suggestions explicitées dans la littérature et comporte six étapes [8, 9, 11, 16, 38] : 1- une réflexion quant au contenu à inclure ; 2- une analyse de la littérature afin d'identifier la présence de vignettes déjà existantes ; 3- la rédaction de versions d'une vignette en s'adjoignant des experts ; 4- la réalisation, dans une approche évaluative, d'un scénario de réponses attendues ; 5- un pré-test auprès de répondants similaires à ceux visés par la recherche ; et 6- la rédaction d'une version finale de la vignette.

En première étape, il a été décidé que le contenu de la vignette devait : 1- reconstituer les étapes d'une prise en charge typique d'un patient atteint d'un cancer, 2- illustrer l'évolution de la phase active du traitement, et 3- révéler les aspects de la prestation des services ciblés par le RCM au moment de l'étude. Les épisodes de soins retenus ont été les phases du traitement actif et de suivi par les équipes excluant les pratiques médicales et les soins palliatifs. Au niveau du contenu également, il a été décidé que la vignette devait refléter des dimensions de la qualité des soins préconisées dans le PQLC [31, 32, 39]. Ces dimensions sont : l'autonomisation du patient et de ses proches dans le respect de la signification donnée à la maladie et dans sa capacité à faire des choix [40], la globalité des soins [41], l'humanisation des soins [40], et la continuité des soins, laquelle se décline en plusieurs types [42], soit : la continuité relationnelle, la continuité informationnelle, et la continuité d'approche. En deuxième étape, une analyse de la littérature n'a pas permis d'identifier une vignette relativement similaire dans un contexte d'interdisciplinarité.

En troisième étape, l'équipe de recherche a rencontré deux cliniciennes reconnues pour leur expertise respective (soins infirmiers, services sociaux) et pour leur leadership dans l'implantation du RCM. Un partenariat a été établi : c'est une clinicienne qui a rédigé une première vignette après qu'un

document définissant les dimensions de la qualité des soins lui fut remis. La collaboration d'experts est justifiée puisqu'elle permet la co-construction d'une vignette pertinente pour les répondants ce qui fait augmenter la probabilité d'obtenir des informations de « bonne qualité » [4, 5, 7]. L'élaboration a suivi un processus itératif comportant la rédaction et la validation de versions de la vignette [11-13]. Au niveau de la forme, le ton choisi pour décrire les événements est le plus descriptif possible. Un ton sensationnel ou normatif est à éviter afin d'atténuer le biais de désirabilité sociale [4, 5, 11]. Par ailleurs, le contenu des étapes est le plus succinct possible afin de focaliser l'attention des lecteurs sur un nombre relativement peu élevé d'éléments. En effet, il faut demander un effort cognitif approprié aux participants et éviter de surcharger la vignette afin de minimiser la possibilité que les gens oublient des éléments importants [9, 12, 20].

En ce qui concerne la quatrième étape, l'équipe de recherche a identifié des critères de qualité dont la réalisation semblait envisageable aux différentes étapes de la prise en charge. Des références classiques en oncologie ont aussi été consultées [43-45], ainsi que des documents produits au Québec décrivant les besoins des personnes atteintes du cancer [31, 39, 46]. L'évaluation des besoins du patient, le suivi des symptômes et une discussion formelle en rencontre interdisciplinaire constituent trois exemples de critères de qualité. Une grille incluant 35 critères a été produite : celle-ci correspond à un scénario de réponses attendues. Dans une approche évaluative, cette grille facilite l'analyse des données et permet d'apprécier les attributs de l'offre de soins décrites par les équipes. Un pré-test, effectué en octobre 2003 auprès d'une équipe interdisciplinaire de la Montérégie, constitue la cinquième étape. Celui-ci a permis de tester la compréhensibilité de la vignette. Puis quelques ajustements ont été apportés, et une cinquième version de la vignette a été rédigée en collaboration avec un médecin oncologue. Nous nous rapprochons des six versions décrites par Finch [12] pour atteindre une vignette satisfaisante.

Notre vignette décrit une séquence d'événements associés à une prise en charge typique d'un homme de 58 ans atteint d'un cancer du rectum stade 3 (voir *Annexe 1*). Le choix du site tumoral avait été laissé à la discrétion de la clinicienne ; l'enjeu étant que le parcours thérapeutique décrit constitue une situation fréquente pouvant advenir dans tous les milieux et qu'il comporte des événements faisant appel à la coopération entre les professionnels des équipes interdisciplinaires. Cet homme expérimente une détérioration de son état de santé physique lors de son parcours de soins. Elle comporte cinq étapes à savoir : 1- Introduction : première hospitalisation, 2- Prise en charge par la clinique externe, 3- Détérioration, 4- Colostomie, 5- Phase pré-palliative. À noter que les équipes ont été interrogées sur quatre des cinq étapes puisque l'introduction constitue une mise en situation. À chacune des étapes, la vignette comprend des paramètres cliniques et des informations psychosociales. Elle a été rédigée de façon à mettre l'accent sur une expérience significative à chacune de celles-ci soit : les problèmes psychosociaux, la gestion des symptômes, l'adaptation de la maladie par le patient et par ses proches et le questionnement entourant la poursuite d'un traitement de chimiothérapie.

STRATÉGIE DE COLLECTE DE DONNÉES

La stratégie de collecte de données retenue est celle des entretiens de groupe [47-49]. Celle-ci a été préférée pour deux raisons : 1- l'interaction entre les personnes lors des entretiens favorise la collecte de données intéressantes [38, 49, 50], alors que nous nous intéressons aux équipes qui œuvrent collectivement à la prise en charge de patients ; 2- c'est une méthode économique de collecter des données. Une professionnelle, qui ne fait pas partie de l'équipe de recherche, a été recrutée pour animer les rencontres. Deux motifs principaux militent pour le recrutement d'une personne ne faisant pas partie de l'équipe de recherche [50, 51]. Premièrement, il importe que l'animation soit faite par une personne ayant des compétences pour réaliser l'activité notamment au niveau de la gestion des interactions en groupe [13]. Également cette personne a une certaine « distance » quant à l'activité et aux objectifs poursuivis par la recherche. Le rôle d'animation consiste à créer un climat propice aux échanges, à expliquer les règles du jeu aux participants et à favoriser une gestion du temps permettant de répondre à la totalité des questions dans le temps alloué. L'approche que nous avons valorisée est celle d'un faible contrôle des échanges quant au contenu et d'un contrôle plus élevé quant à la tâche à accomplir [49, 51]. De plus, deux personnes de l'équipe de recherche ont été présentées, lors des différentes rencontres. Elles ont pu jouer le rôle utile d'assistance à l'animation [47, 52] ; par exemple, elles ont répondu à des questions des participants tout en prenant des notes de terrain qui se sont avérées utiles pour l'analyse des données.

Les équipes interdisciplinaires œuvrant en oncologie retenues ont participé à ce volet de l'étude. Les entretiens de groupe ont remplacé une rencontre régulière des équipes et se sont déroulés dans leurs locaux habituels. Ces entrevues, d'une durée approximative d'une heure, ont été enregistrées après l'obtention du consentement écrit des participants pour conserver la richesse de l'information recueillie. Quatre rencontres ont eu lieu en novembre et décembre 2003, et la cinquième en février 2004 après qu'une équipe eut débuté ses réunions en janvier 2004. Au début de chaque entretien, les objectifs de l'activité et les règles du jeu ont été clarifiés. Puis l'animatrice présentait la vignette étape par étape et les membres présents étaient invités à expliciter leurs pratiques usuelles face aux événements décrits.

La taille des équipes rencontrées a varié entre 5 et 14 participants (*tableau I*). Il n'y a pas de consensus dans les écrits quant à la taille idéale pour les entretiens de groupe ; McLafferty [49] rapporte que celle-ci peut fluctuer entre 4 et 20 personnes alors que Morgan [48] recommande un nombre variant entre 6 et 10 personnes. L'important est que le nombre de participants ne soit pas trop élevé afin de permettre à chacun de pouvoir s'exprimer [46]. Par ailleurs, l'équipe de recherche s'est adaptée à la taille des équipes naturelles, en sachant que 4 des 5 équipes sont de petite taille (moins de 10 personnes).

STRATÉGIES D'ANALYSE DES DONNÉES

L'intégral du contenu des entretiens de groupe a été transcrit en mode texte. Les données ont fait l'objet de deux types d'analyse. Le premier consiste dans le repérage des critères de qualité exprimés par les équipes pour les quatre étapes de la prise

TABLEAU I. — *Quelques caractéristiques des équipes interdisciplinaires rencontrées.*

Caractéristiques des équipes inter-disciplinaires ^a	Équipe 1	Équipe 2	Équipe 3	Équipe 4	Équipe 5
PERSONNES PRÉSENTES					
Agent de pastorale	1	NSP	NSP	1	NSP
Bénévole	NSP	1	NSP	NSP	NSP
Diététicienne	1	1	1	1	NSP
Infirmiers(ères)	8	3	4	3	3
Médecin	1 psychiatre	1 oncologue	1 oncologue	absent	NSP
		1 omnipraticien			
Pharmacien	1	1	1	1	1
Psychologue et/ou travailleur social	2	1	absent	absent	1
TOTAL	14	9	7	6	5
Nombre de catégories	6	6	4	4	3
Nombre de catégories en incluant les absents	6	6	5	6	3

^a Au moment de la prestation de la vignette (l'équipe 1 : le 8 décembre 2003, l'équipe 2 : le 26 février 2004, l'équipe 3 : le 12 novembre 2003, l'équipe 4 : le 11 novembre 2003 et l'équipe 5 : le 12 décembre 2003).
NSP : ne s'applique pas.

en charge de M. Gauthier. L'évaluation des besoins et le suivi des symptômes physiques constituent deux exemples de critères de qualité pour la première étape. Des segments de texte ont ainsi été identifiés puis codés (absence ou présence) en fonction des critères de qualité attendus. La qualité de la codification a été confirmée au préalable par un exercice explicite où deux membres de l'équipe de recherche ont obtenu une entente inter-codeur à plus de 90 % pour la première étape de la prise en charge. Ce niveau d'entente est jugé excellent par Van der Maren [53]. Cette démarche a permis de comparer, pour chacune des équipes, le scénario de réponses attendues aux pratiques professionnelles révélées à partir des entretiens. Trois nouveaux critères de qualité ont également émergé lors de l'analyse : ceux-ci ont principalement trait à l'humanisation des soins. Au total, 38 critères de qualité ont été identifiés.

Le deuxième type d'analyse porte sur les dimensions de la qualité des soins. Dans un premier temps, chaque critère de qualité a été associé à l'une des dimensions de la qualité des soins (par exemple : l'évaluation des besoins de M. Gauthier à la globalité des soins). Le *tableau II* illustre, pour la première étape de la prise en charge, la correspondance entre les 12 critères de qualité et les dimensions de la qualité des soins. Puis la performance des équipes pour les six dimensions de la qualité des soins a été calculée. La performance provient d'une division avec, au numérateur, le nombre de critères de

qualité identifiés par l'équipe et, au dénominateur, le nombre maximal possible pour ce même critère. La performance varie entre 0 et 1, « 1 » indiquant que l'équipe a identifié la totalité des critères associés à une dimension et « 0 » qu'aucun critère n'a été identifié.

RÉSULTATS

CARACTÉRISTIQUES DES RÉPONDANTS

Le *tableau I* présente quelques caractéristiques des équipes rencontrées notamment leur taille et leur composition. La taille varie entre 5 et 14, les équipes 1 et 5 se démarquant des autres. L'équipe 1 présente la taille la plus élevée et une composition variée puisque six catégories de personnes ont été comptabilisées. À l'inverse, l'équipe 5 est la plus petite et la moins diversifiée. On note également une relative homogénéité dans la composition des équipes dans les milieux puisqu'au moins cinq catégories de personnes en font partie (en incluant les personnes absentes),

TABLEAU II. — Correspondance entre les dimensions de la qualité des soins et les critères de qualité pour la première étape de la prise en charge de M. Gauthier.

Dimensions de la qualité des soins	Critères de qualité
Autonomisation du client	Transmission d'informations à M. Gauthier, en particulier sur la chimiothérapie et sur les médicaments
Continuité d'approche intra-équipe	Élaboration d'un plan d'intervention interdisciplinaire pour M. Gauthier
Continuité informationnelle extra-équipe	Transfert d'information au centre hospitalier qui donne la radiothérapie
Continuité informationnelle extra-équipe	Transfert d'information au Centre local de services communautaires (CLSC) pour la pompe à infusion
Continuité informationnelle intra-équipe	Transfert d'information entre les membres de l'équipe interdisciplinaire
Continuité informationnelle intra-équipe	Présentation du cas de M. Gauthier en réunion d'équipe interdisciplinaire
Continuité relationnelle	Transmission d'informations écrites à M. Gauthier (par exemple : des noms et des numéros de téléphones) de personnes à contacter en cas de besoin
Globalité des soins	Évaluation des besoins de M. Gauthier au moyen d'une collecte de données
Globalité des soins	Suivi des symptômes physiques de M. Gauthier par l'équipe interdisciplinaire
Globalité des soins	Offre d'un soutien psychologique pour M. et Mme Gauthier
Globalité des soins	Offre de diverses formes de soutien communautaire (une équipe de bénévoles et de l'aide pour le transport pour la radiothérapie à Montréal)
Humanisation des soins	Efforts faits afin de favoriser le bien-être de M. Gauthier (par exemple : ambiance agréable, respect de ses choix)

sauf pour l'équipe 5. Il est également à noter qu'au moment de l'entretien de groupe, les rencontres formelles des équipes avaient débuté en moyenne depuis environ un an.

Quatre types de professionnels font généralement partie des équipes interdisciplinaires. Ce sont des infirmiers(ères), un(e) pharmacien(ne), une diététicienne et, selon les milieux, un(e) psychologue et/ou un travailleur social. Quelques équipes rencontrées comptaient un médecin lors de notre visite. Un agent de pastorale (soit un prêtre soit un laïc qui répond aux besoins spirituels de la clientèle) ou un représentant de bénévoles vient à l'occasion compléter la composition des équipes. Enfin, les infirmières constituent la catégorie de professionnels la plus fortement représentée puisqu'elles jouent plusieurs rôles (par exemple : évaluation des besoins, coordination des soins). Cette relative homogénéité dans la composition des équipes s'explique notamment par le fait qu'une composition « type » est valorisée par le RCM et que plusieurs activités font la promotion du soutien à apporter aux équipes. Malgré cela, des variations existent dans la composition des équipes ; celles-ci reflètent les

dynamiques d'implantation et les ressources allouées dans les cas à l'étude [33, 54].

PRATIQUES INTERPROFESSIONNELLES EFFECTUÉES PAR LES ÉQUIPES

Le *tableau III* présente la fréquence des critères de qualité explicités par les équipes. La performance globale pour l'ensemble de la prise en charge varie de « bonne » à « très bonne » ; en effet, entre 70 % et 87 % des critères attendus ont été identifiés par les équipes. De plus, la prise en charge initiale du patient apparaît excellente avec 11 des 12 critères identifiés par la totalité des équipes.

L'analyse des critères attendus montre cependant des différences entre les équipes. Ainsi l'équipe 4 se distingue par un score peu élevé pour la deuxième étape alors que 3 des 8 critères attendus ont été identifiés. Cette « sous-performance » relativement aux autres équipes pourrait s'expliquer en partie par l'absence d'une rencontre formelle avec un intervenant lors d'une récurrence de cancer. Les intervenants présents ont d'ailleurs suggéré la mise en place d'une telle rencontre. Quant à l'équipe 5, la qualité de la prise en charge lors des deux premières

TABLEAU III. — Fréquence des critères de qualité explicités par les équipes.

	Équipe 1	Équipe 2	Équipe 3	Équipe 4	Équipe 5
ÉTAPE 1 : PRISE EN CHARGE PAR LA CLINIQUE EXTERNE					
nombre total de critères identifiés	11	11	11	11	11
en % (sur 12 critères)	91,67 %	91,67 %	91,67 %	91,67 %	91,67 %
ÉTAPE 2 : DÉTÉRIORATION					
nombre total de critères identifiés	7	6	5	3	6
en % (sur 8 critères)	87,5 %	75,0 %	62,5 %	37,5 %	75,0 %
ÉTAPE 3 : COLOSTOMIE					
nombre total de critères identifiés	6	7	6,5	7	4,5
en % (sur 9 critères)	66,7 %	77,8 %	72,2 %	77,8 %	50,0 %
ÉTAPE 4 : PHASE PRÉ-PALLIATIVE					
nombre total de critères identifiés	9	7	7	6	5
en % (sur 9 critères)	100,0 %	77,8 %	77,8 %	66,7 %	55,6 %
TOTAL : LA SOMME DES 4 ÉTAPES					
nombre total de critères identifiés	33	31	29,5	27	26,5
en % (sur 38 critères)	86,8 %	81,6 %	77,6 %	71,1 %	69,7 %

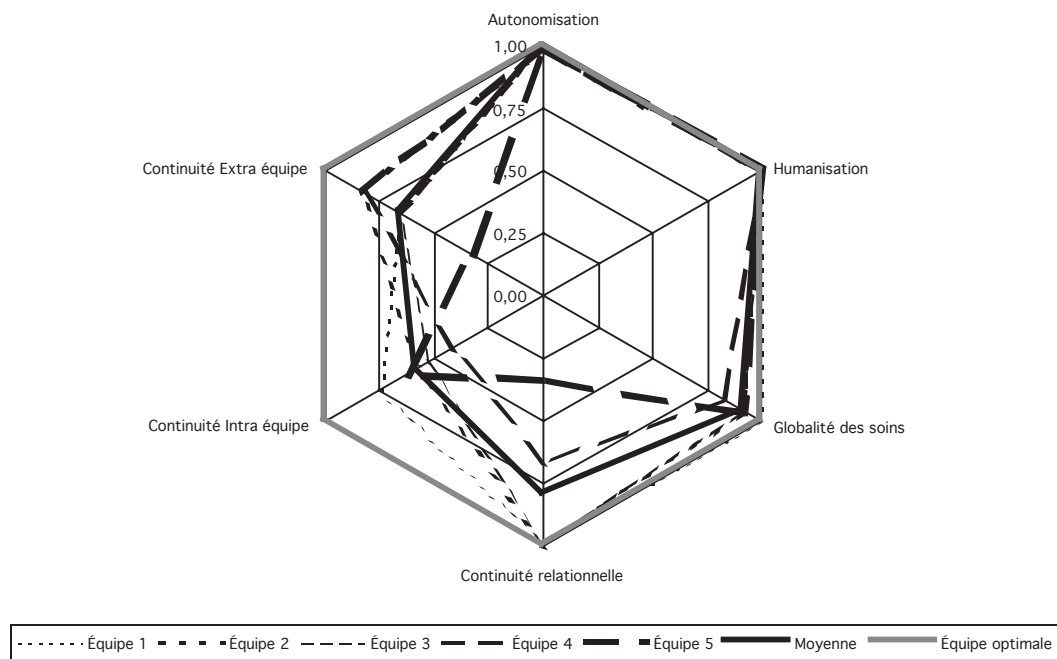


FIG. 1. — Performance des équipes relativement aux dimensions de la qualité. Continuité intra- et extra-équipe = continuité informationnelle + continuité d'approche.

étapes s'apparente à celle des autres équipes. Toutefois, un nombre inférieur de critères a été identifié pour les étapes subséquentes. Ce résultat pourrait être attribuable à des ressources moindres et à un volume de patient élevé et en croissance [33].

Dans un second temps, la *figure 1* illustre la performance des équipes quant aux 6 dimensions de la qualité des soins. La ligne la plus à l'extérieur représente une performance maximale (100 %), les lignes à l'intérieur de celle-ci représentent différents seuils de performance (par exemple : 25 %, 50 %) alors que le point central constitue un résultat nul. La performance des équipes peut être qualifiée de « très bonne » avec des moyennes supérieures ou égales à 75 % pour 4 des 6 dimensions soit : l'autonomisation (100 %), l'humanisation des soins (100 %), la globalité des soins (92 %) et, sauf pour l'équipe 5, la continuité relationnelle (80 %).

Les dimensions pour lesquelles nous notons le plus de variation sont celles de la continuité

« intra-équipe » et « extra-équipe ». Seule l'équipe 1 présente une performance supérieure ou égale à la moyenne (\bar{x}) pour ces dimensions. Bien que les équipes 2 et 3 aient ici une performance moyenne ; elles affichent une performance moindre que l'équipe 1. Ceci s'explique par le fait qu'elles n'ont pas abordé le critère de qualité de l'élaboration d'un plan d'intervention interdisciplinaire pour M. Gauthier. Enfin, les équipes 4 et 5 présentent des résultats plus mitigés. L'équipe 4 affiche la performance la plus faible pour la continuité « intra-équipe » (avec une performance de 42 % à comparer à la \bar{x} de 58 %) ; ceci s'explique notamment par un recours faible aux discussions formelles en équipe aux différentes étapes de la prise en charge de M. Gauthier. Enfin l'équipe 5 présente la performance la plus faible pour la continuité « extra-équipe » (avec une performance de 33 % à comparer à la \bar{x} de 67 %) puisqu'elle a peu abordé ses relations avec ses partenaires communautaires dont les Centres locaux de services communautaires (CLSC). Au Québec, les CLSC offrent des soins de première ligne aux résidents de territoires géographiques

bien délimités. En résumé, les pratiques professionnelles des équipes semblent évoluer positivement vers une offre de soins que valorise le PQLC. La prise en charge initiale apparaît également excellente.

DISCUSSION

Notre expérience montre qu'il est possible de développer une vignette permettant de saisir les pratiques de professionnels en contexte d'interdisciplinarité. La vignette est une stratégie de recherche pertinente pour apprécier la qualité de l'offre de soins dans la mesure où une démarche rigoureuse est suivie. Puisque cet article a adopté un angle méthodologique afin de rendre compte d'une expérience novatrice et transférable d'élaboration d'une vignette, la discussion va porter notamment sur les forces et les limites de notre étude. Elle va également traiter des résultats et proposer des pistes de recherche. Enfin l'utilité de la vignette à des fins d'investigation et d'apprentissage pour soutenir les pratiques professionnelles va être abordée.

STRATÉGIE DE RECHERCHE

L'une des grandes forces de notre étude consiste dans l'adoption d'une démarche rigoureuse afin d'élaborer une vignette. Ainsi nous avons pu concevoir une vignette dont la validité de contenu est élevée en fonction de sa pertinence, de son exhaustivité et de sa compréhensibilité pour les répondants. De plus, nous avons pu produire une situation standardisée, c'est-à-dire une simulation identique et reproduite de la même façon dans les cinq équipes. La vignette est également une stratégie de recherche propice à une collaboration fructueuse entre les milieux de pratique et de recherche. Cependant la vignette constitue une représentation partielle des pratiques interprofessionnelles puisque son contenu implique nécessairement d'avoir sélectionné certains éléments [8, 9].

Notre démarche d'élaboration est également novatrice. À l'inverse de la plupart des vignettes consultées dans la littérature, notre vignette a un caractère temporel qui reconstitue un parcours thérapeutique et qui interpelle l'ensemble des membres d'une équipe. Dans une organisation des soins évoluant vers l'intégration des prati-

ques, la vignette s'apparente à une stratégie d'investigation de l'action collective dans son milieu naturel ; celle-ci permet de capter, un tant soit peu, la synergie du travail interprofessionnel. La synergie renvoie à l'un des bénéfices importants de l'interdisciplinarité à savoir que le « tout » produit par l'intégration des expertises est supérieur à l'addition des contributions individuelles [55]. Administrée en groupe de discussion, la vignette permet également de saisir la complexité de l'interdisciplinarité. Nous avons ici adopté la position que la construction des faits est optimisée dans le cadre d'une interaction avec les sujets qui en font eux-mêmes l'expérience [56].

Par ailleurs, nous jugeons que la démarche que nous avons utilisée est transférable à l'étude de phénomènes similaires dont les projets de collaborations inter-organisationnelles et/ou interprofessionnelles. Nous recommandons aux concepteurs de vignettes de se doter d'une base normative pour réfléchir et définir les dimensions de la qualité des soins spécifiques à leur contexte d'application. En effet, l'utilisation du PQLC s'est avérée particulièrement utile dans le cadre de notre étude évaluative tant pour élaborer la vignette et un scénario de réponses attendues que pour analyser les données recueillies.

RÉSULTATS OBTENUS

Grâce à notre démarche, nous pouvons pu broser un tableau préliminaire et comparatif de la qualité des soins des équipes interdisciplinaires rencontrées. Brièvement, l'offre de soins se rapproche des valeurs préconisées dans le PQLC et la prise en charge initiale du patient apparaît particulièrement appropriée. Fait intéressant, l'analyse montre des différences entre les équipes quant à la continuité des soins.

Malgré la validité de contenu que l'on juge élevée de notre vignette, le diagnostic que pose l'équipe de recherche quant à la qualité des soins est partiel. En effet, il constitue une approximation des pratiques usuelles telles que décrites dans le discours et il a été apprécié lors d'une seule « mesure ». De plus, seule la perspective des professionnels a été documentée. Nous nous rangeons du côté de plusieurs auteurs qui suggèrent d'adopter le principe de triangulation, c'est-

à-dire de collecter des données de plus d'une méthode et de documenter plusieurs perspectives, afin de porter un jugement plus définitif sur la qualité des soins [10, 12, 38, 57, 58]. La perspective des patients et de leurs proches nous semble des plus pertinente d'autant plus que la réactivité est un indicateur de la performance des systèmes de santé [59]. Enfin, il est à noter que même si cet article rapporte les résultats issus de la vignette, notre équipe de recherche a tenté de documenter les pratiques professionnelles à partir d'une base de données. Cependant notre tentative de triangulation s'est avérée peu concluante puisque la collecte de données dans les cinq milieux où œuvrent les équipes n'était pas uniforme.

RETOMBÉES POUR LA PRATIQUE

Les pratiques professionnelles et organisationnelles en réseau sont de nouveaux modes d'organisation faisant appel à de nouvelles compétences professionnelles et organisationnelles et à de nouveaux savoirs [60]. Or les pratiques professionnelles et les compétences sont co-construites au fil du temps dans une démarche continue de réflexion et d'apprentissage « sur et dans la pratique » [61]. Dans le cadre de notre étude, les résultats indiquent que les pratiques rapportées par les équipes interdisciplinaires en émergence, ces équipes ne se rencontraient alors de façon formelle que depuis un an, se rapprochent des valeurs préconisées dans le PQLC notamment au chapitre de la globalité des soins. La prise en charge initiale des clients apparaît également excellente dans tous les milieux rencontrés. Cependant ces acquis apparaissent fragiles aux professionnels confrontés à l'augmentation de la demande de soins en oncologie. Des actions seraient par ailleurs à entreprendre afin de favoriser une continuité des soins accrue pour les patients. Une plus grande continuité des soins devrait se traduire par une formalisation accrue tant au niveau des professionnels que des organisations [62, 63]. Cela ne va pas sans soulever plusieurs enjeux liés à la redéfinition des rôles, des frontières et des relations entre les professionnels et les organisations [64, 65]. Par ailleurs, lors des entretiens, les répondants ont exprimé leur satisfaction à travailler en équipe et leur volonté à poursuivre dans cette veine. Ainsi des conditions propices à un climat favorisant la création d'un véritable collectif de travail sem-

blent être valorisées ; un tel climat peut contribuer à la qualité des soins [66].

Enfin, nous sommes d'avis que l'utilisation de la vignette permet, en complémentarité avec d'autres outils pour apprécier la qualité de l'offre de soins, l'ingénierie de l'apprentissage que certains décrivent sous le thème de la réflexivité [67, 68]. Ainsi la vignette clinique peut être utilisée dans différents contextes : enseignement, formation continue et recherche. Dans une culture où l'apprentissage est valorisé, la vignette peut contribuer à brosser un état de la situation et à identifier des pistes de réflexion et d'amélioration pour la qualité des soins des patients et de leurs proches. À cet effet, nos résultats de recherche issus de la prestation de la vignette ont fait l'objet d'une vaste diffusion, sous différentes formes dont dans le rapport final de recherche [33] et lors de conférences, et ont été déposés au RCM et aux équipes interdisciplinaires dans une optique de transfert des connaissances. Des messages généraux qui s'adressent à l'ensemble des acteurs concernés par la lutte contre le cancer ont alors été proposés par l'équipe de recherche. Celle-ci a également encouragé le RCM dans ses efforts de conceptualisation et de collectes de données afin d'avoir un portrait plus exhaustif du volume, de la charge de travail et des ressources nécessaires à la prise en charge des patients atteints d'un cancer dans la région.

REMERCIEMENTS : Cette étude a été réalisée grâce au soutien financier de la FCRSS, du FRSQ et du CICM. Nous tenons également à remercier les experts cliniciens, œuvrant au RCM, ayant contribué à l'élaboration de la vignette, Mmes Christine MIMÉAULT, Anne PLANTE et Linda ROY et le Dr Jean LATREILLE.

RÉFÉRENCES

1. Contandriopoulos A-P, Denis J-L, Touati N, Rodriguez R. Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre. *Rupture, revue transdisciplinaire en santé* 2001 ; 8 : 38-52.
2. Paccaud F. Accroître l'impact des services sur la santé de la population. In: Assumer ensemble notre responsabilité populationnelle. Premier colloque montérézien sur les réseaux locaux de services. Longueuil : Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, 2004.
3. Jones TV, Gerrity MS, Earp J. Written case simulations. Do they predict physician behavior ? *J Clin Epidemiol* 1990; 43: 805-15.

4. Dresselhaus TR, Peabody JW, Luck J, Bertenthal D. An evaluation of vignettes for predicting variation in the quality of preventive care. *J Gen Intern Med* 2004; 19: 1013-8.
5. Peabody JW, Luck J, Glassman P, Dresselhaus TR, Lee M. Comparison of vignettes, standardized patients and chart abstraction. A prospective validation study of 3 methods for measuring quality. *JAMA* 2000; 283: 1715-21.
6. Peabody JW, Luck J, Glassman P, Jain S, Hansan J, Spell M. Measuring the quality of physician practice by using clinical vignettes: A prospective validation study. *Ann Intern Med* 2004; 141: 771-81.
7. Abbott P, Sapsford R. Studying policy and practice: use of vignettes. *Nurse Res* 1993; 1: 81-91.
8. Gould D. Using vignettes to collect data for nursing research studies: how valid are the findings. *J Clin Nurs* 1996; 5: 207-12.
9. Hughes R, Huby M. The application of vignettes in social and nursing research. *J Adv Nurs* 2002; 37: 382-6.
10. Rahman N. Caregivers' sensitivity to conflict. The use of the vignette methodology. *Journal of Elder Abuse & Neglect* 1996; 8: 35-47.
11. Schigelone AS, Fitzgerald JT. Development and utilization of vignettes in assessing medical student's support of older and younger patients' medical decisions. *Eva Health Prof* 2004; 27: 265-84.
12. Finch J. Research note. The vignette technique in survey research. *Sociology* 1987; 21: 105-14.
13. Sim AJ, Milner J, Love J, Lishman J. Definitions of need: can disabled people and care professionals agree. *Disabil Soc* 1998; 13: 53-74.
14. Flakerud JH. Use of vignettes to elicit responses toward broad concepts. *Nurs Res* 1979; 28: 210-2.
15. Hebert P, Meslin EM, Dunn EV, Byrne N, Reid SR. Evaluating ethical sensitivity in medical students. Using vignettes as an instrument. *J Med Ethics* 1990; 16: 141-5.
16. Lanza ML, Carifo J, Pattison I, Hicks C. Validation of a vignette simulation of assault on nurses by patients. *J Nurs Scholarsh* 1997; 29: 151-4.
17. Richman J, Mercer D. The vignette revisited: evil and the forensic nurse. *Nurse Res* 2002; 9: 70-82.
18. Tompson T, Barbour R, Schwartz L. Adherence to advance directives in clinical care decision making. Vignette study. *Br Med J* 2003; 327: 1-7.
19. Polit DF, Hungler BP. *Nursing research: principles and methods*. 6th ed. Philadelphia: JB Lippincott Co, 1999.
20. Stolte JF. The context of satisficing in vignette research. *J Soc Psychol* 1994; 134: 727-32.
21. Galante AC, Aranha JA, Beraldo L, Pela NTR. The vignette as a strategy for data collection in nursing research. *Rev Lat Am Enfermagem* 2003; 11: 357-63.
22. Lanza ML. Development of a vignette — a data collection instrument about patient assault. *Western J Nurs Res* 1988; 10: 346-51.
23. Lanza ML. A methodological approach to enhance external validity in simulation based research. *Issues Ment Health Nurs* 1990; 11: 407-22.
24. Lanza ML, Carifo J. Use of a panel of experts to establish validity for patients assault vignettes. *Eval Rev* 1992; 17: 82-92.
25. Hartz A, Lucas J, Cramm T, Green M, Bentler S, Ely J, et al. Physician surveys to assess customary care in medical malpractice cases. *J Gen Intern Med* 2002; 17: 546-55.
26. Hughes R. Considering the vignette technique and its application to a study of drug injection and HIV risk and safer behavior. *Sociol Health Illn* 1998; 20: 381-400.
27. Rosenquist PB, Colenda CC, Briggs J, Kramer SI, Lancaster M. Using case vignettes to train clinicians and utilization reviewers to make level-of-care decisions. *Psychiatr Serv* 2000; 51: 1363-5.
28. Colenda CC, Leist JC, Rapp SR. Survey of physician practices for community-dwelling agitated dementia patients. *Int J Geriatr Psychiatry* 1996; 11: 635-44.
29. Colenda CC, Rapp SR, Leist JC, Poses RM. Clinical variables influencing treatment decisions for agitated dementia patients. *J Am Geriatr Soc* 1996; 44: 1375-9.
30. Glassman PA, Kravitz RL, Petersen LP, Rolph JE. Differences in clinical decision making between internists and cardiologists. *Arch Intern Med* 1997; 157: 506-12.
31. MSSS. Programme québécois de lutte contre le cancer : « Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe ». Québec : Comité ministériel sur le cancer — Ministère de la santé et des services sociaux, 1998.
32. MSSS. Programme québécois de lutte contre le cancer : « La lutte contre le cancer dans les régions du Québec : un premier bilan ». Québec : Comité ministériel sur le cancer — Ministère de la santé et des services sociaux, 2003.
33. Roberge D, Denis J-L, Cazale L, Comtois E, Pineault R, Touati N, et al. Évaluation du réseau intégré de soins et de services en oncologie : l'expérience de la Montérégie. Rapport final de recherche. Longueuil: Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2004. En ligne : <http://www.hclm.qc.ca>
34. Burns N, Grove SK. *The practice of nursing research: conduct, critique and utilization*. 4th ed. Philadelphia: WB Saunders Co, 2001.

35. Laperrière A. Les critères de scientificité dans les méthodes qualitatives. In : Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Laperrière A, Meyer R, Pires A, eds. *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville : Gaetan Morin Éditeur, 1997 : 365-89.
36. Guba AEG, Lincoln YS. *Fourth generation evaluation*. Newbury Park: Sage Publications, 1989.
37. Miles MB, Huberman AM. *Analyse des données qualitatives*. 2nd ed. Paris : De Boeck Université, 2003.
38. Sim J, Sharp K. A critical appraisal of the role of triangulation in nursing research. *Int J Nurs Stud* 1998; 35: 23-31.
39. Fraser A. Pour une meilleure compréhension des besoins des personnes atteintes de cancer. Québec : Comité consultatif sur le cancer — Ministère de la santé et des services sociaux, 1995.
40. Parse RR. *L'humain en devenir : nouvelle approche du soin et de la qualité de vie*. Paris : De Boeck Université, 2003.
41. Starfield BH. *Primary care: balancing health needs, services and technology*. New York: Oxford University Press, 1998.
42. Reid R, Haggerty J, McKendry R. Dissiper la confusion : concepts et mesures de la continuité des soins. Rapport de recherche. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2002. En ligne : http://www.chsrf.ca/final/ogc/pdf/haggerty_f.pdf
43. Brazil K, Whelan TJ, O'Brien MA, Sussman J. *Coordinating supportive cancer care in the community*. Final report. Hamilton: The Supportive Cancer Care Research Unit, 2003. En ligne: http://www.fhs.mcmaster.ca/slru/sccru/FINAL_COORD_SCC_REPORT_MARCH_20031.pdf
44. Otto SE. *Oncology nursing*. 4th ed. London: Mosby, 2001.
45. Yarbro CH, Frogge MH, Goodman M, Groenwald SL. *Cancer nursing. Principles and practice*. 5th ed. Boston: Jones and Bartlett Publishers, 2000.
46. Fillion L, Morin D, Saint-Laurent L. Description du concept de l'intervenant pivot : approche théorique et qualitative. Rapport présenté à l'équipe de recherche sur le Dossier clinique informatisé en oncologie. Québec : Université Laval, 2000.
47. Krueger RA. *Focus group: a practical guide for applied research*. London: Sage Publications, 1994.
48. Morgan DL. *Focus groups as qualitative research*. London: Sage Publications, 1988.
49. Mc Lafferty I. Focus group interviews as data collecting strategy. *J Adv Nurs* 2004; 48: 187-94.
50. Carey M. The groupe effect in focus groups: planning, implementing, and interpreting focus group research. In: Morse J, ed. *Critical issues in qualitative research methods*. London: Sage publications, 1994: 225-41.
51. Millward L. Focus groups. In: Breakwell G, Hammond S, Fife-Scaw C, eds. *Research methods in Psychology*. London: Sage Publications, 1995: 274-92.
52. Mansell I, Bennett G, Northway R, Mead D, Moseley L. The learning curve: the advantages and disadvantages in the use of focus groups as a method of data collection. *Nurse Res* 2004; 11: 79-88.
53. Van der Maren JM. *Méthodes de recherche pour l'éducation*. 2nd ed. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal, 1996.
54. Comtois E, Roberge D, Denis JL, Cazale L, Pineault R, Latreille J, *et al.* Bilan de l'expérience des infirmières pivots en oncologie de la Montérégie, 2001-2003. Un nouveau rôle en émergence. Greenfield Park : Centre de recherche de l'Hôpital Charles-LeMoine, 2003.
55. Dussault G. Les déterminants de l'efficacité de la multidisciplinarité. *Le Gérontophile* 1990 ; 12 : 3-6.
56. Le Moigne JL. *La modélisation des systèmes complexes*. Paris : Dunod, 1990.
57. Fortin MF. *Le processus de recherche : de la conception à la réalisation*. Ville Mont-Royal: Décarie Éditeur Inc, 1996.
58. Yin RK. *Case study research. Design and methods*. 3rd ed. Newbury Park: Sage Publications, 2003.
59. Valentine NB, De Silva A, Kawabata K, Darby C, Murray CJL, Evans DB. Health system responsiveness: concepts, domains and operationalization. In: Murray CJL, Evans DB, eds. *Health systems performance assessment: debates, methods and empirism*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2003 : 573-96.
60. Lamothe L. La recherche de réseaux de services intégrés : un appel à un renouveau de la gouverne. *Gestion, revue internationale de gestion* 2002 ; 27 : 23-30.
61. Le Boterf G. *Travailler en réseau : partager et capitaliser les pratiques professionnelles*. Paris : Éditions d'Organisation, 2004.
62. Alexander ER. *How organizations act together: interorganizational coordination in theory and practice*. Amsterdam: Gordon and Breach Publishers, 1995.
63. D'Amour D, Sicotte C, Levy R. L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences sociales et Santé* 1999 ; 17 : 67-92.
64. Abbott AD. *The system of professions: an essay on the division of expert labor*. Chicago: The University of Chicago Press, 1988.
65. Alter C, Hage J. *Organizations working together*. Newbury Park: Sage Publications, 1993.

66. Mayrand-Leclerc M. Les caractéristiques organisationnelles des Magnet Hospitals : pistes de solutions pour réorganiser le travail des infirmières. In : Viens C, Lavoie-Tremblay M, Mayrand-Leclerc M, eds. Optimisez votre environnement de travail en soins infirmiers. Cap-Rouge, Québec : Presses Inter-Universitaires, 2002 : 67-90.
67. Argyris DA, Schön DA. Theory in practice: increasing professional effectiveness. San Francisco: Josey-Bass, 1974.
68. Argyris DA, Schön DA. Organizational learning: a theory of action perspective. Reading, Mass: Addison-Wesley, 1978.

ANNEXE 1 : LA VIGNETTE

NB : la vignette est disponible dans le rapport final (référence 33, pages 51-54)

Afin d'apprécier les pratiques actuelles et courantes des équipes locales d'oncologie, une vignette a été élaborée en collaboration avec des experts cliniciens du RCM, puis elle a été pré-testée auprès d'une équipe locale de la Montérégie qui ne fait pas partie des cas à l'étude. La vignette décrit une évolution « type » de la condition clinique et psychosociale d'un homme de 58 ans atteint d'un cancer du rectum diagnostiqué et suivi à la clinique externe d'un hôpital. La vignette se concentre sur les phases de traitement actif et de suivi par les équipes des cliniques externes des centres hospitaliers, excluant ainsi la phase de soins palliatifs au cours de laquelle ces équipes interviennent peu en général. Les membres de l'équipe interdisciplinaires en oncologie sont interrogés sur les quatre étapes de la vignette. L'introduction constitue, à titre informatif, une mise en situation décrivant une hospitalisation précédant la prise en charge par l'équipe interdisciplinaire.

INTRODUCTION : PREMIÈRE HOSPITALISATION

Monsieur Gauthier a 58 ans et est propriétaire d'une entreprise de recouvrement de toitures. Marié depuis trente-cinq ans, il a trois enfants âgés respectivement de 34, 30 et 27 ans. M. Gauthier se présente à l'urgence d'un hôpital de la Montérégie avec des symptômes d'hémorragie rectale en février 2001. Plusieurs examens sont amorcés lors de son séjour de 72 heures à l'urgence. Il est ensuite hospitalisé au département de « médecine chirurgie ». À la suite d'un diagnostic de cancer du rectum stade 3 (T₃N₁M₀), le chirurgien¹ pratique une résection antérieure basse du rectum avec excision totale du mésorectum. M. Gauthier obtient ensuite son congé de l'hôpital. Il a un rendez-vous à la clinique d'oncologie trois semaines plus tard.

ÉTAPE 1 : PRISE EN CHARGE PAR LA CLINIQUE EXTERNE

M. et Mme Gauthier se présentent à la clinique d'oncologie le 27 mars 2001 pour rencontrer l'oncologue. Les traitements pour la période postopératoire de M. Gauthier sont planifiés : ceux-ci vont s'étaler du printemps à la fin du mois d'août 2001. Ils débutent par deux séries de traitements de chimiothérapie de 5FU. Puis en mai, M. Gauthier reçoit conjointement des traitements de radiothérapie, d'une durée de six semaines, et de chimiothérapie de 5FU avec une pompe à infusion continue à domicile². La radiothérapie est dispensée dans un centre de radiothérapie d'un centre hospitalier universitaire de Montréal. M. Gauthier a besoin d'aide pour ses déplacements

¹ Tout dépendant du milieu, ce sera soit un chirurgien, soit un chirurgien gastro-entérologue.

² Les traitements de radiothérapie prennent fin en juin alors que ceux de chimiothérapie se poursuivent jusqu'à la fin du mois d'août.

à Montréal. Il ne veut pas déranger ses enfants qui sont déjà bien occupés de leur côté. Il fuit également les discussions sur sa maladie avec son épouse. Par ailleurs, M. Gauthier veut continuer de s'occuper de son entreprise et il planifie des contrats durant cette période.

ÉTAPE 2 : DÉTÉRIORATION

En mars 2002, lors de sa coloscopie annuelle, M. Gauthier apprend par son oncologue que la maladie progresse rapidement. En effet, le médecin note une obstruction à 50 % du côlon. En discutant avec le couple, l'oncologue apprend que, malgré les suggestions répétées de son épouse qui s'inquiétait de sa fatigue et de ses douleurs, M. Gauthier a refusé de consulter pour discuter de ses symptômes. De plus, lors de ses visites à la clinique externe³, il n'osait pas demander une médication puisqu'il désirait demeurer chez lui. Il s'exprimait peu et répondait vaguement aux questions sur la douleur.

ÉTAPE 3 : COLOSTOMIE

Un mois plus tard, M. Gauthier rencontre un chirurgien à la suite d'une référence de son oncologue. Ce chirurgien explique à M. Gauthier l'évolution de la maladie : il importe de procéder rapidement à une colostomie pour améliorer la qualité de vie et assurer l'évacuation des selles. Bien qu'il soit ambivalent face à cette intervention, M. Gauthier accepte la colostomie. La chirurgie se déroule normalement le 5 avril 2002. Puis M. Gauthier se réhabilite progressivement et le couple s'occupe des soins liés à l'intervention. Il met également fin à ses activités professionnelles : son fils aîné ayant toujours refusé de travailler avec son père, il cède ses parts à un associé. Par ailleurs, et dans le but de contrôler la tumeur et de soulager ses douleurs, l'oncologue propose une nouvelle série de chimiothérapie, soit le protocole d'irinotécan avec 5FU, leucovorin. M. Gauthier débute cette nouvelle série de traitement également en avril 2002.

ÉTAPE 4 : PHASE PRÉ-PALLIATIVE

En juillet 2002, M. Gauthier raconte à son oncologue l'apparition d'une douleur importante au flanc droit. L'oncologue note à l'examen une augmentation du volume du foie. L'échographie demandée détecte la présence de multiples métastases. L'oncologue explique l'évolution de la maladie et propose un nouveau médicament susceptible de mieux contrôler les cellules cancéreuses. M. Gauthier accepte le protocole d'oxaliplatine avec 5FU, leucovorin.

À la suite de deux séances de traitement, M. Gauthier connaît une détérioration de sa qualité de vie, et il songe à mettre un terme à la chimiothérapie. Il est pâle, fatigué, amaigri et tendu. Il pleure le jour lors de ces déplacements et se réveille la nuit à cause de diarrhées et d'inconfort. Mme Gauthier, découragée, craint que son mari soit souffrant. Elle songe à demander un congé à son employeur afin d'être à plein temps auprès de son mari. Les enfants du couple sont également inquiets : ils constatent que leur père ne récupère pas rapidement, à la suite des traitements.

³ M. Gauthier a vu son médecin à tous les deux mois depuis la fin de ses traitements de chimiothérapie.