

Direction des bibliothèques

AVIS

Ce document a été numérisé par la Division de la gestion des documents et des archives de l'Université de Montréal.

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

This document was digitized by the Records Management & Archives Division of Université de Montréal.

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal

**La traduction d'une innovation organisationnelle dans les pratiques
professionnelles de réseau: l'infirmière pivot en oncologie**

par

Dominique Tremblay

Faculté des sciences infirmières

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph. D.)
en sciences infirmières
option Administration des services infirmiers

Décembre, 2007

© Dominique Tremblay, 2007



Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

**La traduction d'une innovation organisationnelle dans les pratiques
professionnelles de réseau: l'infirmière pivot en oncologie**

présentée par :
Dominique Tremblay

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

M. Carl-Ardy Dubois, président-rapporteur
Mme Danielle D'Amour, directeur de recherche
M. Jean-Louis Denis, co-directeur
Mme Pascale Lehoux, membre du jury
Mme Lise Fillion, examinateur externe
M. André-Pierre Contandriopoulos, représentant du doyen de la FES

Résumé

La fonction d'infirmière pivot en oncologie (IPO) est un élément clé du renouvellement de l'offre de services en cancer au Québec et dans plusieurs pays industrialisés. Or, le déploiement et les effets de cette nouvelle fonction sont peu étudiés et encore mal compris. Le but de cette étude est de mieux comprendre comment la fonction d'IPO se traduit dans les pratiques professionnelles de réseau en cancer. Elle vise à définir les conditions organisationnelles propices à la traduction de cette nouvelle fonction et à évaluer les effets sur la réactivité des services en cancer, la réactivité étant un indicateur de la capacité de répondre aux besoins des utilisateurs de services de santé.

Le devis est l'étude de cas unique multicentrique. La théorie de l'acteur-réseau est utilisée pour retracer le déploiement de la fonction d'IPO dans les différents milieux. Une approche qualitative a permis l'analyse du déploiement de cette fonction dans neuf hôpitaux. Les données sont issues de plusieurs sources : entrevues semi-dirigées (n = 37), observation de réunions administratives (n = 12), observation des pratiques des IPO (40 heures), documents d'archives (n = 121). Une approche quantitative visait à évaluer les effets de la fonction d'IPO à partir d'un questionnaire de réactivité *Health System Responsiveness* auprès des patients (n = 538).

Les résultats révèlent cinq dimensions permettant d'expliquer les variations de la traduction : la signification donnée au projet, la présence d'un

leadership reconnu légitime, l'engagement des acteurs à tous les niveaux de l'organisation, la collaboration interprofessionnelle de l'équipe d'oncologie et la marge de manœuvre organisationnelle. La configuration de ces dimensions s'illustre par deux modes de traduction. La « Traduction optimale », fondée sur la collaboration, favorise l'intégration de nouvelles pratiques de coordination par les équipes de soins alors que la « Traduction mitigée », caractérisée par des relations d'alliances fondées sur l'indépendance est moins propice au changement. La « Traduction optimale » est associée à une réactivité significativement plus élevée ($p = 0,002$) notamment en ce qui a trait à la qualité de l'environnement de soins ($p = 0,001$) et la réponse centrée sur la personne ($p = 0,03$). Une intervention précoce de l'IPO, soit dans les deux semaines suivant l'annonce du diagnostic, est associée à une réactivité plus élevée ($p < 0,001$).

Cette étude montre la complexité d'introduire de nouveaux rôles professionnels dans les milieux cliniques. Les résultats illustrent l'interdépendance entre une innovation et les conditions organisationnelles du milieu dans lequel elle se déploie. Le potentiel de la fonction d'IPO est maximisé lorsque les conditions du milieu sont propices à la coexistence des pratiques professionnelles et des pratiques organisationnelles de coordination.

Mots-clés : Infirmière pivot en oncologie, étude de cas, réseau de services en cancer, théorie de l'acteur-réseau, réactivité des services de santé.

Abstract

The role of “pivot nurse in oncology” also called nurse navigator elsewhere in Canada, is a key factor in the renewed descriptions of cancer services in Quebec and in other industrialized countries. The implementation and outcomes of this new role are the subject of few studies and not yet well understood. The goal of this study is to gain a better understanding of how this function translates into professional practice in a cancer network. The study identifies organisational conditions that support the new role integration, and evaluates the effects of different models of implementing the role on the responsiveness of the cancer services; responsiveness being an indicator of the capacity of health care systems to provide services needed by the clients.

The design of the study is multi-site (n = 9) case study. The actor-network-theory is utilized as the conceptual and methodological tool to trace the deployment of the pivot nurse function in various settings. A qualitative approach was utilized to analyse the organisational conditions in nine hospitals that had introduced this function. The data was derived from several sources: semi-directed interviews, (n = 37), observation of management meetings (n = 12), pivot nurse practice observation (n = 40 hours) and, documents (n = 121). A quantitative approach was utilized to evaluate the effects of the pivot nurse function on responsiveness. The “Health System Responsiveness” questionnaire was distributed to clients (n = 538).

Results revealed five dimensions that explain the variations in the translation: the meaning given to the project, the presence of recognised and legitimate leadership, commitment at every level of the organisation, inter-professional collaboration within the oncology team, and the level of flexibility in resource allocation. The configuration of these conditions produced two models of translation of the pivot nurse function. The “Optimal translation” model characterized by collaborative alliances was conducive to integration of the nurses’ practice and the coordination of care. The “Partial translation” model characterized by alliances based on independence is less successful. In the “Optimal translation” model, the pivot nurse provides a significantly higher responsiveness ($p = 0.002$) more specifically with regard to the quality of the environment of care ($p = 0.001$) and client centred care ($p = 0.03$). An early intervention by the pivot nurse in the first two weeks following a cancer diagnosis is associated with a higher responsiveness outcome ($p = 0.001$).

This study illustrates the complexity of introducing new professional roles in the clinical milieu. The results show the relationship between the translation of innovation and organisational contexts. The potential of the pivot nurse role is maximized when the conditions allow the co-existence of professional practice and the coordinating functions of the organisation.

Key Words: Oncology nurse navigator, case study, integrated cancer network, actor-Network theory, health services responsiveness.

Table des matières

RÉSUMÉ	III
ABSTRACT	V
LISTE DES TABLEAUX	XIV
LISTE DES FIGURES.....	XVI
LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS	XVII
DÉDICACE.....	XVIII
REMERCIEMENTS	XIX
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 : LA PROBLÉMATIQUE.....	5
L'introduction d'une nouvelle fonction dans l'organisation des services	8
De l'innovation au changement	13
Le but et les objectifs de l'étude	17
CHAPITRE 2 : LA RECENSION DES ÉCRITS.....	18
L'innovation : un processus socialement construit	19
La définition de l'innovation	19
Les typologies de l'innovation.....	23
L'innovation organisationnelle dans les milieux cliniques.....	28
La coordination : un mécanisme intégrateur.....	31

Les déterminants de l'innovation.....	33
Les caractéristiques structurelles	34
La capacité à intégrer de nouveaux apprentissages	36
La gestion du changement lié à l'innovation	37
Les théories de l'innovation.....	42
La théorie de la diffusion	43
La théorie de l'acteur-réseau.....	46
Les repères conceptuels et méthodologiques de la TAR	51
L'innovation en question : la fonction d'infirmière pivot en oncologie ..	65
La réactivité en tant que mesure des effets de la fonction d'IPO	69
CHAPITRE 3 : LA MÉTHODOLOGIE.....	80
Le devis de recherche.....	81
La sélection du cas.....	82
La collecte des données	86
L'observation directe.....	88
Les entrevues	88
Les documents d'archives.....	91
Le questionnaire de réactivité	92
La traduction du questionnaire de réactivité	95
Le recrutement des sujets de l'enquête	98
La taille de l'échantillon	99

Le déroulement de l'étude	99
L'analyse des données.....	101
L'analyse des données qualitatives.....	101
L'analyse des données quantitatives.....	104
Les critères de scientificité de cette étude	105
Les considérations éthiques de la recherche	108
CHAPITRE 4 : LES RÉSULTATS.....	110
ARTICLE 1. LA TRADUCTION D'UNE INNOVATION ORGANISATIONNELLE COMPLEXE DANS LES PRATIQUES CLINIQUES : LA FONCTION D'INFIRMIÈRE PIVOT EN ONCOLOGIE	113
Introduction	113
Le but de l'article	115
Le cadre de référence.....	115
La méthodologie	118
Le devis de l'étude.....	118
La collecte des données.....	120
L'analyse des données	123
Les résultats	124
La contextualisation.....	125
La problématisation	127
L'intéressement.....	137
L'enrôlement.....	140

La discussion	144
Les forces et les limites de l'étude.....	151
La conclusion	153
Références	155
ARTICLE 2. VALIDATION D'UNE VERSION CANADIENNE-FRANÇAISE D'UN QUESTIONNAIRE DE RÉACTIVITÉ DES SERVICES EN CANCER	161
Introduction	161
Le but de l'article	163
La méthodologie	164
La définition du concept de réactivité selon l'OMS	164
1 ^{ère} étape : Traduction et adaptation du questionnaire	169
2 ^{ème} étape : Étude de validation du HSR <small>(version cancer CF)</small>	171
Le milieu de recrutement des sujets.....	171
La collecte de données	172
L'analyse des données	173
Les résultats	176
La traduction et adaptation de l'instrument	176
Le taux de réponse au questionnaire.....	177
L'analyse factorielle en composantes principales du HSR <small>(version cancer CF)</small>	178
La validité de contenu.....	180
La consistance interne.....	181
Les relations entre les composantes du construit.....	181

La validité discriminante.....	182
La discussion	185
La validité de construit du HSR (version cancer CF).....	186
La validité de contenu.....	188
La consistance interne.....	190
La validité discriminante.....	191
Les limites de l'étude	192
La conclusion	193
Références	202
ARTICLE 3. L'INFIRMIÈRE PIVOT EN ONCOLOGIE : UNE VALEUR AJOUTÉE POUR LA RÉACTIVITÉ DES SERVICES EN CANCER	210
Introduction	210
Le but de l'étude.....	213
Le cadre conceptuel.....	213
La méthodologie	216
La collecte de données.....	218
L'analyse des données.....	222
L'aspect éthique	223
Les résultats	224
Les dimensions de la traduction de la fonction d'IPO	225
La Traduction optimale.....	226
La réactivité des services en cancer	229

La discussion	235
Les forces et les limites de l'étude	242
Références	246
CHAPITRE 5 : LA DISCUSSION	256
Les contributions au développement des connaissances.....	257
La contribution théorique.....	257
La contribution méthodologique.....	264
La contribution pour le développement de la fonction d'IPO	268
Les qualités et les limites de l'étude.....	271
L'objectivité.....	272
La fiabilité.....	273
La validité interne	274
La validité externe.....	277
Les recommandations pour la pratique	278
Les recommandations pour la recherche.....	281
CONCLUSION	285
RÉFÉRENCES	290
ANNEXES.....	326
Annexe A : Définition des concepts du guide de collecte de données	327
Annexe B : Grilles d'observation sur le terrain	330
Annexe C : Guide d'entrevue semi-ouverte.....	334

Annexe D : Informations et questionnaire remis aux patients.....	339
Annexe E : Liste des variables, définition et critères d'attribution des cotes.....	352
Annexe F : Sommation des scores et matrice de distribution des sites .	361
Annexe G : Formulaire de consentement pour les informateurs clés ...	365

Liste des tableaux

Tableau 1 : Études empiriques qui ont utilisé la théorie de l'acteur-réseau	59
Tableau 2 : Caractéristiques des sites d'investigation.....	83
Tableau 3 : Nombre d'entrevues auprès des informateurs clés.....	91
Tableau 4 : Documents d'archives produits entre 1998 et 2006	92
Tableau 5 : Alpha des sous-échelles du HSR.....	94
ARTICLE 1	
Tableau 1 : Caractéristiques des sites d'investigation.....	119
Tableau 2 : Documents d'archives	121
Tableau 3 : Entrevues selon le type d'informateurs clés.....	123
ARTICLE 2	
Tableau 1 : Analyse factorielle en composantes principales avec rotation oblique	195
Tableau 2 : Corrélation de Pearson des sous-échelles et de l'échelle de réactivité.....	196
Tableau 3 : Réactivité selon les caractéristiques des répondants	197
Tableau 4 : Réactivité selon l'utilisation des services.....	199
Tableau 5 : Réactivité selon l'accès à des services continus.....	200

Liste des tableaux (suite)

ARTICLE 3

Tableau 1 : Caractéristiques des sites d'investigation.....	218
Tableau 2 : Nombre d'entrevues par type d'informateurs	220
Tableau 3 : Caractéristiques des patients	230
Tableau 4 : Utilisation des services de santé.....	231
Tableau 5 : Accès à des services continus.....	233
Tableau 6 : ANOVA de la réactivité des services en cancer.....	234



Liste des figures

Figure 1 : Modèle conceptuel de la traduction de l'innovation dans les milieux cliniques	77
ARTICLE 1 :	
Figure 1 : Schéma de la problématisation autour de l'IPO.....	96
ARTICLE 2 :	
Figure 1 : Étapes de la traduction et de l'adaptation du « <i>Health System Responsiveness</i> » (HSR).....	129

Liste des sigles et abréviations

CH	Centre hospitalier
CLSC	Centre local de services communautaires
CICM	Centre intégré de lutte contre le cancer de la Montérégie
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
HSR	Health system reponsiveness
IPO	Infirmière pivot en oncologie
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS/WHO	Organisation mondiale de la Santé/ World Health Organisation
PQLC	Programme québécois de lutte contre le cancer
RCM	Réseau Cancer Montérégie
TAR	Théorie de l'acteur-réseau

À Jean Latreille
Pour sa lutte contre le cancer

*“No pessimist ever discovered the secret of the stars,
or sailed to an uncharted land,
or opened a new doorway for the human spirit”*
Helen Keller

À mes parents
Je dis merci pour tout

Remerciements

Ce projet de thèse a débuté parce que des visionnaires se sont mobilisés autour d'un projet commun et qu'ils n'ont eu de cesse de s'y intéresser. Ils partagent toujours l'idée que la création d'interfaces entre la recherche et les pratiques cliniques contribue à une meilleure capacité de répondre aux besoins des patients et leurs proches. Je souligne leur engagement.

Je remercie chaleureusement ma directrice madame Danielle D'Amour de la Faculté des sciences infirmières pour son soutien indéfectible et sa présence attentive ainsi que mon co-directeur, monsieur Jean-Louis Denis, du Département d'administration de la santé. Je leur exprime toute ma reconnaissance pour leur confiance, leur rigueur scientifique et leur disponibilité. La qualité de leur encadrement académique et humain n'a d'égal que leur passion pour la recherche. Je remercie monsieur Miguel Chagnon du Département de mathématiques et madame Michèle Paré du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé pour leurs précieux conseils en statistiques.

Je remercie l'Hôpital Charles LeMoine qui a agi à titre de partenaire décideur de mon programme de doctorat. Je remercie particulièrement madame Carmen Millar, Directrice des soins infirmiers, pour avoir été là, avoir eu confiance dans l'aboutissement de ce projet même dans mes pires moments de doutes. J'ai le privilège qu'elle soit mon mentor. Je remercie madame Christine

Mimeault et le Docteur Jean Latreille pour leur collaboration aux différentes étapes de ma recherche et pour leurs commentaires judicieux et perspicaces. Je souligne leur très grand sens de l'éthique et le respect de mon autonomie en tant que chercheur. Je remercie l'équipe des secrétaires de la Direction des soins infirmiers pour leur aide et leur gentillesse : Louise Beaudoin Chénier, Marie-Claude Dumaresq, Jocelyne Labarre, Lisette Guérard et Mélanie Auclair. Finalement, je souligne l'efficacité de l'équipe de monsieur Pierre Larose qui a répondu avec diligence à mes « urgences » informatiques.

Un grand merci à mes amis de longue date Angèle, Annick, Bruno, Dean, Francis, Jocelyne, Madeleine, Hélène, Vivianne et à mes sœurs Chantal et Nathalie pour avoir déployé des trésors d'imagination pour que la vie existe en dehors des études. Je remercie ma « marraine », Danièle Roberge, pour ses encouragements et sa confiance. J'adresse une pensée particulière à Diane et Claude qui livrent ensemble un combat contre le cancer et pour Michel qui a malheureusement perdu le sien.

En terminant, je tiens à remercier tous les professionnels et les patients qui ont participé à l'étude. Leur temps est précieux et ils me l'ont offert avec générosité. Plus spécifiquement aux infirmières pivots pour leur implication aux différentes étapes de ce projet de recherche.

Introduction

Cette thèse s'intéresse au contexte et aux processus permettant aux innovations de prendre forme dans les milieux cliniques à travers les pratiques professionnelles et organisationnelles. L'investigation porte sur le déploiement de la fonction d'infirmière pivot en oncologie (IPO) depuis son introduction, en 2001, dans les équipes interdisciplinaires de neuf hôpitaux d'un réseau régional de lutte contre le cancer. Les effets de cette innovation sont évalués à partir d'un indicateur de réactivité tel que conceptualisé par l'OMS. La réactivité mesure la capacité des services de santé à répondre aux besoins des utilisateurs de services.

La thèse est rédigée selon le mode de présentation par articles et comporte cinq chapitres. Le premier chapitre campe la problématique multidimensionnelle d'innover dans les milieux cliniques en introduisant de nouveaux rôles professionnels de coordination tel que l'IPO.

Le deuxième chapitre porte sur l'état des connaissances sur lesquelles s'appuie cette étude notamment, sur l'innovation et les théories qui expliquent ce phénomène, sur les défis d'innover dans les milieux cliniques ainsi que sur la fonction d'IPO et ses effets attendus auprès des patients. La théorie de l'acteur-réseau (TAR) est abordée de manière plus extensive étant donné qu'elle constitue la pierre d'assise de l'étude. Ce deuxième chapitre présente le cadre conceptuel issu des écrits et conclut sur les objectifs auxquels cette étude tente de répondre, soit de : 1) décrire le processus de traduction de la fonction d'IPO

dans les pratiques, 2) identifier les conditions organisationnelles qui favorisent ou entravent l'évolution de ce processus et 3) évaluer les effets de la fonction d'IPO sur la réactivité des services en cancer.

Le troisième chapitre présente la méthodologie de recherche en explicitant le devis, le cas à l'étude ainsi que les aspects opérationnels de la recherche : la collecte des données, les stratégies d'analyse qualitative et quantitative, les critères de scientificité ainsi que les considérations éthiques. Le quatrième chapitre présente les résultats sous forme d'articles. Trois articles constituent le noyau central de la thèse en présentant les résultats les plus importants de cette étude.

Le premier article intitulé « *La traduction d'une innovation organisationnelle complexe dans les pratiques cliniques : la fonction d'infirmière pivot en oncologie* » utilise la TAR pour comprendre comment ce nouveau rôle, clairement défini au niveau conceptuel dans le *Programme québécois de lutte contre le cancer*, est sujet à diverses interprétations et se déploie de manière différente selon les milieux. Le deuxième article aborde l'aspect méthodologique de la validation d'un instrument de mesure de la réactivité soit le « *Health System Responsiveness* » traduit en français et adapté à l'organisation des services en cancer. Cet article s'intitule « *Validation d'une version canadienne-française d'un questionnaire de réactivité des services en cancer selon le concept de réactivité de l'OMS* ». Ce questionnaire permet

d'évaluer les effets de la fonction d'IPO sur la capacité des services en cancer de répondre aux besoins des patients. Le troisième article décrit les conditions qui influencent la traduction de la fonction d'IPO dans les différents milieux selon cinq dimensions et compare les effets de différents modes de traduction sur la réactivité des services en cancer. Cet article s'intitule « *L'infirmière pivot en oncologie : une valeur ajoutée pour la réactivité des services en cancer* ».

Finalement, le cinquième chapitre présente la discussion qui s'articule autour des points suivants : la contribution au développement des connaissances, la qualité et les limites de l'étude ainsi que les recommandations pour la pratique et la recherche.

En somme, nous aurons traité de la traduction de l'innovation pour faire ressortir la complexité d'innover dans l'organisation des services en cancer. Nous aurons défini les dimensions qui affectent le déploiement de nouveaux rôles professionnels et les effets sur la capacité de répondre aux besoins des personnes atteintes de cancer. Nous ne prétendons pas avoir fait toute la lumière sur ce phénomène complexe qui consiste à traduire les idées novatrices dans les pratiques professionnelles et organisationnelles. Nous espérons toutefois contribuer au corps de connaissances dans ce domaine et fournir un éclairage nouveau pour soutenir la prise de décision éclairée par des données probantes dans le cadre de la transformation des services en cancer.

Chapitre 1 : La problématique

La capacité des systèmes de santé à répondre aux besoins des personnes atteintes de cancer et de leurs proches est un défi soulevé par plusieurs tribunes au Québec (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997, 2003, 2007), au Canada (Canadian Strategy for Cancer Control, 2006; Cancer Advocacy Coalition of Canada, 2004; Cancer Care Ontario, 2005; Savage & Hryniuc, 2006) et ailleurs dans le monde (DOH, 2004; National Cancer Institute, 2005; WHO, 2002). Depuis une dizaine d'années, plusieurs rapports gouvernementaux et coalitions plaidantes font état de la nécessité d'optimiser le parcours thérapeutique des personnes atteintes. Au moment où l'on parle d'une véritable « *crise du cancer* » qui risque de se transformer en une crise de performance des systèmes de santé, l'ajout de nouvelles technologies d'investigation et de traitements ne suffit plus. Il devient urgent que les nouveaux modes d'organisation, non seulement se répandent dans les milieux, mais qu'ils se traduisent par des changements effectifs dans les pratiques professionnelles et organisationnelles.

L'offre de services en cancer est une problématique multidimensionnelle dont les représentations varient selon la perspective des acteurs concernés. D'une part, les dispensateurs de services soulignent les difficultés à coordonner l'action des nombreux intervenants, le manque de collaboration entre les services spécialisés et les services de première ligne, la fragmentation du leadership clinique ainsi que le manque de ressources professionnelles et financières (Canadian Strategy for Cancer Control, 2005;

Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003). D'autre part, les personnes atteintes de cancer rapportent un niveau d'anxiété élevé relié aux délais d'accès pour l'investigation et les traitements, la communication déficiente entre les professionnels et les patients, la nécessité d'une participation accrue aux décisions qui les concernent, l'insuffisance du suivi, les liens interprofessionnels et inter établissements assujettis à des ententes informelles ainsi que le manque de soutien pour faire face au caractère chronique de la maladie (Ashbury, Findlay, Reynolds, & McKerracher, 1998; Fraser, 1995; Gulliford et al., 2002; Hack, Degner, Watson, & Sinha, 2006; Thorne, Bultz, & Baile, 2005).

À ces différentes représentations de la problématique de l'offre de services s'ajoutent les éléments contextuels qui constituent des enjeux majeurs à la prestation de soins de qualité notamment, la lourdeur des tâches des professionnels et la nécessité d'intervenir en collaboration avec les autres membres de l'équipe interdisciplinaire alors que les professionnels sont souvent mal préparés à ce mode d'organisation du travail (Bakker, Fitch, Green, Butler, & Olson, 2006; D'Amour, 1997, 2002; Haward et al., 2003; Oandasan et al., 2006). Dans un contexte où la marge de manœuvre quant aux ressources est de plus en plus étroite, tout changement mandaté par une instance extérieure aux milieux de pratique doit viser une meilleure réponse aux besoins des patients tout en tenant compte de l'attraction et de la rétention des soignants hautement

qualifiés (Catt, Fallowfield, Jenkins, Langridge, & Cox, 2005; Grunfeld et al., 2000; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004b).

Ces constats montrent que l'amélioration de la capacité de répondre aux besoins des personnes atteintes de cancer est une entreprise complexe et délicate. Elle demande des stratégies de renouvellement visant les pratiques professionnelles centrées sur les besoins globaux de la personne et une organisation du travail mieux coordonnée. Une des solutions pour atteindre cet objectif est l'introduction de nouvelles fonctions de navigation dans la structure de l'offre de services en cancer (Doll et al., 2005; Farber, Deschamps, & Cameron, 2002; Fillion et al., 2006; Sussman, Howell, O'Brien, & Whelan, 2004).


L'introduction d'une nouvelle fonction dans l'organisation des services

Bien qu'il n'existe pas de consensus quant à la nature de ces fonctions de navigation, elles se répandent de plus en plus dans les différents milieux. Elles représentent une des stratégies majeures pour répondre aux besoins non comblés par l'organisation traditionnelle des services. Elles peuvent ainsi être considérées comme une innovation organisationnelle en marge de devenir un passage obligé pour optimiser le parcours thérapeutique des personnes atteintes de cancer. Une innovation organisationnelle vise à introduire quelque chose de

nouveau dans une organisation afin d'en améliorer sa performance (Hage, 1999).


Les écrits permettent d'identifier trois différents modèles de navigation, soit le modèle communautaire, le modèle professionnel de contact et le modèle professionnel de coordination. Le modèle communautaire recourt à des personnes de la communauté souvent elles-mêmes touchées par la maladie. Elles sont formées pour accompagner et aider les personnes à établir et maintenir des liens avec les dispensateurs de services (Freeman, Muth, & Kerner, 1995; Freeman, 2006; Steinberg et al., 2006; Till, 2003). Dans le modèle professionnel de contact, la fonction peut être occupée par un médecin généraliste ou une infirmière qui assure un suivi clinique et la coordination des soins durant les épisodes plus critiques de la maladie (Dohan & Schrag, 2005; Doll et al., 2005). Le modèle professionnel de coordination se différencie par la continuité relationnelle établie entre un professionnel désigné et chaque patient tout au long du parcours thérapeutique. Ce sont le plus souvent des infirmières qui assument cette fonction et l'emphase est mise sur la globalité de l'approche, le soutien et l'autonomisation (Cancer Care Nova Scotia, 2006; de Serres & Beauchesne, 2000; Farber, Deschamps, & Cameron, 2002; Sussman, Howell, O'Brien, & Whelan, 2004).

Au Québec, ce sont les infirmières qui sont mandatées pour aider à la navigation et la fonction est couramment appelée infirmière pivot en oncologie



(Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004b). L'infirmière pivot en oncologie (IPO) est l'un des concepts clés du *Programme québécois de lutte contre le cancer*. Cette infirmière s'assure que les personnes atteintes ont accès à des services en temps opportun et que l'on réponde à leurs besoins en tenant compte autant des aspects liés au soutien psychosocial qu'à ceux portant sur le traitement médical. Au 31 mars 2006, le Québec comptait 113 IPO réparties dans toute la province et ce nombre devrait passer à environ 300 au cours des cinq prochaines années (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006, 2007).

La fonction d'IPO intègre deux dimensions interdépendantes, soit les pratiques professionnelles des infirmières et la coordination des soins. Le tout vise à assurer la continuité des interventions entre les différents professionnels et milieux de soins (de Serres & Beauchesne, 2000). Les pratiques s'articulent autour de quatre groupes d'activités, soit : 1) l'évaluation, la surveillance de l'état de santé et la gestion des symptômes, 2) l'information sur la maladie et son traitement, l'enseignement des auto soins et l'éducation à la santé, 3) le soutien compassionnel au patient et à ses proches et 4) la coordination de l'ensemble des soins requis par la personne tout au long de son parcours thérapeutique (de Serres & Beauchesne, 2000; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997, 2003, 2004b). Par ces interventions, l'IPO crée une interface entre la clinique et l'organisation des services et sert de point



d'ancrage autant pour les personnes touchées par la maladie que pour les professionnels de la santé intervenant auprès du patient.

Le défi de l'IPO est de s'intégrer aux équipes interdisciplinaires d'oncologie déjà en place et de développer des liens de collaboration avec les nombreux professionnels impliqués dans les soins (oncologues, infirmières, intervenants psychosociaux, nutritionnistes). Les études qui se sont penchées sur l'implantation des fonctions de navigation montrent que la mise en oeuvre serait entravée par divers facteurs contextuels notamment, la lourdeur de la charge de travail, la réticence de certains médecins à référer leurs patients à l'IPO (Farber, Deschamps, & Cameron, 2002), les conflits autour du partage des zones communes d'intervention avec les autres professionnels (Comtois & al, 2003; Dohan & Schrag, 2005; Farber, Deschamps, & Cameron, 2002) et la limite des ressources financières et professionnelles disponibles (Comtois & al, 2003).

Certaines études rapportent que le succès de l'implantation repose sur un ensemble de facteurs interdépendants dont : la formation et le soutien des IPO par des experts cliniques, l'appui des gestionnaires et des équipes de direction, la présence de leaders, la préparation du terrain avant l'implantation, la clarification du rôle et le respect des dynamiques locales (Fillion et al., 2006; Roberge et al., 2004). Fillion et ses collaborateurs ont observé que « *la représentation du rôle évolue d'une perspective théorique, provenant des*

séances d'information, vers une représentation factuelle, dépendante des interactions avec l'IPO sur le terrain. » (Fillion et al, 2006, p. 9). Ces constats montrent que même si la fonction est définie de manière normative, elle se transforme à mesure qu'elle s'actualise dans la pratique en fonction de divers facteurs contextuels. Par contre, il y a peu de données sur ce processus d'adaptation de la fonction dans les différents milieux.

Les rares études qui ont évalué les effets des modèles professionnels de navigation rapportent des résultats positifs pour les patients dont : une meilleure adaptation à la maladie pour les patients (Fillion et al., 2006; Sussman, Howell, O'Brien, & Whelan, 2004), une meilleure qualité de vie (Fillion, 2005), une satisfaction de la clientèle plus élevée (Corporate Research Associates, 2004; Doll et al., 2005; Fillion, 2005) ainsi qu'une meilleure réponse aux besoins psychosociaux et d'information (Sussman, Howell, O'Brien, & Whelan, 2004). Bien que ces résultats offrent des arguments en faveur de la diffusion de cette innovation, les connaissances actuelles ne permettent pas d'identifier clairement les conditions les plus propices au déploiement de la fonction d'IPO ni de mettre en évidence ses effets sur la capacité des services en cancer à répondre aux besoins des personnes touchées par la maladie.

De l'innovation au changement

L'introduction de la fonction d'IPO constitue un moyen de produire du changement dans l'offre de services en cancer. Pour que l'innovation s'avère structurante, il faut gérer un processus de changement complexe qui touche les pratiques des individus et l'environnement de soins. Les études qui se sont intéressées à l'introduction de nouveaux rôles dans les milieux de soins montrent que le changement sous-tendu par ces innovations est susceptible d'interférer avec la perception qu'ont les professionnels de leurs propres rôles, de leurs pratiques et de celles des autres (Ferlie, Fitzgerald, Wood, & Hawkins, 2005; Jones, 2005; Reay, Golden-Biddle, & Germann, 2006; Willard & Luker, 2007). La redivision du travail serait le principal obstacle à la diffusion des innovations dans les milieux professionnels. Il est clair que les professionnels n'acceptent pas passivement de changer leurs façons de faire surtout lorsque le changement est mandaté par une instance extérieure à la communauté de pratique. Les professionnels vont accepter de changer leurs pratiques seulement s'ils sont convaincus d'un bénéfice pour les patients et si l'innovation cadre avec leurs valeurs et leurs intérêts.

La remise en question des pratiques professionnelles fortement institutionnalisées oblige à renégocier les mécanismes de régulation des frontières entre les juridictions professionnelles et les zones d'interventions partagées (Denis, Lamothe, Langley, & Valette, 1999; Kaluzny & Warnecke,

2000; Scott, 1990). Un double défi se pose puisque la coordination des services, sous-tendue par la fonction d'IPO, oblige à revoir les mécanismes d'interactions entre les établissements de santé et les paliers décisionnels pour contrer les problèmes de fragmentation des services (Alter & Hage, 1993; Huerta, Casebeer, & Vanderplaat, 2006).

Ce travail aux frontières interprofessionnelles et inter organisationnelles met en mouvement tout un réseau d'acteurs ayant des schèmes cognitifs, des valeurs et des intérêts multiples et souvent contradictoires. Dans un tel contexte, les acteurs tentent d'adapter les pratiques à l'innovation, l'innovation aux pratiques ou les deux (Denis, Hébert, Langley, Lozeau, & Trottier, 2002; Lozeau, Langley, & Denis, 2002). Ce sont les microprocessus de changement des pratiques générés par les individus qui peuvent expliquer la réponse organisationnelle à l'innovation et en conséquence, son effet sur leur performance. Une meilleure compréhension de l'innovation en action exige donc de s'attarder aux interactions entre les acteurs et aux interactions entre ces derniers et leur organisation (Fitzgerald, Ferlie, Wood, & Hawkins, 2002).

Afin d'identifier les facteurs à partir desquels les acteurs hétérogènes peuvent se retrouver en situation de convergence ou de divergence autour d'un projet tel que l'introduction de la fonction d'IPO, il faut compter sur des outils conceptuels et méthodologiques appropriés (Amblard, Bernoux, Herreros, & Livian, 2005). Le modèle de traduction de l'innovation expliqué par la théorie

de l'acteur-réseau (TAR) apparaît utile pour décrire et expliquer comment la fonction d'IPO se traduit dans les pratiques et atteint la finalité poursuivie par sa mise en œuvre.

La TAR est particulièrement bien adaptée pour faire face à la complexité d'innover dans les milieux pluralistes tels que les systèmes de santé (Denis, Langley, & Rouleau, 2007). La traduction permet de faire face à la complexité du changement de l'offre de services de santé en conceptualisant la fonction d'IPO et son milieu de mise en œuvre comme des réseaux qui se co-construisent à travers le temps au fur et à mesure que les acteurs se mobilisent autour d'un projet commun (Akrich, Callon, & Latour, 2002a).

L'interdépendance entre la fonction d'IPO et les milieux cliniques locaux exige de concevoir cette innovation et le réseau d'acteurs qui la supporte comme des éléments mutuellement constitutifs. Cette interaction peut être abordée en se basant sur la théorie de l'acteur-réseau (TAR). Cette théorie soutient l'idée que le passage d'une idée novatrice dans l'action est influencé par les dynamiques entre les acteurs concernés par celle-ci, leurs intérêts, leurs enjeux et leur degré de convergence. Pour atteindre sa finalité, l'innovation doit être adaptée au contexte local et produire un changement des pratiques de tout un réseau d'acteurs directement ou indirectement concernés par celle-ci (Latour, 1989).

Il est logique de considérer l'IPO comme un élément structurant d'une offre de services mieux coordonnés et intégrés (Canadian Strategy for Cancer Control, 2002). La fonction d'IPO a le potentiel de devenir une pratique organisationnelle exemplaire dans les services de lutte contre le cancer. Toutefois, pour en arriver là, il faut démontrer sa valeur ajoutée pour les patients et le système de santé à partir de données probantes. Il est aussi nécessaire d'identifier comment des résultats optimaux observés dans certains milieux peuvent être reproductibles compte tenu de la singularité des contextes organisationnels. Cette étude est d'autant plus importante puisqu'il est reconnu que les innovations organisationnelles sont difficilement adoptées par les milieux d'oncologie (Sullivan, Dobrow, Thompson, & Hudson, 2004) et que même si beaucoup d'innovations voient le jour dans l'organisation des services de santé, peu d'entre elles arrivent à se traduire par des changements concrets dans les pratiques (Hutchison, Abelson, & Lavis, 2001).

Les efforts actuels à l'échelle du Québec pour introduire la fonction d'IPO offrent une opportunité unique de mieux comprendre et de produire des données probantes sur les processus impliqués dans le passage des idées novatrices dans les pratiques cliniques en cancer en vue de produire un changement durable de l'offre de services. Il importe donc d'établir pourquoi, comment et dans quel contexte la fonction d'IPO constitue une valeur ajoutée pour optimiser le parcours thérapeutique des patients.

Le but et les objectifs de l'étude

Le but de cette étude est de mieux comprendre comment la fonction d'IPO, abordée comme une innovation, se traduit concrètement dans les pratiques professionnelles de réseau en cancer.

Plus spécifiquement, les objectifs sont de :

1. Décrire le processus de traduction de la fonction d'IPO dans les pratiques
2. Identifier les conditions organisationnelles qui expliquent des variations de ce processus de traduction
3. Évaluer les effets de différents modes de traduction de la fonction d'IPO sur la réactivité des services en cancer.

Chapitre 2 : La recension des écrits

Ce deuxième chapitre présente la recension des écrits. Il expose l'état des connaissances sur lesquelles s'appuie cette étude. Compte tenu que la fonction d'IPO se présente comme une des solutions novatrices pour améliorer les problèmes identifiés dans l'offre de services en cancer, l'innovation et le changement constituent les pierres d'assise de la présente thèse. Dans un premier temps, le concept d'innovation est défini et les différentes approches théoriques pour l'aborder sont présentées. L'emphase est mise sur la théorie de l'acteur-réseau (TAR) puisqu'elle est utilisée comme guide pour explorer et expliquer l'innovation en pratique tout au long de l'étude. Dans un deuxième temps, les défis d'innover dans les services de santé et de changer les pratiques professionnelles sont exposés de manière générale et plus spécifiquement en lien avec la fonction d'IPO et ses effets attendus sur la réactivité des services en cancer. En guise de synthèse, le modèle conceptuel sur la traduction des innovations dans les milieux cliniques élaboré pour guider l'analyse du cas est illustré.

L'innovation : un processus socialement construit

La définition de l'innovation

L'innovation est un concept équivoque qui rend compte de réalités différentes dépendamment de la perspective de ceux qui s'y intéressent et l'étudient (Cloutier, 2003; Osborne, 1998). Les multiples significations

rattachées à la notion d'innovation, les diverses typologies proposées pour la caractériser et les différentes approches pour l'étudier montrent la difficulté de concevoir une définition précise et universelle de ce concept (Van de Ven, Angle, & Poole, 2000).

Simplement, innover veut dire introduire quelque chose de nouveau, généré à l'extérieur ou à l'intérieur d'une organisation, dont l'aspect de nouveauté est relatif selon l'unité d'adoption (Rogers, 2003). Il peut s'agir d'une connaissance, d'une technologie, d'un produit, d'une politique ou d'un processus. Dans le domaine clinique, l'innovation est une réponse à une insatisfaction en regard des processus de soins ou de la performance des systèmes de santé (Savitz & Kaluzny, 2000; Smith & Kaluzny, 1986). La nécessité d'un gain d'efficacité représente un des principaux moteurs de l'innovation et ce, tant dans les domaines industriels, financiers que des services de santé (Greenhalgh, Robert, Macfarlane, Bate, & Kyriakidou, 2004; Kanter, 2006; Van de Ven, Angle, & Poole, 2000).

Il ne suffit pas qu'une chose soit nouvelle pour qu'elle puisse être qualifiée d'innovation. Elle doit nécessairement trouver preneur au niveau des institutions, des organisations ou des communautés (Bouchard & (GTIS), 1999) et s'accompagner d'un changement qui est nouveau pour l'organisation. Cette appropriation d'un comportement nouveau est l'un des principaux défis de l'innovation au moment de sa mise en œuvre. Plusieurs auteurs conviennent de

la complexité de cette mise en œuvre et sont unanimes sur la difficulté de produire du changement durable dans les organisations (Aiken & Hage, 1971; Damanpour, 1991; Zammato & O'Connor, 1992).

Il est difficile de situer la frontière entre l'innovation et le changement. Hernandez et Kaluzny (2000) avancent que la différenciation se situerait davantage dans les yeux de celui qui adopte l'innovation qu'à partir de critères selon lesquels on pourrait qualifier un changement d'assez nouveau pour être formellement associé à une innovation. L'innovation vise à régler une situation A en introduisant une solution pour l'amener à une situation B jamais totalement connue alors que le changement oppose A et B pour en déterminer les différences (Alter, 2000).

Bien qu'il semble utile de différencier ces deux notions sur le plan conceptuel, certains auteurs les considèrent comme des variations sur un même thème pouvant être étudiées sans distinction au niveau de leurs déterminants (Van de Ven, Angle, & Poole, 2000). Dans la présente étude, la fonction d'IPO (l'innovation) introduit un élément nouveau dans l'organisation des services en cancer alors que le changement est la résultante du processus de transformation des pratiques des individus au niveau micro et en bout de ligne, de l'offre de services en cancer au niveau macro.

L'innovation, contrairement à l'invention, comporte nécessairement un aspect appliqué qui dépasse son noyau d'incubation conceptuelle (Mohr, 1982). L'innovation suppose nécessairement un processus de mise en œuvre aboutissant à une utilisation effective par de nombreux acteurs (Anderson, De Dreu, & Nijstad, 2004) alors que l'invention peut être le fait d'un individu solitaire dont le projet ne sera pas nécessairement diffusé (Shumpeter, 1935). À ce titre, l'innovation est considérée comme un projet socialement construit à travers le temps. Cette conception de l'innovation introduit la notion de temporalité et d'action collective.

L'innovation est un processus évolutif et séquentiel abordé par plusieurs auteurs selon une perspective développementale (Callon, 1986b; Poole & Van de Ven, 2004; Rogers, 2003). Bien que le nombre de stades et la terminologie varient selon les auteurs, il est possible de faire ressortir trois principaux stades, soit : 1) la décision autour de l'adoption d'une innovation pour résoudre un problème précis, 2) la mise en œuvre s'illustrant par la modification de l'innovation pour qu'elle cadre avec l'organisation en même temps que sont modifiées les structures pour faciliter le changement et 3) l'institutionnalisation où l'innovation perd son identité de nouveauté et devient un fait que l'on ne remet plus en question, du moins pour un certain temps. L'innovation en action est donc étroitement liée à l'incertitude de la réponse des acteurs (individus et institutions) à chacun des stades. Bien que le parcours de l'innovation ne soit pas linéaire, la résolution des problèmes liés à sa mise en œuvre est essentielle

afin que l'innovation atteigne son objectif (Pettigrew, Ferlie, & McKee, 1992; Poole, 2004; Wolfe, 1994).

Dans cette étude, l'innovation est donc définie comme un processus évolutif d'action collective construite à travers le temps. L'analyse se concentre sur les processus de développement qui permettent à une idée novatrice de s'actualiser dans la pratique et de devenir un fait que l'on prend pour acquis. Le changement est considéré comme le résultat de la mise en œuvre de l'innovation. Pour pousser plus loin cette conceptualisation, il est utile d'établir une distinction entre les différents types d'innovation.

Les typologies de l'innovation

Plusieurs auteurs ont voulu mieux cerner les caractéristiques essentielles de l'innovation en développant des typologies. Différentes caractéristiques tantôt interchangeables, tantôt distinctives, donnent lieu à de multiples définitions des innovations (Downs & Mohr, 1976; Salavou, 2004) en fonction de leur objet initial (innovations organisationnelles, technologiques, scientifiques) ou du milieu dans lequel elles sont déployées (Kimberley & Evanisko, 1981), de leur état plus ou moins planifié dans l'organisation (Knight, 1967), du degré plus ou moins grand de radicalité des changements qu'elles entraînent (Abernathy & Utterback, 1978; Damanpour, 1991; Nord & Tucker, 1987). Certains auteurs caractérisent l'innovation selon deux

dimensions du changement, soit son importance aux yeux des utilisateurs et son rythme d'implantation (Greenwood, Hinings, & Brown, 1990). Il est aussi possible de caractériser l'innovation selon les stratégies de mise en œuvre utilisées, soit selon un modèle hiérarchique descendant « *top-down* » ou selon le modèle participatif émergeant « *bottom-up* » (Ham, 2003). Bien que ces typologies soient utiles pour réfléchir aux processus de mise en œuvre des innovations (Poole, Van de Ven, Dooley, & Holmes, 2000), elles ont une portée explicative limitée étant donné la complexité d'innover dans les organisations et de l'unicité des contextes (Champagne, 2002).

Par exemple, une innovation radicale fait référence à un changement majeur des processus ou des produits d'une organisation alors qu'une innovation incrémentale produit un changement progressif qui s'intègre aux activités déjà en place. Certains auteurs suggèrent que l'implantation graduelle d'une innovation radicale serait plus à même de produire un changement durable dans des organisations complexes (Denis, Hébert, Langley, Lozeau, & Trottier, 2002; Hutchison, Abelson, & Lavis, 2001; Reay, Golden-Biddle, & Germann, 2006). D'autres prétendent au contraire, que seules les approches révolutionnaires peuvent produire de véritables changements (Gersiek, 1991) alors que d'autres encore, préconisent d'alterner des séquences de changements radicaux à des périodes de changements graduels (Abrahamson & Fairchild, 1999). Il est utile de retenir que différents types d'innovations et différents types d'approches peuvent convenir à différents contextes à un moment donné.

La quête d'une recette magique prometteuse d'arriver au changement souhaité à tout coup est illusoire (Dopson, Fitzgerald, Ferlie, Gabbay, & Locock, 2002; Oxman, Thomson, Davis, & Haynes, 1995). Dans la présente étude, la fonction d'IPO est une nouvelle fonction professionnelle introduite dans la structure de l'offre de services en cancer. Elle est ainsi considérée comme une innovation organisationnelle qui s'implante graduellement dans les différents milieux. Il apparaît donc utile d'approfondir les aspects spécifiques liés à l'innovation organisationnelle dans les milieux cliniques.

L'innovation organisationnelle est définie comme l'adoption d'une idée ou d'un comportement qui est nouveau dans l'organisation (Hage, 1999). Ce type d'innovation peut inclure de nouvelles pratiques de gestion (Kimberley & Evanisko, 1981), de nouvelles procédures administratives (Daft, 1982) ou de nouvelles structures (Burns & Stalker, 1961; Hage, 1999; Hernandez & Kaluzny, 2000; Shortell, Gillies, & Anderson, 2000). Le travail en équipes interprofessionnelles, les réseaux intégrés de services et l'introduction de nouveaux rôles professionnels dans la structure de l'offre de services sont tous des exemples typiques d'innovations organisationnelles.

Une des spécificités des innovations organisationnelles relève du fait qu'elles ne peuvent être définies que dans leurs grandes lignes et elles sont par la suite, adaptées à l'organisation locale au moment de leur mise en œuvre (Alange, Jacobsson, & Jarnehammar, 1998). Ce processus de contextualisation

interne fera en sorte qu'il y aura toujours un écart entre l'idée novatrice de départ et l'innovation en action, principalement lorsque l'innovation est imposée de l'extérieur des milieux ou des communautés de pratique (Ferlie, Fitzgerald, Wood, & Hawkins, 2005; Marcus, 1988). Il est impossible de prédire le comportement des acteurs invités à changer leur pratique toutefois, il est clair que l'adaptation de ce type d'innovation aux pratiques locales est un incontournable pour qu'elles deviennent pérennes.

Cet écart entre une idée novatrice et l'innovation en action pourrait s'expliquer par la cohabitation de deux processus organisationnels, soit la structuration et l'institutionnalisation (Barley & Tolbert, 1997; Castel & Friedberg, 2004; Seo & Creed, 2002). La structuration permet d'établir un lien d'interdépendance inextricable entre la structure organisationnelle et l'action des individus (structure/action) démontrant le caractère interactif des dispositifs de régulation et des pratiques. Ainsi, une modification de la structure visant, par exemple, une meilleure coordination du travail entre les professionnels ne peut atteindre sa finalité sans un changement des pratiques des individus qui ont une responsabilité partagée de l'offre de services.

L'institutionnalisation permet quant à elle d'expliquer comment l'environnement institutionnel (associations professionnelles, système de valeurs, cadres législatifs, système bureaucratique) agit comme une contrainte sur les pratiques des acteurs (DiMaggio & Powell, 1983) limitant ainsi la

possibilité de transformer les pratiques. En présence d'une insatisfaction à l'égard de la performance organisationnelle, l'institutionnalisation et la structuration s'inscrivent comme des logiques différentes que l'on tente de réconcilier.

Concrètement, il faut que les nouveaux modes d'organisation qui visent principalement les structures organisationnelles de niveau intermédiaire s'alignent de manière cohérente avec les pratiques individuelles autonomes au niveau microscopique ainsi qu'avec les éléments de l'environnement institutionnel plus vaste de niveau macroscopique (Contandriopoulos, Denis, Rodriguez, & Touati, 2003). Il s'agit de permettre aux différents niveaux du système de santé de s'emboîter les uns dans les autres, un peu à la manière de poupées russes. La structure/action autour de l'innovation permet l'expérimentation des nouvelles pratiques qui, si elles deviennent des routines que l'on prend pour acquis, deviendront institutionnalisées.

L'innovation au niveau structurel doit s'accompagner, à un moment ou un autre de son processus, d'un changement au niveau de la gouverne et des pratiques cliniques. Ce changement se fera par le truchement de stratégies formelles et informelles. Par exemple, les stratégies formelles peuvent être l'adoption de nouvelles règles écrites, des modalités de fonctionnement, des standards de pratique et par l'intermédiaire de canaux informels (savoirs tacites, intérêts, motivations individuelles) permettant la construction de significations

partagées (Alange, Jacobsson, & Jarnehammar, 1998; Ferlie & Pettigrew, 1996; Ring & Van de Ven, 1994).

L'innovation organisationnelle dans les milieux cliniques

L'innovation organisationnelle dans les milieux cliniques est confrontée aux enjeux de la professionnalisation. Ces milieux s'apparentent à des bureaucraties professionnelles complexes caractérisées par des motivations individuelles multiples et des microcultures organisées autour de communautés de pratique (Denis, Langley, & Rouleau, 2007; Glouberman & Mintzberg, 2001a; Mintzberg, 1980). Ils sont vus comme des organisations pluralistes où l'ordre se négocie sur et dans la pratique davantage qu'il ne s'impose. Pour illustrer cette complexité, Smith et Kaluzny (1986) utilisent la métaphore d'un « *labyrinthe blanc* » où s'affrontent différentes idéologies conflictuelles et une distribution fluide du pouvoir alors que d'autres parlent d'« *anarchies organisées* » (Denis, Langley, & Cazale, 1995).

Il est reconnu depuis longtemps que le Québec n'échappe pas à la difficulté d'innover dans les organisations de santé. À la fin des années 80, la commission Rochon, stipulait que « *tout se passe comme si le système était devenu prisonnier des innombrables groupes d'intérêts qui le traversent... que seule la loi du plus fort opérait... que le bien commun avait été oublié au profit des intérêts propres à ces divers groupes* » (Commission d'enquête sur les

services de santé et les services sociaux, 1988). Plus récemment, une nouvelle commission d'enquête observe que la structure de l'offre de services de santé au Québec reflète la réalité des années 1970. On valorise trop la pratique professionnelle individuelle, l'autonomie des établissements de santé et une perspective générale fondée sur des « silos » où chaque élément du système pouvant fonctionner indépendamment des autres (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux [ou Commission Clair], 2000).


Ces constats rejoignent les écrits autour des enjeux de la professionnalisation (Freidson, 1970a, 1970b, 1985, 2001). Les systèmes professionnels y sont décrits comme des systèmes sociaux fondés sur un savoir étendu et des compétences particulières conférant pouvoir et prestige à ceux qui les possèdent. Les professionnels occupent un territoire d'intervention défini en fonction de leur expertise. Ils contrôlent de manière formelle et informelle leur espace de travail, les problèmes sur lesquels ils interviennent et la façon de dispenser les services dans leur spécialité. Les dynamiques entre les groupes professionnels s'inscrivent dans des jeux de pouvoir, de contrôle et d'autorité. Selon une telle logique, il s'ensuit dans les milieux de soins des relations souvent fondées sur la compétition plutôt que sur la collaboration.

Pour contrer les effets de cette logique de professionnalisation porteuse de fonctionnement en silos et de fragmentation des services, la coordination et l'intégration des soins et des services se retrouvent de manière explicite et

implicite dans la majorité des réformes des systèmes de santé tant au Canada qu'ailleurs dans le monde (Bolland & Wilson, 1994; Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux [ou Commission Clair], 2000; Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002; Shortell, Gillies, & Anderson, 2000). La coordination vise à développer suffisamment de cohérence entre les pratiques professionnelles autonomes pour permettre une action collective concertée.

Les professionnels tentent de créer un certain équilibre dans un contexte où l'interdépendance nécessaire à la réponse aux besoins des patients ayant des besoins multiples confronte les territoires de pratique trop étroits. En dépit d'une logique de professionnalisation qui ne favorise pas la réussite de la convergence des significations entre les différents professionnels, certains auteurs montrent que la collaboration est possible dans les milieux professionnels (D'Amour, 1997; D'Amour, Goulet, Pineault, Labadie, & Remondin, 2003; San Martin Rodriguez, 2007; Sicotte, D'Amour, & Moreault, 2002).


Les études de D'Amour montrent que la fragmentation des soins résulte de la tendance des professionnels et des organisations à protéger leur espace d'intervention, ce qui nuit à la collaboration. Toutefois, la présence d'un leadership et d'un soutien au niveau administratif ainsi que la formalisation des règles et des procédures sont des déterminants de la collaboration. Dans le



même ordre d'idées, l'adhésion à une logique de collaboration plutôt qu'à une logique de professionnalisation encourage les pratiques collaboratives. Une meilleure collaboration dans les équipes de soins est associée à une meilleure qualité de soins.

La coordination : un mécanisme intégrateur

La coordination peut être définie comme un mécanisme intentionnel visant à articuler et synchroniser les éléments d'un système de dispensation de services de manière à maximiser l'intégration, l'accessibilité et la compatibilité de ces éléments dans l'atteinte d'un objectif déterminé, soit la réponse aux besoins évolutifs des utilisateurs de services (Alter & Hage, 1993; Evashwick, 1989; Longest & Klingensmith, 1994). Selon la perspective des utilisateurs de services, la coordination des soins est une activité importante de la dispensation des services parce qu'elle permet une transition réussie entre les différents milieux de soins et le retour harmonieux dans le milieu de vie (Harrison & Verhoef, 2002). Alter et Hage (1993) décrivent deux façons différentes d'aborder la coordination selon la finalité poursuivie : un moyen pour assurer la performance organisationnelle et une pratique de collaboration. Dans ce dernier cas, la coordination est décrite comme la qualité des relations collaboratives entre les acteurs se traduisant dans leurs attitudes et leurs actions.



Divers mécanismes de coordination sont utilisés pour coordonner les activités des multiples professionnels. Ces mécanismes peuvent être de nature instrumentale (suivis systématiques, plans de services interdisciplinaires, protocoles cliniques, corridors de services inter établissements, dossiers informatisés) ou des mécanismes visant à favoriser la communication (intervenant pivot, travail en équipe interprofessionnelle, réseaux intégrés de services). Bien qu'en principe ces mécanismes de coordination des soins soient porteurs d'effets positifs sur la qualité des soins (Kautz, Gittel, Weinberg, Lusenhop, & Wright, 2007), des analyses transversales de plusieurs études ne permettent pas de généraliser ce constat à la coordination au niveau inter organisationnel (Ouwens, Wollersheim, Hermens, Hulscher, & Grol, 2005; S. Smith, Allwright, & O'Dowd, 2007). Cockrill et ses collaborateurs précisent par ailleurs qu'il y a peu d'études sur l'effet des soins coordonnés dans des réseaux en partie en raison du manque d'instruments appropriés (Cockerill et al., 2006).

Compte tenu de ce qui précède, la fonction d'IPO sera abordée comme une innovation professionnelle et organisationnelle. L'aspect professionnel sous-tend des changements au niveau des pratiques des individus alors que l'aspect organisationnel entraîne des modifications au niveau de l'organisation locale. L'introduction de cette innovation est complexe parce qu'elle incite à revoir les interactions entre les individus, les groupes, les professions et les établissements. Elle touche à tout un ensemble d'éléments inter reliés et

indissociables qui auront un effet déterminant sur son déploiement et en conséquence, sur ses retombées.

Les déterminants de l'innovation

L'investigation de la mise en œuvre d'une innovation doit tenir compte à la fois d'un ensemble de caractéristiques structurelles et de processus qui déterminent le parcours de l'innovation (Langley, 1999; Poole, Van de Ven, Dooley, & Holmes, 2000). Les écrits sur les déterminants de l'innovation sont abondants, il n'y a pas de consensus sur les facteurs qui favorisent ou entravent le processus d'évolution de l'innovation. Plusieurs auteurs ont identifié ces déterminants et leur effet potentiel sur le rythme de diffusion de l'innovation dans les organisations (Damanpour, 1991; Hage, 1999; Kimberley & Evanisko, 1981; Rogers, 2003).

Plus spécifiquement, une revue systématique de 500 articles réalisée par Greenhalgh et ses collaborateurs (2005) sur les innovations dans les services de santé montre la multiplicité des facteurs qui interviennent dans la diffusion des innovations des services de santé. Ces auteurs ont regroupé les facteurs contextuels précédant l'innovation qui ont une influence sur son déploiement ultérieur, soit les caractéristiques structurelles, la capacité d'intégrer de nouveaux apprentissages et la gestion du changement lié à l'innovation. En

s'inspirant de ce regroupement, la prochaine partie décrit les facteurs contextuels de manière plus détaillée.

Les caractéristiques structurelles

Le succès de la mise en œuvre des innovations serait influencé par une série de caractéristiques structurelles dont, l'adéquation entre l'innovation et les valeurs organisationnelles (Gustafson et al., 2003; Klein & Sorra, 1996; Rogers, 2003), l'octroi de ressources dédiées (Gustafson et al., 2003; Lasker & Weiss, 2003; Roberge et al., 2004) et la marge de manœuvre appropriée sur le plan des ressources (Nohria & Gulti, 1995; Van de Ven, Angle, & Poole, 2000).

Les travaux précurseurs de Burns et Salkner (1961) ont aussi démontré qu'une structure organique, c'est-à-dire peu formalisée, décentralisée, flexible et participative, permettait aux organisations de s'approprier plus facilement l'innovation. À ce titre, l'innovation serait favorisée dans les organisations en réseau virtuel parce qu'elles sont moins hiérarchisées et ont des frontières plus perméables (De Sanctis & Monge, 1998).

Ayant analysé plus de 5000 études sur l'innovation, Rogers (2003) constate que la centralisation et la formalisation auraient un effet négatif sur l'innovation organisationnelle alors que dans les organisations de plus grande taille, la marge de manœuvre suffisante dans les ressources et la complexité en

terme de savoir et d'expertise auraient des effets positifs. Les effets de ces facteurs peuvent toutefois varier dépendamment du stade de l'innovation.

Une des caractéristiques structurelles qui pose un défi de taille est la complexité de la division des tâches en terme de spécialisation, de professionnalisation et de différenciation (Damanpour, 1991; Hage, 1999). Traditionnellement, la complexité de la division du travail professionnel était considérée comme un élément favorisant une plus grande flexibilité vis-à-vis les changements dans l'environnement de travail. Toutefois, des études récentes démontrent que la division du travail dans les milieux multi professionnels peut être une contrainte au changement et par conséquent, contribuer à la non diffusion des innovations (Ferlie, Fitzgerald, Wood, & Hawkins, 2005; Kanter, 2006).

De manière complémentaire, la planification de stratégies formelles de mise en œuvre de l'innovation telles que les programmes de formation, le soutien aux utilisateurs, le temps accordé pour mettre en œuvre et s'approprier l'innovation, l'appui de la direction ainsi que les mesures incitatives disponibles sont des facteurs structurels qui agissent en faveur de la mise en œuvre des innovations (Contandriopoulos, 2003; Klein & Sorra, 1996).

La capacité à intégrer de nouveaux apprentissages

La capacité à intégrer de nouvelles manières de faire dans les organisations s'apparente à un processus d'apprentissage (Argyris, 1987). Un contexte favorable à l'apprentissage encourage la responsabilité, l'initiative et la création d'espaces de dialogues et d'échanges. Il s'agit en fait d'apprendre à discuter ouvertement des controverses auxquelles sont confrontées les personnes et de définir collectivement des pistes visant à résoudre les difficultés (Tjosvold & MacPherson, 1996). Selon cette perspective, la mise en œuvre de l'innovation se présente comme un processus émergent d'expérimentations où l'apprentissage permet les ajustements à travers le temps. Les connaissances générées tant par les succès que les erreurs lors de l'expérimentation permettent d'augmenter la prévisibilité, et parallèlement, de diminuer l'incertitude, en vue d'institutionnaliser l'innovation (Dagenais & Desbiens, 2005).

Ferlie et ses collaborateurs (2005) ont démontré que si les communautés de pratique sont des lieux d'apprentissage et de changement, elles ont tendance à bloquer les initiatives d'innovation provenant de l'extérieur de la communauté (Ferlie, Fitzgerald, Wood, & Hawkins, 2005). Ces auteurs ajoutent que l'innovation imposée selon un modèle « de haut en bas » aurait comme effet de cristalliser les divisions du travail existantes entre les professionnels plutôt qu'à les changer. Richer (2007) a étudié les dynamiques d'innovation émergentes façonnées par les professionnels impliqués dans l'offre de services en cancer.

Elle démontre que l'innovation ne peut s'accommoder de la seule volonté des dispensateurs de services à changer leurs pratiques à travers un processus innovant. L'implication des gestionnaires est un aspect important de la concrétisation des idées mises de l'avant au point de service (Richer, 2007). Idéalement, la mise en œuvre de projets novateurs devrait reposer sur la cohabitation des actions émergentes au niveau local et d'actions plus hiérarchisées et centralisées (Denis, Hébert, Langley, Lozeau, & Trottier, 2002; Touati et al., 2006)

La gestion du changement lié à l'innovation


Selon la conceptualisation de Greenhalgh et ses collaborateurs (2005), la capacité de gérer le changement réfère notamment au leadership et aux pratiques de gouverne. La question du leadership dans la mise en œuvre des innovations et du changement a été soulevée dans plusieurs études. Deux types de leadership peuvent être considérés, soit le leadership d'un leader d'opinion local et le leadership collectif.

La présence d'un leader d'opinion ayant une attitude positive face à l'innovation contribue au succès de l'innovation dans les organisations (Rogers, 2003). Des revues systématiques des écrits sur la diffusion des données probantes, (une forme d'innovation) dans les pratiques professionnelles concluent que la présence d'un leader d'opinion local peut favoriser le transfert

des données probantes dans les pratiques (Dopson, Fitzgerald, Ferlie, Gabbay, & Locock, 2002; Doumit, Gattellari, Grimshaw, & O'Brien, 2007). Dans la même veine, une étude portant sur 40 projets d'adaptation des services de santé au Québec montre qu'un leader, reconnu pour sa compétence professionnelle et ayant une vision claire d'un projet, est en mesure de mobiliser les divers acteurs aux différents paliers du système de soins (Dagenais & Desbiens, 2005)

Les mécanismes par lesquels les leaders d'opinion favorisent le changement sont encore mal connus. Certaines études montrent que les leaders d'opinion auraient un effet plus important que les leaders formels pour soutenir le changement des pratiques professionnelles lié à l'innovation (Doumit, Gattellari, Grimshaw, & O'Brien, 2007) alors que d'autres études montrent que le leadership exercé par les gestionnaires serait plus effectif (Rogers, 2003). Il semble que les leaders d'opinion auraient plus d'influence au stade d'implantation de l'innovation qu'au moment de son adoption. Leur contribution serait plus importante si elle est conjuguée à d'autres interventions s'apparentant à des stratégies de marketing telles que la distribution de matériel d'information, le coaching et le feedback à la suite de l'évaluation d'un projet.


Quant à la notion de leadership collectif, ce concept souligne la contribution d'une multiplicité d'acteurs dans le cycle de développement des innovations (Denis, Lamothe, & Langley, 2001). Le leadership collectif vise à accroître les capacités de changement en tablant sur la valorisation de



compétences diversifiées et de différentes sources de légitimité. Il favorise la coexistence d'identités multiples dans un même projet organisationnel en contribuant à renforcer la coopération entre les acteurs des domaines clinique et administratif dans le pilotage du changement.

Le leadership collectif est différencié, spécialisé et complémentaire. Il s'articule autour de rôles clairement définis entre les leaders et d'une souplesse à ajuster ces rôles à travers le temps. Denis (2002) décrit trois facteurs entravant l'efficacité du leadership collectif, soit la rivalité entre les leaders pour occuper l'avant-plan des processus organisationnels, le manque de convergence entre l'innovation promue par les leaders et les possibilités au niveau opérationnel et la faiblesse du projet par rapport aux contraintes environnementales. La constitution d'un leadership collectif exige de porter une attention minutieuse à la communication entre les acteurs.

Quant à la gouverne, elle peut se définir comme la conception, la gestion et l'évaluation de l'action collective à partir d'une position d'autorité (Hatchuel, 2000). Elle comprend un système de gestion permettant la régulation, le partage des responsabilités et des influences entre les différentes entités qui composent l'organisation, un système informationnel précisant les mécanismes de gestion de l'information pour assurer la cohérence et la transparence et un système de financement (Contandriopoulos, 2003).



La gouverne a trois fonctions principales, soit : 1) une fonction d'orientation visant à transformer les relations entre les acteurs et les différentes logiques du système de santé, 2) une fonction de gestion visant à maximiser la performance du système tout en laissant un espace suffisant à l'autonomie et à l'auto-régulation professionnelle et 3) une fonction normative permettant de définir les modalités d'accès aux services, les responsabilités et les règles de gestion des établissements, le contrôle des pratiques professionnelles et la gestion de la qualité (Contandriopoulos, 2003).

Denis (2002) estime que, dans le contexte de changements structurels importants des services de santé, la gouverne doit fournir du soutien et servir de catalyseur à la transformation des pratiques, à l'augmentation de la coopération entre les acteurs et les organisations et, conséquemment, à l'intégration des services. Elle doit représenter une instance centrale forte dont la légitimité est reconnue par les acteurs aux différents niveaux de l'organisation. Les responsables de la gouverne doivent miser sur des stratégies plurielles dont la mise en place de mesures incitatives, la formation, la négociation politique et le renouvellement des structures.

Ces deux notions de leadership et de gouvernance en période de changement impliquent nécessairement la construction d'une action collective fondée sur la création de relations d'alliances collaboratives. La gestion du changement exige l'implication des acteurs aux différents niveaux du système

tant au niveau de la gouverne, des gestionnaires que des professionnels. Une étude de Nutt (1999) portant sur 356 projets d'innovation répartis dans plusieurs organisations au Canada et aux États-Unis a clairement démontré que la moitié des projets ont échoué au moment de l'implantation faute de ne pas avoir trouvé suffisamment d'alliés au niveau des opérations. Dans tous les cas, il s'agissait de projets imposés à la suite d'une décision prise au sommet hiérarchique dans lesquels les gestionnaires et les opérateurs étaient peu impliqués (Nutt, 1999).

Pour réussir à atteindre les buts poursuivis par un projet d'innovation, les différents acteurs doivent travailler ensemble. Ils vont avoir une propension plus grande à collaborer s'ils peuvent se faire confiance (D'Amour, 1997, 2002; Ring & Van de Ven, 1994), s'ils perçoivent des bénéfices mutuels à travailler en réseau autour d'un nouveau projet commun (Abrahamson, 1991; Ferlie & Pettigrew, 1996), si les acteurs subissent des pressions en faveur d'un gain de performance (Damanpour & Wischnevsky, 2006) et s'ils font face à des normes plus ou moins coercitives valorisant la collaboration plutôt que la compétition (Castel & Friedberg, 2004).


Pour que ces conditions favorables se traduisent en stratégies de mise en œuvre concrètes, les acteurs en situation d'interdépendance doivent s'entendre explicitement sur les modalités de la création d'un espace d'action collective. Ils doivent d'abord déterminer le but poursuivi et se partager des rôles dans la

mise en œuvre d'un changement. Ils doivent aussi reconnaître en quoi l'innovation modifie les routines opérationnelles et les obligent à revoir ce qui peut contrevenir à leur autonomie professionnelle et à leurs intérêts. Finalement, ils doivent mettre en place des mécanismes formels de coordination. En bout de ligne, ces mécanismes de création de relations d'alliances collaboratives doivent orienter les dynamiques professionnelles et organisationnelles autour d'une finalité commune, celle de répondre aux besoins de la clientèle.

En résumé, les écrits sur la définition de l'innovation, les facteurs et les processus d'actions intervenant dans sa mise en œuvre montrent qu'un très grand nombre d'éléments interviennent dans le phénomène d'innovation. Pour comprendre et expliquer les liens entre ce corps de connaissance volumineux et diversifié, il devient nécessaire d'approfondir les fondements théoriques de l'innovation.

Les théories de l'innovation

Bien que la pierre d'assise de la présente étude soit la théorie de l'acteur-réseau (TAR), un détour par la théorie générale de la diffusion de l'innovation semble utile pour saisir les notions autour de la dissémination de la fonction d'IPO dans les milieux. Les principaux aspects de la théorie de la diffusion de l'innovation sont abordés. Par la suite, les fondements, les outils





conceptuels et méthodologiques fournis par la TAR sont présentés. Finalement, des exemples d'applications empiriques de cette théorie sont rapportés.

La théorie de la diffusion

La théorie de la diffusion a dominé le champ de la recherche sur les innovations depuis les soixante dernières années (Rogers, 2003; Van de Ven, Angle, & Poole, 2000). La diffusion est le rythme avec lequel une idée, perçue comme une nouveauté, se répand à travers le temps auprès des membres d'un système social donné en circulant à travers certains canaux de communication. Ce modèle général est utilisé dans les différentes disciplines académiques pour étudier le rythme de diffusion de diverses innovations allant de l'utilisation des grains de maïs hybrides aux motoneiges en passant par les nouveaux antibiotiques et les programmes de prévention du SIDA.


Le paradigme diffusionniste est né de la conceptualisation de Ryan et Gross (1943, cité dans Rogers 2003) de la diffusion d'une innovation, des grains de maïs hybrides, auprès des agriculteurs de l'Iowa. Cette étude a servi de plate-forme conceptuelle à la majorité des études sur l'innovation dont le nombre est de 5000 études répertoriées dans la dernière version de travaux classiques de Rogers (2003).






Rogers (2003) explique que la théorie de la diffusion est fondée sur l'idée que l'adoption d'idées nouvelles dans une population obéit à un modèle prédictible. Elle postule que la diffusion obéit aux lois de la croissance dans les systèmes clos, telle que représentée dans les approches épidémiologiques. Le rythme de diffusion suit une forme de « S » où il y a une phase d'initiation lente, suivie d'une accélération rapide du nombre de personnes qui adoptent l'innovation. Par la suite, il y a une décélération et finalement, les dernières personnes qui ne l'avaient pas encore fait, passent à l'action. Toujours selon l'étude de Ryan et Gross, l'innovation atteindrait son « *momentum* » lorsque environ 20% des utilisateurs potentiels se sont mobilisés. Même si l'innovation de cette étude apparaît relativement simple, il aura fallu minimalement sept ans pour que les premiers cultivateurs utilisent seulement le maïs hybride dans la totalité de leurs champs et jusqu'à 13 ans pour les plus résistants.

L'utilité de cette étude fondatrice réside notamment dans l'importance et l'effet du temps nécessaire pour produire un changement durable dans les pratiques. D'une part, une adoption rapide n'est pas nécessairement synonyme d'une transformation en profondeur des pratiques à court terme, et d'autre part, la résistance au moment de l'implantation peut se transformer en une acceptation durable à travers le temps. La temporalité apparaît un élément critique de la compréhension du processus d'innovation et l'appréciation de son efficacité exige un suivi au-delà du moment où elle est introduite. Par contre, la conceptualisation à la base du modèle diffusionniste introduit un biais en faveur






de l'innovation. Pour résoudre le problème de société auquel l'innovation s'adresse, elle doit se répandre le plus rapidement possible auprès du plus grand nombre d'utilisateurs sans égard à la spécificité des besoins des individus (Meyer, 2004). Ceux qui adoptent l'innovation sont considérés comme des receveurs passifs d'un produit préfabriqué. Toute résistance est considérée comme un obstacle qui doit être aboli.

Ce biais pro innovation se reflète jusque dans les questions de recherche sur l'innovation qui se concentrent autour de trois questions principales, soit :

- 1) quels sont les processus et les facteurs contextuels qui affectent le rythme de diffusion des innovations, 2) quelles sont les caractéristiques qui différencient ceux qui adoptent l'innovation rapidement de ceux qui résistent et 3) comment la structure d'un réseau d'utilisateurs influence les stades de diffusion de l'innovation (Abrahamson, 1991). La réponse à ces questions exige le recours à des approches de recherche où on cherche à établir l'effet d'un ensemble de facteurs et de processus donnés (variables indépendantes) sur la diffusion de l'innovation (variable dépendante). Ces approches de variances ou processuelles constituent un corps de connaissances important sur les variables qui entravent ou facilitent le rythme de diffusion de l'innovation.

Toutefois, plusieurs auteurs constatent que les études de diffusion classiques fournissent peu de données permettant d'expliquer les différentes réponses à l'innovation de la part des divers acteurs concernés par celle-ci



(Meyer, 2004). En conséquence, les processus d'interactions permettant de comprendre comment les idées nouvelles se traduisent par diverses réponses au changement dans les pratiques sont encore mal compris et peu investigués (Abrahamson, 1991; Stensaker & Falkenberg, 2007). Cette perspective semble d'autant plus importante que les professionnels oeuvrant dans les milieux ne peuvent être considérés comme des receveurs passifs de l'innovation quelle que soit sa nature (Champagne, 2002; Grimshaw et al., 2001; Scott, 1990).

Dans un contexte de transformation des services de santé, il est important de mieux comprendre le changement lié à l'innovation (Ferlie, Fitzgerald, Wood, & Hawkins, 2005; Fitzgerald, Ferlie, Wood, & Hawkins, 2002; Golden-Biddle, Hinings, Casebeer, Pablo, & Reay, 2006). À partir du moment où l'implication des professionnels est considérée comme une condition essentielle du changement durable, il apparaît nécessaire de contourner les limites du modèle général de diffusion de l'innovation qui minimise inévitablement la contribution des individus dans le rythme de diffusion de l'innovation.


La théorie de l'acteur-réseau

La théorie de l'acteur-réseau (TAR) a été élaborée initialement par les sociologues Bruno Latour (1989) et Michel Callon (1986) puis développée par un groupe de chercheurs appelé le « CALL » (Akrich, Callon, & Latour, 2002a,

2002b; Callon, 1986b; Latour, 1989; Law & Hassard, 1999). Elle est aussi indistinctement appelée sociologie de la traduction, sociologie de l'innovation, sociologie des associations ou théorie des réseaux d'actants (Amblard, Bernoux, Herreros, & Livian, 2005; Latour, 2005b; Lehoux, Sicotte, & Denis, 1998).

Les fondements conceptuels de la TAR s'attardent spécifiquement à comprendre le développement des relations d'alliances qui permettent à des réseaux d'acteurs hétérogènes de se mobiliser de manière convergente autour d'un projet commun. Elle vise à expliquer les différentes formes que peut prendre le parcours d'une innovation lorsqu'elle se retrouve entre les mains de différents acteurs ayant des valeurs, des intérêts variés et des besoins multiples et souvent compétitifs (Akrich, Callon, & Latour, 2002a). La TAR reconnaît le rôle primordial que jouent les acteurs pour que des innovations soient adoptées et deviennent des faits que l'on prend pour acquis.


Traduire vient du mot latin « *traducere* » qui veut dire faire passer (Larousse, 2003). Latour (2005) explique l'utilité du terme « *traduction* » lorsqu'il s'agit du processus de passage des innovations techniques dans la société. D'abord, il réfère à la notion de traduction linguistique qu'il décrit comme l'établissement d'une correspondance entre deux versions d'un même texte dans deux langues différentes. Ensuite, il conjugue la notion de traduction



linguistique à la notion mathématique de translation qui porte sur le déplacement d'une figure géométrique sans changement ni de la direction, ni du sens, ni des longueurs. Ainsi, « *parler de traduction signifie à la fois que l'on propose de nouvelles interprétations et que l'on déplace des ensembles* » (Latour, 2005, p. 284).

Le processus de traduction se concentre sur les mécanismes de production de la collaboration d'un réseau d'acteurs qui se met progressivement en forme et se stabilise autour d'un but commun (Latour, 1989). La traduction s'articule de la manière suivante : pour résoudre un problème A, il est nécessaire d'apporter une solution au problème B, car la résolution du problème A suppose que soient résolues les difficultés liées, pour différentes raisons, à la résolution du problème B (Latour, 2005a).

La théorie de l'acteur-réseau (TAR) a d'abord été conçue pour expliquer comment les objets technologiques deviennent irréversibles. Même si les auteurs de cette théorie ne semblent pas avoir retenu l'organisation comme objet d'étude, leurs réflexions sur « *le social et ses agrégats* » (Latour, 2005) suggèrent une théorie permettant l'analyse des systèmes d'action organisée. Amblard et ses collaborateurs affirment à propos des protagonistes de la TAR que « *leurs travaux les font entrer dans la communauté des spécialistes de l'organisation en même temps qu'ils fournissent un indispensable complément*



au corpus classique de la sociologie des innovations » (Amblard et al, 2005, p 128).

Une des prémisses de la TAR est de faire fi des cloisonnements habituels entre nature et société, entre humains et non humains, entre agent et structure (Latour, 1989). Cette théorie postule que toute entité (humains ou non humains) qui intervient dans un phénomène de société, (désigné sous le terme d'actant) peut être conceptualisée comme un réseau qui s'allie à d'autres réseaux. Il explique que les sociétés modernes ne peuvent être comprises sans prendre en considération les liens enchevêtrés et dispersés qui font tenir des ensembles constitués d'acteurs hétérogènes.

Une lecture intelligible des réseaux oblige à renoncer *a priori* aux frontières définitives entre les niveaux hiérarchiques, les territoires, les structures et les systèmes ainsi qu'à considérer l'innovation et les réseaux composés d'humains et d'objets comme étant mutuellement constitutifs. Ceci ne veut pas dire que tous les acteurs ont un poids équivalent dans le processus de traduction mais que les différences entre le niveau micro (interactions face à face, organisations locales) et le niveau macro (normes, structures, culture) relèvent de la capacité des acteurs à s'allier d'autres acteurs plutôt qu'à l'importance de leur position dans une structure hiérarchique (Latour, 1988).

La TAR s'appuie sur deux notions centrales, soit le réseau et la négociation des controverses (Latour, 1989). La notion de réseau réfère à une « *méta-organisation* » qui rassemble dans l'action, des humains et des non humains. La notion de réseau permet de capter des informations sur les interactions entre les humains dans leur milieu naturel en considérant la contribution des objets dans le parcours de l'action. Le réseau réfère à une forme d'action collective construite à travers le temps et à son résultat. Latour (2005, p. 143) précise que : « *we should say « work-net » instead of « network ». It's the work, and the movement, and the flow, and the changes that should be stressed. But now, we are stuck with "network" and every one thinks we mean the World Wide Web or something like that* ».

La notion de négociation des controverses permet d'explorer les débordements engendrés par le déploiement des innovations (Callon, Lacousme, & Barthe, 2001). Par débordement, on entend les effets imprévus qui font surgir des problèmes inattendus lorsque les promoteurs d'une innovation tentent de convaincre des acteurs clés de s'allier à leur projet en construisant différentes significations mutuellement compatibles. La controverse permet d'inventorier les différentes significations données à un projet et à déterminer les enjeux des pour et des contre. Les promoteurs doivent négocier et adapter leur projet pour qu'il cadre avec les valeurs, les intérêts et les besoins d'un plus grand nombre possible d'acteurs. L'innovation en action est le fruit d'une négociation complexe où les arrangements comportent des

avantages pour toutes les parties en cause. Ainsi, adopter l'innovation, c'est aussi l'adapter selon une formule gagnant-gagnant (Latour, 1989).

Généralement élaborés à l'intérieur de cercles fermés (noyau dur), les projets sont ensuite soumis à l'acceptation des acteurs jusque-là tenus à l'écart (périphérique) (Callon, 2001). Ces acteurs sont des « multiconducteurs » qui peuvent laisser tomber, transférer, modifier, ignorer, déformer ou s'approprier l'innovation qui a besoin d'eux pour être diffusée et pour durer. L'échec ou la réussite d'une innovation ne s'explique donc pas seulement à partir de ses caractéristiques intrinsèques ou celles de son milieu d'adoption mais plutôt en fonction du degré de cohésion qu'elle suscite dans un réseau d'acteurs hétérogènes qui s'intéressent à une idée et vont collaborer à son actualisation (Akrich, Callon, & Latour, 2002a).

Les repères conceptuels et méthodologiques de la TAR

La TAR fournit les repères conceptuels et méthodologiques pour l'analyse des interactions réciproques permettant l'adaptation de l'innovation et du contexte dans lequel elle est introduite. Le processus par lequel une innovation se traduit dans l'action se comprend comme l'aboutissement d'un processus de création de relations d'alliances construites à travers le temps et l'espace à partir de stades fluides et non linéaires mais essentiels à l'évolution d'un projet d'innovation (Akrich, Callon, & Latour, 2002a, 2002b; Callon,

1986b, 1991; Latour, 1989). Selon la perspective de la TAR, le travail de traduction progresserait selon quatre stades: la problématisation, l'intéressement, l'enrôlement et la mobilisation. Il évolue dans un contexte donné et s'illustre par la recherche d'un alignement cohérent des valeurs, des intérêts, des buts et des pratiques.

La *problématisation* est le premier stade de la traduction où des acteurs, à partir des différentes significations qu'ils donnent à un problème et à sa solution, tentent de s'allier autour d'un projet commun pour régler une situation jugée insatisfaisante (Latour, 2005a). La problématisation s'articule habituellement autour d'un énoncé général suffisamment englobant pour s'éloigner de la singularité des intérêts individuels tout en étant suffisamment précis pour donner une orientation commune à un collectif d'acteurs ayant des valeurs, des attentes et des intérêts multiples et diversifiés. La problématisation permet de déplacer chaque acteur concerné d'une position isolée à une acceptation de collaboration. Selon cette notion de problématisation, ce ne sont pas nécessairement les caractéristiques intrinsèques de l'innovation qui assurent son adoption mais la signification que lui accordent les individus.

La problématisation est généralement initiée par un leader, qui après avoir analysé le problème et son contexte, dispose de la légitimité nécessaire pour être le fondateur d'une action collective. Ce leader d'opinion, aussi appelé *traducteur* dans le vocabulaire de la TAR, est un maillon important du

processus de traduction. Sa capacité à rallier les acteurs dépend de son habileté à faire reconnaître l'innovation comme un *point de passage obligé (PPO)* dans la résolution d'un problème par des acteurs ayant des représentations différentes de celle-ci.

Un PPO est un lieu ou un énoncé qui est reconnu comme un incontournable dans la résolution d'un problème (Callon, 1986b). C'est à ce moment que la collaboration active de toutes les parties devient effective dans la construction du réseau autour de l'innovation. Par la suite, l'identification de bons *porte-parole* est une condition de succès de l'innovation. Les porte-parole ont la capacité de faire écho au projet d'innovation et de le diffuser. Ils permettront ainsi au réseau de s'allonger et de devenir plus fort en favorisant la concertation entre les acteurs.

Ce stade de la problématisation porte sur la nature microscopique du processus permettant à l'innovation de se traduire dans l'action. La problématisation suggère que l'analyse de l'introduction de nouveaux modes de coordination soit considérée selon un modèle politique. L'action stratégique et la négociation entre les intérêts des différents acteurs en cause permettent d'aligner les efforts de changement de manière cohérente. Les difficultés d'actualisation de l'innovation ne dépendent donc pas uniquement d'un plan de mise en œuvre inapproprié ou d'un manque de suivi de la part des promoteurs

mais plutôt du maintien d'intérêts particuliers par des acteurs pour qui l'innovation n'a pas une signification positive.

L'intéressement est le deuxième stade de la traduction où un traducteur et ses alliés de première instance, les porte-parole, tentent de déterminer quels sont les incitatifs qui permettraient à d'autres acteurs de s'allier à leur tour au réseau qui supporte l'innovation (Akrich, Callon, & Latour, 2002a, 2002b). Ce stade insiste sur l'innovation, sa finalité, son utilité et sa pertinence qui sont traduites par les promoteurs dans le but de convaincre un nombre de plus en plus grand d'alliés de soutenir le projet. Il s'ensuit une négociation permanente pour maintenir l'attachement des acteurs au réseau. Cette négociation menée par le traducteur et reconduite localement par les porte-parole dans chacune des unités du réseau vise un arrangement acceptable par les nombreux acteurs concernés par l'innovation.

En situant l'innovation au centre d'un dispositif d'intéressement, les promoteurs de l'innovation rendent leur projet plus attrayant en ayant recours à différents intermédiaires. La notion d'*intermédiaires*, eux-mêmes considérés comme des réseaux, sont des entités mises en circulation pour soutenir le développement de relations d'alliances collaboratives. Callon (1991) identifie quatre types d'intermédiaires, soit : 1) les écrits, (rapports, mémos, compte rendu de réunions) qui permettent de rendre le répertoire des informations plus durable et de les faire circuler, 2) les objets techniques, qui incluent tous les non

humains qui facilitent l'exécution des tâches (ordinateurs, locaux, technologies), 3) les personnes et l'échange de leurs compétences et 4) l'argent. La mise en circulation de ces intermédiaires se présente sous diverses combinaisons permettant de stabiliser les relations d'alliances dans le réseau.

Le troisième stade est celui de l'*enrôlement* (Callon, 1986). L'enrôlement est la concrétisation d'un intéressement réussi. À ce stade, le traducteur a défini clairement le problème, identifié un point de passage obligé pour le résoudre, des alliés ont manifesté leur intéressement alors que d'autres s'opposent de manière plus ou moins passive. Il faut maintenant affecter un rôle aux acteurs et se diviser les tâches afin d'allonger le réseau. L'attribution d'un rôle dans le développement du réseau peut être volontaire ou être imposée par une instance en autorité (Callon, 1986). Le réseau progresse au fur et à mesure que les acteurs s'identifient au projet, c'est-à-dire qu'ils se reconnaissent et sont reconnus comme les acteurs essentiels d'un réseau en devenir et non pas comme les agents d'une structure fabriquée en dehors de leur participation.

Ce stade d'enrôlement porte l'attention sur l'importance de clarifier les rôles des acteurs lors d'interventions complexes multi niveaux, surtout dans un contexte où les enjeux sont politisés. À ce titre, le rôle des gestionnaires est particulièrement important. Ils agiront à titre d'intermédiaires pour mobiliser les troupes en faveur du changement. Selon le contexte et les résistances rencontrées, ils peuvent agir sur la signification donnée à l'innovation en

démontrant les avantages que peuvent retirer les acteurs du changement de pratique.

Le quatrième stade est celui de la *mobilisation*. À ce stade, les acteurs s'engagent dans une action concrète pour réaliser leur rôle en modifiant leurs pratiques antérieures. Ils développent des mécanismes qui permettent aux différents alliés de se coordonner au sein du réseau. Lorsque la collaboration est assurée, l'innovation peut se répandre au-delà du réseau initial de ses promoteurs. Une fois ce stade de traduction effectué, l'innovation est passée dans les pratiques et tend à se stabiliser. Elle devient un fait durci où tout retour en arrière devient impossible, du moins pour un certain temps (Callon, 1991).

Outre ces quatre stades de la traduction de l'innovation, deux notions s'appliquent à la compréhension de l'action de réseau, soit la contextualisation et la convergence. Les différents stades de la traduction ne peuvent être dissociés du contexte dans lequel elle s'enracine. La contextualisation consiste au repérage des caractéristiques de l'environnement externe et du contexte local dans lesquels l'innovation se traduit. La contextualisation vise à analyser qui sont les acteurs en présence, leurs valeurs et les enjeux qui les séparent ou les unissent par rapport au projet (Amblard, Bernoux, Herreros, & Livian, 2005).

La convergence permet d'apprécier jusqu'à quel point le processus de traduction et l'orientation du mouvement qu'il suscite permettent un

accommodement acceptable entre les différents acteurs. À ce stade, lorsque la convergence est élevée, l'opposition à l'égard d'un projet ne remet pas en cause la survie de l'innovation. Les ambiguïtés et les désaccords ont été négociés et des ajustements mutuels ont permis aux acteurs hétérogènes de trouver un sens commun. Leurs actions sont alignées de manière convergente tout en étant cohérentes avec leurs valeurs et intérêts (Callon, 2001). La convergence s'illustre par la visibilité des relations d'alliances collaboratives entre les acteurs en dépit de leur hétérogénéité.

Bien que la TAR recourt à un vocabulaire plutôt hermétique pour décrire le processus de passage des innovations dans les pratiques, cette théorie est particulièrement bien adaptée pour comprendre le changement lié à l'innovation dans les milieux cliniques. Ces milieux sont caractérisés par la cohabitation de mondes différents où les enjeux liés à la professionnalisation et à l'organisation hiérarchisée créent des lieux de pouvoir diffus et contribuent à l'émergence de buts multiples difficiles à aligner.

La conceptualisation de tous les acteurs comme un réseau qui s'allie à d'autres réseaux, la TAR fournit la flexibilité nécessaire pour faire face à la complexité d'expliquer le changement de l'offre de soins à partir des microprocessus de changement des pratiques des individus. Elle a une résonance particulière pour comprendre le changement organisationnel dans les

milieux cliniques en reconnaissant la place primordiale des pratiques des individus autonomes mais interdépendants.

Les applications empiriques de la TAR

Dans cette partie, les applications empiriques de la TAR sont présentées. Il ne s'agit pas ici de présenter une revue systématique des études basées sur la TAR mais de démontrer son utilisation dans différents domaines. Plusieurs études se rapportent explicitement à des enjeux organisationnels (Knights, Murray, & Willmott, 1993), à des questions de politiques publiques (Demers & Charbonneau, 2001; Herbert-Cheshire, 2003; Hill & Smith, 2002; Holm & Kendall, 2002), à l'introduction de nouvelles technologies dans des organisations pluralistes (Mähring, Holmström, Keil, & Montealegre, 2004, Scott & Wagner, 2003). Quelques études sont reliées au domaine de la santé (Adams & Berg, 2004; Atkinson, 2002; Bisset & Potvin, 2007; Dent, 2003; Lehoux, Sicotte, & Denis, 1998; Rabeharisora & Callon, 2001; Ramiller, 2007; Timpka, Bång, Delbanco, & Walker, 2007). Le tableau 1 suivant présente un résumé de ces études qui sont apparues les plus utiles pour comprendre l'utilité et l'application opérationnelle de la TAR dans une étude.


Tableau 1 : Études empiriques qui ont utilisé la théorie de l'acteur-réseau

Article	Contexte : C Type d'innovation : TI	Méthodologie	Constat de l'utilisation de la TAR
Callon (1986)	C : Pêcherie en France TI : Implantation des pétoncles de culture	Étude de cas unique	Recourt à la TAR pour expliquer comment des acteurs hétérogènes en situation d'interdépendance (chercheurs, pêcheurs, consommateurs, pétoncles) s'allient dans un réseau. Montre l'importance de l'établissement et du maintien des relations de confiance et de transparence entre les protagonistes. Étude source des stades de traduction.
Knights et al (1993)	C : Réseau inter organisationnel dans les services financiers TI : Intermédiaire de gestion d'interfaces électroniques	Étude de cas unique	Recourt aux stades de la TAR pour décrire l'introduction d'une organisation intermédiaire pour résoudre un problème de fragmentation des services financiers relié à la spécialisation des expertises. Montre que l'intéressement est compromis lorsque certains ont mis en œuvre des stratégies d'intégration qui s'inscrivent en compétition avec la solution proposée.
Latour (1996)	C : Transport ferroviaire urbain en France TI : Train hybride (transport en commun et transport semi-individuel)	Étude de cas unique	Recourt à la TAR pour expliquer comment un projet a avorté après 20 années de recherche et d'investissements financiers majeurs faute d'avoir été suffisamment porté par ses promoteurs. L'intéressement envers les défis technologiques a pris le dessus sur l'intéressement par rapport au projet lui-même. Montre l'importance de l'engagement à long terme des leaders pour assurer l'évolution d'une innovation.
Lehoux et al (1998)	C : Services hospitaliers aigus TI : Informatisation du dossier patient	Études de cas multiples	Recourent à la TAR pour investiguer comment différents acteurs (médecins, infirmières, gestionnaires, industrie) imposent leurs propres logiques. Les problématisations ne s'alignent pas et les solutions envisagées pour gérer les dissidences tendent à cristalliser la position des professionnels au lieu de les changer. Montrent que si les infirmières et les gestionnaires peuvent soutenir le changement, l'intéressement des médecins est primordial. La création d'espaces partagés autour de l'innovation s'inscrit dans des dynamiques de professionnalisation qui nuisent à la traduction.

Article	Contexte : C Type d'innovation : TI	Méthodologie	Constat de l'utilisation de la TAR
Atkinson (2002)	C : Services chirurgicaux en cancer du sein TI : Système d'information Médecin/patient informatisé (SIMPI)	Étude de cas unique	Recourt à la TAR en combinaison avec une méthode de résolution de problème appliquée dans le domaine des technologies de l'information pour décrire les différentes problématiques autour de l'introduction d'un SIMPI comme outil d'aide à la prise de décision clinique. L'accès à la même information clinique (notes cliniques, rapports d'investigation, protocoles de traitements) par les patientes et les médecins change les relations de pouvoir entre les cliniciens et les patientes et peut devenir culturellement impensable. Pour l'industrie, l'accès des patients oblige à rendre la technologie « <i>patient friendly</i> ». Le point de passage obligé devient des soins centrés sur la personne pour les acteurs dont le degré de convergence des enjeux est variable.
Dent (2003)	C : Services hospitaliers aigus TI : Projet stratégique de fermeture d'un hôpital pour rationaliser des services médicaux	Étude de cas contrastée multicentrique	Recourt à la TAR en combinaison avec le concept de gouvernementalité de Foucault pour analyser le changement des relations entre les professionnels et les gestionnaires. Décrit les controverses entre les médecins et les gestionnaires. Même lorsque ceux-ci sont engagés dans un espace relationnel partagé (gouverne clinique), l'innovation se retrouve au cœur d'interactions complexes entre les médecins qui revendiquent leur autonomie professionnelle alors qu'ils exercent dans des structures gérées par d'autres, alors que les gestionnaires clament un pouvoir décisionnel sur des activités cliniques qu'ils ne pratiquent pas.
Herbert-Cheshire (2003)	C : Politique de développement rural TI : Développement du capital d'entraide locale	Analyse de discours	Recourt à la TAR en combinaison avec le concept de gouvernementalité de Foucault pour analyser la gouverne à distance et les stratégies d'entraide locale et comment les stratégies globales au niveau gouvernemental se traduisent et sont adaptées aux pratiques locales.


Article	Contexte : C Type d'innovation : TI	Méthodologie	Constat de l'utilisation de la TAR
Scott et Wegner (2003)	C : Administration académique TI : Implantation système informatisé	Analyse de discours	Recourt à la TAR pour analyser l'évolution de l'organisation du travail de gestion des ressources humaines suite à l'implantation d'un système informatisé. Montre la temporalité du changement de l'organisation et le temps de travail dans les équipes de gestion. Ces changements sont temporaires jusqu'à ce que les acteurs puissent articuler un nouveau fonctionnement suite à des négociations et des ajustements à travers le temps.
Mähring et al (2004)	C : Transport aérien TI : Système informatisé de manutention des bagages	Étude de cas unique	Recourt à la TAR en combinaison avec une « escalation theory » pour expliquer comment le parcours d'un projet peut être compromis par un changement de leadership et lorsque les buts de deux réseaux interdépendants entrent en compétition. Décrit comment un projet peut être abandonné même après une longue période si les alliés se retirent d'un projet.
Adams et Berg (2004)	C : Systèmes d'information TI : Information de santé sur Internet	Analyse documentaire	Utilise la TAR pour investiguer comment la validité des informations sur la santé se construit au fil des négociations entre des acteurs hétérogènes. Les auteurs établissent un parallèle entre les stratégies pour assurer la validité des publications traditionnelles et l'information publique qui se retrouve sur Internet. Montre la construction d'une action collective à travers le temps et l'espace.
Bisset et Potvin (2006)	C : Promotion et éducation à la santé TI : Programme de cuisine collective éducative	Étude de cas unique	Recourt à la TAR en combinaison avec le concept généalogie du savoir de Foucault pour reconstruire le cycle d'évolution d'un programme communautaire. Montre la place des valeurs et des intérêts dans l'implantation et l'évolution d'un programme de promotion de la santé

Article	Contexte : C Type d'innovation : TI	Méthodologie	Constat de l'utilisation de la TAR
Timpka et al (2007)	C : Réseau inter organisationnel en santé mentale TI : Système d'information	Étude de cas unique	Utilise la TAR dans le contexte d'une étude participative chercheurs/utilisateurs pour identifier les interventions visant à promouvoir le développement d'une infrastructure d'information dans un réseau inter organisationnel de services en soins de réadaptation psychiatrique. Montre la nécessité d'intégrer des interventions cohérentes au niveau politique, légal et de soutien de la pratique lors de la mise en œuvre de telles innovations dans les services de santé.
Ramiller, (2007)	C : Centre d'hébergement pour des jeunes atteints de troubles du développement TI : Système informatisé de gestion des risques/Rapports d'incident	Étude de cas	Recourt à la TAR comme cadre de référence pour mieux comprendre l'interaction entre les différents intérêts mis en jeu dans le cadre de l'implantation d'un système informatisé de gestion des rapports d'incidents. Relate les dynamiques impliquées dans la construction de la « sécurité des services » en milieu de soins prolongés.



Toutes ces études considèrent le processus de création des relations d'alliances dans des réseaux constitués d'acteurs hétérogènes. Elles ont en commun une vision de l'interaction réciproque entre l'adaptation de l'innovation ou de son utilisation et le changement des pratiques d'acteurs selon leurs valeurs, leurs intérêts et leurs besoins. Ce processus d'interaction est dynamique et évolutif, non linéaire, et peut être influencé par des retournements au niveau stratégique. Dans l'ensemble, ces travaux suggèrent que le recours à la TAR permet de mieux comprendre comment les idées novatrices s'actualisent dans les organisations pluralistes. Deux études ont été particulièrement utiles à la conceptualisation de la présente recherche.

L'article de Knights et ses collaborateurs (1993) cible un changement mandaté comme solution à un problème de fragmentation dans le domaine des services financiers. Cette solution est une innovation organisationnelle qui permet de surmonter les obstacles rencontrés par la division du travail fondé sur la spécialisation des connaissances dans ce domaine. Un dispositif intermédiaire est créé pour assurer l'intégration des différents services financiers requis par les clients. Cette étude, en plus de représenter une application exemplaire des concepts à l'origine de la TAR, montre que l'introduction de dispositifs d'intégration dans les organisations pluralistes est possible. Bien qu'elle relève d'un autre domaine, elle s'apparente à la présente étude sur la fonction d'IPO.



L'étude de Rabeharisoa et Callon (2000) a été particulièrement inspirante pour établir des pistes d'investigation des enjeux de l'introduction de la fonction d'IPO. Les auteurs abordent l'autonomie professionnelle comme une source de controverses représentant un risque pour l'irréversibilité de l'innovation organisationnelle dans les services de santé. Bien que cet article réfère indirectement aux concepts de la TAR, il apporte une contribution à la réflexion sur l'introduction d'un nouvel intervenant dans le secteur de la prise en charge des personnes handicapées. Les auteurs soulèvent la question de l'articulation entre la pratique de ce nouveau professionnel et l'intervention des professionnels de la prise en charge des personnes handicapées déjà en place. Le but poursuivi est de lutter contre le découpage professionnel dont les personnes font l'objet et de mieux répondre à la singularité de la situation de chaque individu.

Deux enjeux sont soulevés autour de l'introduction de ce nouveau rôle. Le premier est que cet intervenant se situe à l'interface entre le patient et son entourage et le réseau médico-légal. Il est amené à jouer un rôle d'intermédiaire, de coordonnateur et de conciliateur tout en travaillant à la transformation de l'offre de services. Le deuxième enjeu, en partie relié au premier, réside dans le fait que l'intervenant est partie prenante dans la formation d'un collectif où il doit prendre en considération les points de vue multiples et parfois compétitifs des acteurs. Il doit organiser les relais entre les patients et les professionnels tout en s'assurant que les situations vécues par les

patients ne se retrouvent pas diluées dans les logiques professionnelles et les conflits d'autorité.

En somme, les fondements théoriques et les études ayant recours à la TAR s'avèrent d'une grande utilité pour enrichir la compréhension de la traduction des innovations complexes dans les organisations pluralistes. Elle permet d'expliquer comment, en dépit de la fragmentation des buts et des intérêts des acteurs, il est possible de construire des réseaux de soutien autour des innovations et de produire du changement durable dans les organisations. Elle apparaît particulièrement bien adaptée à l'étude de la traduction de la fonction d'IPO dans les services en cancer.

L'innovation en question : la fonction d'infirmière pivot en oncologie

La continuité des soins est un enjeu majeur de l'offre de services en cancer qui préoccupe tant les professionnels que les patients. Une étude ayant examiné le nombre de médecins rencontrés par les patients atteints de cancer a montré que les patients rencontrent entre 13 et 97 médecins différents pour une moyenne de 32 (Smith, Nicol, Devereux, & Cornbleet, 1999). La spécialisation croissante des soins en oncologie et le nombre croissant de professionnels impliqués dans une offre de soins intégrés ont transformé l'offre de services en cancer de sorte que les fonctions de coordination sont de plus en plus nécessaires et visibles dans les réseaux de soins.

Ces fonctions portent diverses appellations : *case manager*, *coordinator*, *cancer support nurse*, *follow-up nurse*, *lead cancer nurse* (Farber, Deschamps, & Cameron, 2002; Fillion et al., 2006; Lauria, 1990). Ces fonctions se concentrent le plus souvent que sur des épisodes particuliers du parcours thérapeutique et ne viennent combler qu'en parties les besoins des patients atteints d'un cancer. Ainsi, les expériences décrites par les patients indiquent que les systèmes de santé répondent aux besoins médicaux mais échouent généralement lorsqu'il s'agit de déployer une approche centrée sur la globalité de la personne (Brazil et al., 2003; DOH, 2004; Fraser, 1995; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004a; Willard & Luker, 2005). La diversité des besoins exprimés est grande puisque la personne se trouve touchée dans toute sa globalité par la maladie. En plus des aspects liés à la gestion des symptômes physiques découlant de la maladie, les dimensions psychologique, affective, matérielle, sociale et spirituelle peuvent être aussi touchées.

Il n'existe pas de description unique, ni de consensus sur la nature de la fonction d'IPO qui s'inscrit comme une solution novatrice pour mieux répondre aux besoins non comblés par l'organisation traditionnelle des services en cancer. L'aspect novateur du rôle réside dans l'emphase portée à la continuité relationnelle entre l'IPO et la personne atteinte de cancer tout au long de sa maladie ainsi que sur les aspects liés au soutien de la personne selon une approche holistique. L'exercice de la fonction d'IPO prend différentes formes d'un milieu à l'autre selon le lieu de pratique (hôpital ou communauté), la

singularité des besoins des personnes et leurs proches ainsi que les caractéristiques des systèmes de santé. L'IPO s'assure de la continuité des soins, de l'accès aux services de santé appropriés et ce, au moment opportun.

Les quelques expériences d'implantation de fonction de navigation rapportées dans les études décrivent les facteurs qui entravent ou favorisent l'introduction de ce nouveau rôle professionnel. L'évaluation de l'implantation des IPO dans neuf hôpitaux d'un réseau régional en cancer montre qu'un ensemble de conditions interdépendantes contribuent à la réussite de l'introduction de l'IPO dans les équipes locales d'oncologie : la réallocation de ressources financières par les décideurs régionaux, la formation et le soutien des IPO par des experts cliniques, l'appui des gestionnaires et des directions, la présence de leaders reconnus et capables de communiquer leur vision et de créer des relations de confiance (Roberge et al., 2004). Une autre étude qui a évalué l'implantation de l'IPO dans un centre hospitalier universitaire d'une région du Québec démontre que la préparation du terrain avant l'implantation, la clarification du rôle de l'IPO et le respect des dynamiques locales sont des stratégies favorables à son acceptation dans les équipes de soins (Fillion et al., 2006).

Malgré la popularité croissante de la fonction d'IPO, il y a peu de données probantes rapportant ses effets sur la qualité des soins aux patients. Une étude longitudinale a comparé deux groupes de patients, l'un recevant des

services habituels (n = 83) et l'autre recevant un suivi avec l'IPO à six et douze mois après son implantation (n = 74) a démontré des effets significativement positifs sur la qualité des soins (Fillion, 2005). Dans le groupe de patients suivis par une IPO, les patients rapportaient une meilleure qualité de vie, une meilleure adaptation à la maladie et une satisfaction plus élevée à l'égard des services. Selon cette même étude, les entrevues auprès des professionnels rapportent que la présence de l'IPO favorise le travail en interdisciplinarité et une meilleure continuité de soins pour les patients (Fillion et al, 2006).

Une étude réalisée dans le cadre de l'évaluation du « *Patient Navigation Program* » en Nouvelle-Écosse montre que les régions qui ont introduit l'IPO ont une meilleure qualité des soins par rapport aux régions qui n'en ont pas (Corporate Research Associates, 2004). Ces résultats ressortent de l'analyse de données issues de diverses sources, soit de *focus group* auprès des dispensateurs de services (n = 16), d'entrevues (n = 67), d'une enquête auprès des patients (n = 162) et de données d'archives (n = 808). Les constats de cette étude montrent que l'introduction d'une fonction de navigation exercée par une infirmière améliore la communication et la collaboration interprofessionnelle réduisant ainsi la duplication de certains services.

Bien que l'efficacité de cette fonction sur la performance des services en cancer ne soit pas documentée, il est possible de penser que son effet devrait se rapprocher de celui d'autres fonctions semblables. En effet, la fonction d'IPO

s'apparente à un modèle professionnel de coordination des soins tel que décrit par Lamarche et ses collaborateurs (2003). Une synthèse de connaissances sur l'organisation des services de première ligne montre que ce modèle est spécifiquement désigné pour assurer le suivi et la continuité des services aux patients. Un professionnel désigné est intégré à une équipe clinique dans un établissement de santé et s'assure de la coordination des soins en établissant des liens entre les différentes composantes à l'échelle du système.

Comparativement à un modèle professionnel de contact fondé sur une intervention ponctuelle, le modèle de coordination est le plus avantageux (Lamarche et al., 2003). Il est associé à une utilisation plus appropriée des services, à une meilleure accessibilité à des soins continus et à un niveau de réactivité plus élevé. Ce modèle a aussi un bon potentiel en terme de continuité des soins quoiqu'il soit inférieur à des modèles de coordination intégrée de première ligne. En extrapolant les résultats de cette synthèse, il est possible de penser que l'efficacité de la fonction pourrait avoir les mêmes résonances. Compte tenu des efforts et des ressources consentis à la mise en œuvre de cette nouvelle fonction, il importe d'analyser les effets de cette innovation.

La réactivité en tant que mesure des effets de la fonction d'IPO

La théorie de l'intervention liée à la fonction d'IPO suppose que celle-ci aura un effet positif notamment, sur la capacité de répondre aux besoins des

personnes atteintes de cancer. Les patients devraient avoir une meilleure accessibilité aux services, des soins mieux adaptés à leur situation et à leurs préoccupations ainsi qu'un meilleur soutien pour faire face à la maladie. À partir de ces attendus, trois préoccupations ont guidé la sélection d'un indicateur d'efficacité de la fonction d'IPO. Celui-ci devait permettre 1) de tenir compte des spécificités de l'innovation en se rapprochant des attendus, 2) d'être apprécié à partir d'un instrument dont les qualités psychométriques sont établies et 3) de refléter la perspective des patients considérés comme étant les mieux placés pour juger de la réponse à leurs besoins.

Le concept de réactivité est apparu l'indicateur le plus approprié. Il a été introduit dans le *Rapport sur la santé dans le monde 2000* de l'Organisation mondiale de la santé (WHO, 2000). On y présente une définition de la performance des systèmes de santé reconceptualisée autour de trois grands objectifs fondamentaux, soit l'amélioration de la santé, la contribution financière équitable et la réactivité. L'amélioration de la santé et les aspects économiques autour de son maintien ou son amélioration demeurent au centre des grands enjeux de l'évaluation des systèmes de santé. La réactivité vient recentrer l'offre de services de santé sur la personne, ses valeurs et ses préférences.

La réactivité formalise la place centrale que devrait occuper l'utilisateur de services, à titre de participant et d'évaluateur, lorsqu'il s'agit d'apprécier

dans quelle mesure le système de santé respecte ses valeurs et ses attentes et jusqu'à quel point il répond à ses besoins en matière de santé (D'Amour, Tremblay, & Bernier, 2006). Le concept de réactivité est particulièrement pertinent dans un contexte de l'offre de services en cancer où les aspects psychosociaux et le soutien de la personne sont aussi importants que les aspects liés au traitement médical.

Le concept de réactivité a été élaboré à partir des écrits sur la qualité des soins et la satisfaction de la clientèle (Valentine et al, 2003). La réactivité des systèmes de santé est définie comme « *a measure of how well the health system responds to the population's legitimate expectations of non-health aspects of health services* » (WHO 2001, p. 2). Les aspects non médicaux réfèrent à des éléments portant sur le respect de la personne et l'approche clientèle. La réactivité exclut donc les aspects liés à l'efficacité-santé (contribution des services à l'amélioration ou au maintien de la santé des personnes ou des populations) ainsi que ceux liés à la productivité (rapport entre les services rendus et les ressources spécifiques utilisées) puisqu'ils sont mesurés par d'autres indicateurs. La réactivité se veut un indicateur complémentaire aux autres mesures de performance des systèmes de santé.

La réactivité se décline en huit dimensions, soit : 1) le respect de l'autonomie de la personne en regard des décisions concernant sa santé, 2) le respect de la dignité humaine, 3) le respect de la confidentialité des

informations personnelles, 4) la promptitude dans l'identification des besoins et la capacité d'y répondre de manière appropriée, 5) une communication claire par la diffusion d'informations faciles à comprendre et en offrant la possibilité de poser des questions, 6) l'encouragement au soutien des proches, 7) le choix du dispensateur de soins et 8) un environnement de soins favorable à la santé et au bien-être. Un questionnaire « *Health System Responsiveness* » (HSR) a été élaboré par une équipe de l'OMS pour mesurer cet indicateur (Valentine, Lavallée, Bao, Bonsel, & Murray, 2003).

La réactivité a été développée d'abord pour s'appliquer à des populations générales dans le but de comparer les systèmes de santé à travers le monde (Valentine, de Silva, & Murray, 2000; Valentine, Ortiz et al., 2003). L'évaluation a permis d'identifier des différences de réactivité entre les pays à partir d'indicateurs macroscopiques : le produit national brut per capita, le type de système de santé (public ou privé), le niveau moyen de scolarité de la population, la proportion de personnes âgées dans la population et l'accessibilité géographique aux services de santé. Au niveau individuel, l'instrument a permis d'identifier des différences entre des groupes de personnes selon le sexe, l'âge, le revenu et l'ethnicité (Aalto, 2000). Lorsque les sujets étaient des informateurs clés, des différences ont été trouvées en fonction du type d'emploi exercé par le répondant (employé de l'état, chercheur ou professionnel de la santé) (de Silva & Valentine, 2000).

Une seule étude a eu recours au HSR pour évaluer la réactivité des services auprès des patients recevant des services en santé mentale (n = 312) dans une région de l'Allemagne (Bramfeld, Wedegartner, Elgeti, & Bisson, 2007). Le but visait à déterminer dans quelle mesure les dimensions de la réactivité s'appliquent à cette clientèle et à comparer la réactivité des services hospitaliers à des services externes de psychiatrie. Les résultats montrent qu'un faible niveau de réactivité est plus souvent rapporté par les personnes hospitalisées (22%) que par les personnes (15%) utilisant des services en externe. La différence est significative seulement pour les dimensions portant sur le respect de la dignité et la qualité de communication. Les types de services étaient plus performants pour les dimensions portant sur le respect de la confidentialité et de la dignité alors que celles portant sur le choix, le respect de l'autonomie et la qualité des lieux physiques avaient les niveaux les plus bas.

Les auteurs concluent que la réactivité est un indicateur utile pour le pilotage des effets de la transformation des services en santé mentale, mais les dimensions ont besoin d'être mieux définies. Ils suggèrent de plus, d'ajouter des items portant sur la continuité des soins qui est, selon eux, une dimension de la réactivité des services destinés à des clientèles atteintes de maladies chroniques.

À notre connaissance, aucune étude n'a eu recours au HSR pour évaluer la réactivité des services en cancer. Ses capacités discriminantes pour ce groupe

de patients dont le parcours thérapeutique présente des caractéristiques différentes de celui des personnes atteintes d'autres maladies chroniques sont inconnues (Murray, Kendall, Boyd, & Sheikh, 2005). Les connaissances actuelles ne permettent pas d'identifier clairement les variables possiblement confondantes qui peuvent interférer sur le lien entre l'effet de la fonction d'IPO et la réactivité des services en cancer.

Toutefois, il est reconnu que diverses caractéristiques des patients influenceraient les besoins des personnes atteintes de cancer et la perception qu'ils ont de la qualité des soins et des services : le sexe (Clarke, Booth, Velikova, & Hewison, 2006), l'âge (Balducci, 2003; Surbone, Kagawa-Singer, Terret, & Baidar, 2006), le site tumoral (Davison et al., 2002b; Degner et al., 1997), la durée de la maladie (Brédart et al., 2002), la présence de comorbidités (Koroukian, Murray, & Madigan, 2006), le type de traitement (Sandoval, Brown, Sullivan, & Green, 2006).

De plus, il est notoire que l'accessibilité au moment opportun est une condition déterminante pour éviter les effets néfastes de soins discontinus sur la qualité de vie et l'état de santé tant au niveau des services de première ligne que pour les services en cancer (Savage & Hryniuc, 2006). Par accessibilité, on entend la possibilité d'obtenir des services de santé pour préserver ou améliorer la santé (Gulliford et al., 2002). Selon la définition de ces auteurs, les situations reliées à l'accessibilité à des soins continus telles que la difficulté à rejoindre

l'équipe d'oncologie, le fait d'endurer un problème parce que les patients ne veulent pas aller à l'urgence ou ne savent qui rejoindre en cas de besoins, les difficultés lors des transitions (Smeenk, de Witte, Nooyen, & Crebolder, 2000) ainsi que le temps pour obtenir un service en cas de besoins pourraient être des variables qui pourraient influencer la perception de la réactivité.

Dans la même veine, Latimer et ses collaborateurs ont découvert lors d'une étude sur la trajectoire du cancer que l'utilisation des services peut avoir un effet sur la perception de la qualité des soins (type de services, visite à l'urgence, hospitalisation, utilisation de première ligne) (Latimer et al, 1998). Ces variables possiblement confondantes devront donc être contrôlées lors des analyses pour mesurer l'effet de l'IPO sur la réactivité des services.

En résumé, selon les données les plus récentes, il est de plus en plus reconnu que l'offre de services intégrés et centrés sur la personne repose en partie sur diverses stratégies organisationnelles dont la fonction d'IPO. La fonction d'IPO est nécessairement un dispositif de réseau qui vient redéfinir les modes d'interaction entre les acteurs impliqués directement ou indirectement dans l'offre de services. Le déploiement de cette nouvelle fonction se heurte à des obstacles liés à des enjeux dont le degré de divergence est élevé et à des significations différentes de la part des acteurs. Ainsi, la fonction d'IPO peut être vue comme un réseau en interaction avec d'autres réseaux composés d'acteurs hétérogènes (individus et organisations) se construisant autour de

l'offre de soins aux personnes atteintes de cancer. Ce réseau est appelé à s'étendre en considérant son contexte et les différentes significations que peut avoir cette fonction pour les acteurs en cause.

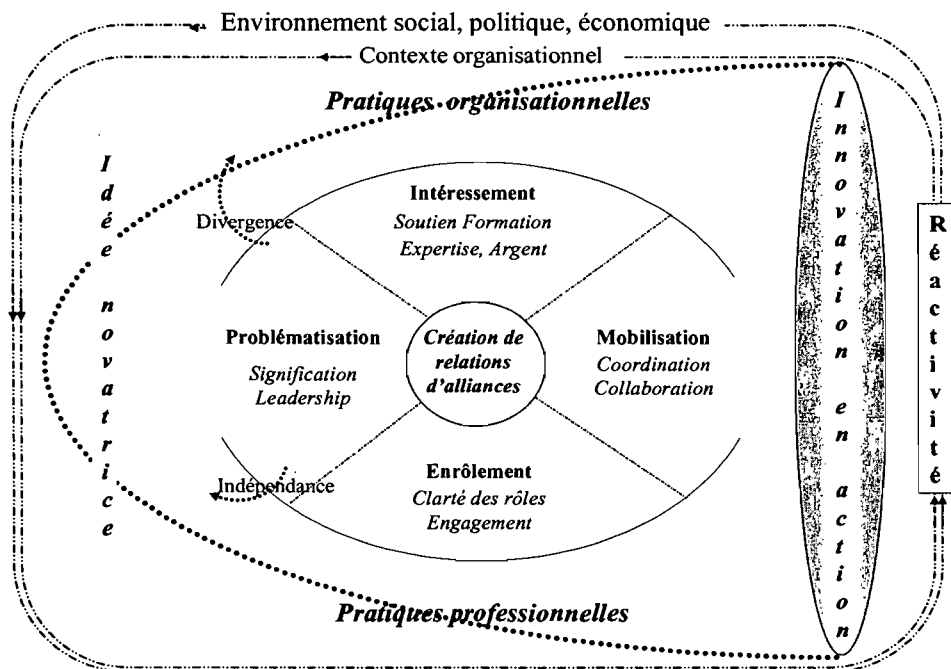
Jusqu'à maintenant, les études sur la fonction d'IPO se sont surtout concentrées sur une période après son implantation. Il n'existe actuellement aucune étude permettant d'expliquer comment la fonction d'IPO évolue à travers le temps et selon les différents milieux ni de voir l'effet de différentes évolutions sur les effets produits. Actuellement, l'élaboration théorique autour des fonctions de navigation professionnelle est au stade embryonnaire (Dohan & Schrag, 2005; Doll et al., 2007). Il est difficile d'établir la chaîne des causalités entre le contexte, les processus et les résultats de ce phénomène qui se répand de plus en plus.

Le modèle conceptuel

Cette dernière partie de la recension des écrits présente le modèle conceptuel proposé pour l'analyse de la traduction de l'innovation dans les milieux cliniques (Figure 1). Il se veut une synthèse intégrée de l'état des connaissances sur les concepts pertinents à l'investigation de la traduction de l'innovation.

La figure 1 illustre la traduction de l'innovation et son milieu d'adoption comme des réseaux dont les frontières sont perméables. Les lignes pointillées et les arcs attirent l'attention sur l'interdépendance et le travail aux frontières lors de la traduction de l'innovation dans les pratiques. Le modèle situe l'innovation comme une solution à un problème de performance des services de santé dont la réactivité. Le modèle tente d'illustrer le cheminement des idées novatrices vers l'innovation en action lorsqu'elles passent dans les pratiques professionnelles et organisationnelles. Le point de rencontre entre les pratiques et le parcours de l'innovation caractérise la co-construction mutuelle de ces deux entités lorsqu'elles se trouvent en interaction.

Figure 1. Modèle conceptuel de la traduction de l'innovation dans les milieux cliniques



La création de relations d'alliances se trouve au cœur d'un processus de traduction comportant quatre stades non linéaires: 1) la problématisation, étape à laquelle un leader (traducteur) tente d'identifier les significations que représente l'innovation pour un ensemble d'acteurs ayant des valeurs, des intérêts, 2) l'intéressement, étape à laquelle les leaders mettent en circulation des incitatifs pour rallier et fixer les intérêts des acteurs concernés par l'innovation pour faire en sorte qu'ils supportent l'innovation, 3) l'enrôlement qui consiste à obtenir l'engagement des différents acteurs pour qu'ils jouent un rôle actif dans l'actualisation de l'innovation et 4) la mobilisation, étape caractérisée par une action coordonnée et convergente de l'action en collaboration.

Cette mobilisation est l'aboutissement d'un long processus non linéaire qui ouvre sur l'innovation en action. Le gain de performance est la résultante de ce processus conduisant à l'innovation en action, c'est-à-dire qui atteint les objectifs à l'origine de sa genèse nommément de résoudre un problème de performance en raison d'une réactivité insatisfaisante. À tout moment, le processus de traduction peut être soumis à des mouvements d'opposition reliés à des divergences ou des comportements d'indépendance. Si ces difficultés ne sont pas résolues, elles peuvent créer des ruptures sur le parcours de l'innovation et conduire à un résultat mitigé ou à l'abandon de l'innovation.

Bien qu'il soit difficile d'illustrer la complexité et la temporalité de la traduction de l'innovation dans un modèle en deux dimensions, la figure 1 permet de situer la manière d'aborder le déploiement de la fonction d'IPO. Au départ, la fonction d'IPO est une idée novatrice qui vise à transformer l'offre de services en cancer pour améliorer la réactivité. Il s'agit d'un changement mandaté à l'intérieur d'un programme national et prescrit à partir d'un cadre d'application dont les normes sont clairement définies. Entre l'idée de départ et l'atteinte d'une meilleure performance des services survient tout un processus qui vise à changer les pratiques d'organisation des services et les pratiques professionnelles en même temps que l'innovation est adaptée au contact de celles-ci. C'est à travers ce processus que l'innovation est adoptée, adaptée et se traduit concrètement dans les pratiques. L'investigation d'un tel processus vise à cerner les conditions les plus favorables au déploiement de la fonction d'IPO et à déterminer comment ces conditions influencent son efficacité.

Chapitre 3 : La méthodologie

Dans ce troisième chapitre, les aspects méthodologiques de l'étude sont abordés. Premièrement, les devis de recherche et la définition des variables sont présentés. Puis, les éléments opérationnels de la recherche sont décrits, soit la constitution de l'échantillon, les démarches de la collecte et de l'analyse des données sont précisées. Finalement, les éléments liés aux critères de scientificité ainsi que les considérations éthiques sont discutés.

Le devis de recherche

Le devis de la recherche doit permettre d'atteindre le but de cette étude visant à mieux comprendre comment la fonction d'IPO se traduit concrètement dans les pratiques professionnelles ainsi qu'à évaluer les effets de différents modes de traduction de la fonction d'IPO sur la réactivité des services en cancer.

L'étude de cas est appropriée pour décrire en profondeur et expliquer des processus dynamiques en milieu naturel (Eisenhardt, 1989a; Miles & Huberman, 2003; Scholz & Tietje, 2002; Yin, 2003). Ce devis est privilégié lorsqu'il est difficile de faire une distinction entre le résultat d'une intervention et ce qu'il est possible d'attribuer aux caractéristiques du contexte de sa mise en œuvre. L'étude de cas permet de déterminer des liens entre les multiples événements survenant en milieu naturel en tenant compte de leur chronologie. En plus de vérifier s'il y a des relations entre les variables (facteurs contextuels

ou processus), l'étude de cas permet d'investiguer comment ces relations se forment (Langley, 1999). Le devis met alors l'accent sur l'optimisation de la compréhension d'un phénomène plutôt que sur la généralisation des résultats. L'ensemble permet une analyse en profondeur d'un phénomène dont les conclusions peuvent être transférables à d'autres contextes.

L'étude de cas est d'ailleurs la méthode la plus souvent utilisée dans les études fondées sur la théorie de l'acteur-réseau (Amblard, Bernoux, Herreros, & Livian, 2005). Bien que la TAR s'inscrit dans une approche constructiviste faisant appel à une investigation de nature qualitative, Callon (1991) précise que les choix méthodologiques ne doivent pas être dictés par des impératifs épistémologiques. Lorsqu'un réseau se définit à partir d'un cadre normatif, l'investigateur est légitimé d'évaluer l'atteinte de ces normes même si la quantification peut apparaître réductrice à l'explication des effets de réseaux. Le devis de la présente étude intègre ainsi une approche qualitative pour caractériser le processus de traduction de la fonction d'IPO et une approche quantitative pour comparer les effets de différents modes de traduction sur la réactivité (Morgan, 1998; Scholz & Tietje, 2002).

La sélection du cas

Le cas à l'étude est le réseau intégré de lutte contre le cancer de la Montérégie. L'hôpital a été retenu comme unité d'analyse. Ce réseau s'inscrit

dans un projet de régionalisation des services en cancer dont l'introduction de la fonction d'IPO a été le fer de lance de l'implantation. Cette région a été choisie parce qu'elle est la première et la seule région socio-sanitaire au Québec à avoir introduit en 2001 la fonction d'IPO dans l'ensemble des hôpitaux (n = 9) qui offrent des services en cancer (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003). Le tableau 2 présente les caractéristiques des hôpitaux constituant les sites d'investigation de l'étude.

Tableau 2 : Caractéristiques des sites

Sites d'investigation	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Milieu géographique	Urbain	Semi-urbain	Semi-urbain	Semi-urbain	Urbain	Urbain	Semi-urbain	Semi-urbain	Semi-urbain
Population desservie ¹	Grande	Petite	Petite	Grande	Grande	Grande	Grande	Petite	Petite
Structure organisationnelle ²	F + P	P	F	F	F	P	P	F	F
Équipe interdisciplinaire ³	C	C	I	C	M	M	I	I	M
Nombre de patients suivis / IPO (<i>caseload</i>) ⁴	Grand	Petit	Petit	Grand	Grand	Grand	Petit	Grand	Petit
Disponibilité des ressources professionnelles ⁵	S	S	S	S	P	S	P	S	P

1 Grande = 100 000 personnes et plus; Petite = moins de 100 000 personnes

2 F = Structure fonctionnelle et P = Structure par programme

3 C = Complète, I = Incomplète, M = Minimale selon la composition préconisée par le MSSS

4 Grand = 100 et plus; Petit = moins de 100 patients

5 P = Précarité de l'accès aux ressources professionnelles; S = stabilité de l'accès aux ressources

Le réseau régional en cancer repose sur quatre stratégies d'organisation principales, soit : 1) une intégration inter organisationnelle entre les hôpitaux et leur réseau communautaire, 2) une organisation hiérarchisée de services dispensés par des équipes interdisciplinaires (locale, régionale et supra régionale) ayant des rôles et des responsabilités définies, 3) un intervenant pivot intégré aux équipes locales d'oncologie et 4) des soins centrés sur la personne et offerts le plus près possible du lieu de résidence. L'agence régionale est désignée par le Ministère de la Santé et des Services sociaux pour gouverner, implanter et évaluer l'implantation des réseaux intégrés en cancer. Les hôpitaux sont rattachés à cette organisation en réseau mais demeurent des organisations indépendantes et autonomes sur le plan administratif.

Les équipes locales d'oncologie se composent minimalement d'un oncologue médical, d'une infirmière pivot, d'une infirmière désignée à l'oncologie, d'un pharmacien, d'une intervenante psychosociale et d'une responsable clinico-administrative. Certaines équipes ont intégré un médecin omnipraticien, un accompagnateur de vie spirituelle ou un représentant de l'équipe de soins palliatifs. La composition des équipes varie selon la taille de la population desservie et en fonction de la disponibilité des ressources professionnelles. Certains milieux font face à une difficulté d'accès aux ressources de sorte que certains oncologues assurent une couverture médicale dans plus d'un site et certaines équipes ont de la difficulté à combler les besoins en ressources professionnelles.

En début 2001, une IPO a été introduite dans les équipes locales d'oncologie de chacune des cliniques ambulatoires des hôpitaux indépendamment du volume d'activités des différents milieux. Un budget de formation régional et des enveloppes budgétaires réservées pour le financement des postes ont été octroyés aux hôpitaux. La formation initiale des IPO est une programmation sur mesure totalisant 70 heures sur les sujets suivants : la physiopathologie, la gestion des symptômes, la pharmacologie, la psychologie et l'approche d'intervention systémique.

La fonction d'IPO dans le réseau de services en cancer s'apparente donc à une innovation organisationnelle complexe introduite dans le cadre de l'opérationnalisation d'un programme national en cancer. La finalité de cette nouvelle fonction est de mieux répondre aux besoins des personnes atteintes de cancer. L'innovation, imposée de l'extérieur des équipes locales, implique la mobilisation de nombreux acteurs agissant à différents paliers du système de santé (local, régional, gouvernemental) et ayant des logiques différentes et souvent compétitives. Le cas à l'étude constitue un exemple typique d'une action collective construite à travers le temps au fur et à mesure qu'un nombre de plus en plus grand d'alliés s'intéresse et se mobilise autour d'un projet novateur.

La collecte des données

La collecte de données a été réalisée de manière systématique à l'aide d'un guide basé sur les concepts de la TAR. Le guide portait sur cinq dimensions :

- 1) la contextualisation permettant d'identifier les enjeux aux différents niveaux du système de santé et d'en déterminer la convergence: l'environnement macro (sociopolitique et démographique), l'environnement méso (acteurs et événements qui influencent spécifiquement les services de santé de la région), l'environnement micro (dynamiques locales autour des pratiques organisationnelles et professionnelles),
- 2) la problématisation, soit la signification donnée au projet par les différents acteurs (adhésion à la vision normative du rôle de l'IPO, les pour, les contre, les préoccupations pour la pratique,
- 3) les stratégies d'intéressement pour rallier les acteurs au réseau (information, objets techniques, argent, ressources humaines et leurs compétences),
- 4) l'enrôlement, soit les mécanismes d'attribution des rôles (négociations, ajustements mutuels, clarification) et leur exercice effectif par les différents acteurs (rôle des IPO, engagement des gestionnaires, des médecins, de l'équipe interprofessionnelle d'oncologie),

5) la mobilisation (collaboration dans les équipes interdisciplinaires d'oncologie, mécanismes de communication et de coordination). Une définition détaillée des concepts du guide constituant les variables à l'étude est présentée à l'annexe A.

La démarche adoptée dans la collecte des données est basée sur le principe de triangulation (Morse, 1991; Redfern & Norman, 1994). La triangulation est une technique qui consiste à utiliser plusieurs points de référence pour corroborer l'exactitude et la stabilité des observations issues de différentes sources de données. Cette stratégie vise non seulement à maximiser la validité des résultats en donnant de la profondeur à l'analyse mais elle contribue à réduire les biais liés aux méthodes de collectes de données ou aux instruments de mesure.

La collecte des données de la présente étude repose donc sur des sources multiples (Eisenhardt, 1989a; Yin, 2003). Les sources de données ont été choisies en fonction de la spécificité de l'information qu'elles comportaient. Les sources de données qualitatives sont l'observation directe, l'entrevue semi-dirigée, l'analyse de documents d'archives et les données quantitatives sont issues d'un questionnaire de réactivité des services de santé.

L'observation directe

L'observation directe sert à recueillir des données relatives à des comportements ou à des dynamiques observables en temps réel en milieu naturel (Yin, 2003). Dans cette étude, l'investigatrice a observé les réunions du comité de gouvernance du réseau en cancer (n = 12) entre septembre 2003 et février 2006. De plus, elle a accompagné les IPO dans leurs pratiques quotidiennes durant une quarantaine d'heures. L'exercice visait à observer le travail infirmier et les interactions avec les autres professionnels et auprès des patients. Lors de chaque séance, des notes de terrain étaient systématiquement rapportées sur une grille présentée à l'annexe B. Cette information a ensuite été intégrée à la base de données.

Les entrevues

L'entrevue est l'une des sources d'information les plus efficaces pour rendre compte des réalités selon le point de vue des acteurs (Yin, 2003). Un exemple du guide d'entrevue est présenté à l'annexe C. Ce guide était adapté selon le type d'informateur. Lors des entrevues, les questions étaient formulées, l'investigatrice soutenait la réflexion des interviewés, faisait des synthèses de leur réponse et les soumettait à l'approbation de son interlocuteur (Mucchielli, 1994). Cette souplesse au niveau de la collecte est appropriée en

autant qu'elle vienne enrichir l'explication du phénomène et demeure conséquente avec le protocole de recherche (De Weerd-Nederhof, 2001).

Les données d'entrevues semi-structurées ($n = 37$) réalisées en trois temps ont été utilisées de manière à saisir l'évolution de la perspective des infirmières qui ont occupé cette fonction depuis son introduction en 2001. Les données d'entrevues au temps 1 (T_1) en 2001 et au temps 2 (T_2) en 2003 sont des données issues d'une première étude sur l'implantation du réseau intégré de lutte contre le cancer en Montérégie à laquelle des auteurs de cet article ont collaboré (Roberge et al., 2004). Ces entrevues portaient sur la conception du rôle des IPO et sur les facteurs qui entravent ou facilitent l'introduction de cette nouvelle fonction.

L'utilisation des données secondaires issues d'une étude antérieure est une pratique répandue en recherche (Dargentas & Le Roux, 2005; Hinds, Vogel, & Clarke-Steffen, 1997; Thorne, 1990). Une attention particulière a été portée à trois aspects de l'utilisation de ces données, soit : 1) la compatibilité entre les données secondaires et l'objet de l'étude en cours, 2) la situation du chercheur par rapport à l'étude antérieure, 3) les aspects éthiques. L'objet de la première étude (T_1 et T_2) était compatible avec la présente étude (T_3) puisqu'elle portait sur l'évaluation de l'implantation du réseau intégré de lutte contre le cancer de la Montérégie dont les IPO étaient une composante. Le

secondaires a été demandé. Deux personnes n'ont pas donné suite à cette demande.

La sélection des informateurs clés au T₃ (Tableau 3) était fondée sur deux critères : 1) exercer la fonction d'IPO depuis au moins deux années dans un des hôpitaux de la région (n = 9) ou 2) avoir été acteur et témoin de l'évolution de la mise en œuvre depuis le début du projet. Les informateurs répondant à ce deuxième critère ont été choisis de manière à fournir une grande diversité de points de vue. Cette technique réfère à un échantillonnage intentionnel de type boule de neige (Patton, 2001).

La durée des entrevues a varié de 35 à 75 minutes. Toutes les entrevues ont été enregistrées sur bande audio puis transcrites de manière intégrale en mode texte par une aide professionnelle en maintenant l'anonymat des répondants. Une entrevue a été réalisée par téléphone alors que les autres étaient en face à face. Une partie d'une entrevue a été perdue en raison d'un problème technique lors de l'enregistrement et a donc été reconstruite de mémoire.

Tableau 3 : Nombre d'entrevues auprès des informateurs clés

Type d'informateurs	T ₁	T ₂	T ₃	Total
IPO	7	5	9	21
Médecins			4	4
Professionnels			4	4
Gestionnaires			4	4
Responsables de la gouvernance			4	4
Total	7	5	25	37*

* Trois informateurs occupant un double rôle ont été interviewés en tenant compte des spécificités liées à leurs perspectives multiples

Les documents d'archives

Les documents d'archives ont fourni certaines des données sur l'environnement macro, les contextes organisationnels locaux et sur des problématiques d'implantation de la fonction. La documentation a été utile pour peaufiner les questions d'entrevues et pour corroborer les renseignements provenant d'autres sources de données (Yin, 2003). Les documents (n = 121) étaient des comptes rendus de réunions, des rapports internes, des plans d'actions locaux et régionaux, des publications gouvernementales issues de la Direction de la lutte contre le cancer du Ministère de la Santé et des Services sociaux, des présentations (*PowerPoint*) données par les promoteurs du projet. L'ensemble des documents ont été produits entre 1998 et 2006. Le tableau 4 présente les sources de données utilisées. L'ensemble des données ont été

colligées dans une base de données formelle à l'aide du logiciel QSR N'Vivo (version 2.0) (Richards, 1999).

Tableau 4 : Documents d'archives produits entre 1998 et 2006 (N = 121)

Source	Types de document	(n)
MSSS ¹ du Québec	Avis et publications	9
CICM ² et ADRLSSS ³	Rapports et plans d'actions	12
Comité directeur (gouverne)	Compte rendu de réunions	27
Comité régional des IPO	Compte rendu de réunions	41
Comité régional des professionnels ⁴	Compte rendu de réunions	15
Communications orales des promoteurs	Document « Power point »	9
Promoteurs	Correspondance personnelle (lettres)	4
CICM	Programmes de formation	4
Total		121

1. MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

2. CICM : Centre intégré de lutte contre le cancer de la Montérégie

3. ADRLSSS : Agence de développement des réseaux locaux de santé et services sociaux

4. Oncologues, pharmaciens, intervenants psychosociaux

Le questionnaire de réactivité

L'efficacité de la fonction d'IPO a été mesurée à l'aide d'un questionnaire sur la réactivité. Sur le plan conceptuel, la réactivité se définit comme un indicateur de la capacité des dispensateurs de services à répondre aux besoins des utilisateurs de services (OMS, 2000). Sur le plan opérationnel,

la réactivité est mesurée par le questionnaire *Health System Responsiveness* (Valentine, Lavallée, Bao, Bonsel, & Murray, 2003).

Le HSR est une mesure de perception qui comporte 24 items pour les clientèles des services ambulatoires (*HSR_outpatient*) auxquels s'ajoutent six items pour les clientèles hospitalisées (*HSR_inpatient*) (Valentine, Lavallée, Bao, Bonsel, & Murray, 2003). Pour chacune des dimensions théoriques (promptitude de l'attention, dignité, communication, autonomie, confidentialité, choix, qualité des lieux de soins, soutien), deux à trois items portent sur l'expérience du répondant lorsqu'il interagit avec des dispensateurs de services de santé et un item sur sa perception générale de la qualité des services. Dans la présente étude, la version destinée aux clientèles ambulatoires a été utilisée en y intégrant trois items de la version destinée aux clientèles hospitalisées portant sur les aspects du soutien. Cette décision est fondée sur l'importance donnée au soutien dans l'offre de services en cancer (Fitch & Mings, 2003; Whelan et al., 2003; Willard & Luker, 2005).

Les qualités psychométriques de l'instrument ont été documentées dans plusieurs études (Darby, Valentine, Murray, & de Silva, 2001; de Silva & Valentine, 2000; Valentine, Lavallée, Bao, Bonsel, & Murray, 2003). La validité de construit du questionnaire a été vérifiée par des analyses factorielles qui confirment les huit dimensions théoriques. La fidélité a été évaluée à partir de la consistance interne et de la stabilité temporelle (test-retest). Les

coefficients alpha de chacune des dimensions varient de 0,61 et 0,91 (Tableau 5). Les dimensions promptitude ($\alpha = 0,61$) et soutien ($\alpha = 0,71$) ont les coefficients alpha les plus bas alors que toutes les autres composantes ont un coefficient alpha plus élevé que 0,80. Une consistance interne supérieure à 0,70 est jugée satisfaisante (Bernstein et Nunnaly, 1994). Le test-retest fournit un Kappa (k) de 0,83, ce qui représente une excellente reproductibilité à travers le temps.

Tableau 5 : Alpha des sous-échelles du HSR

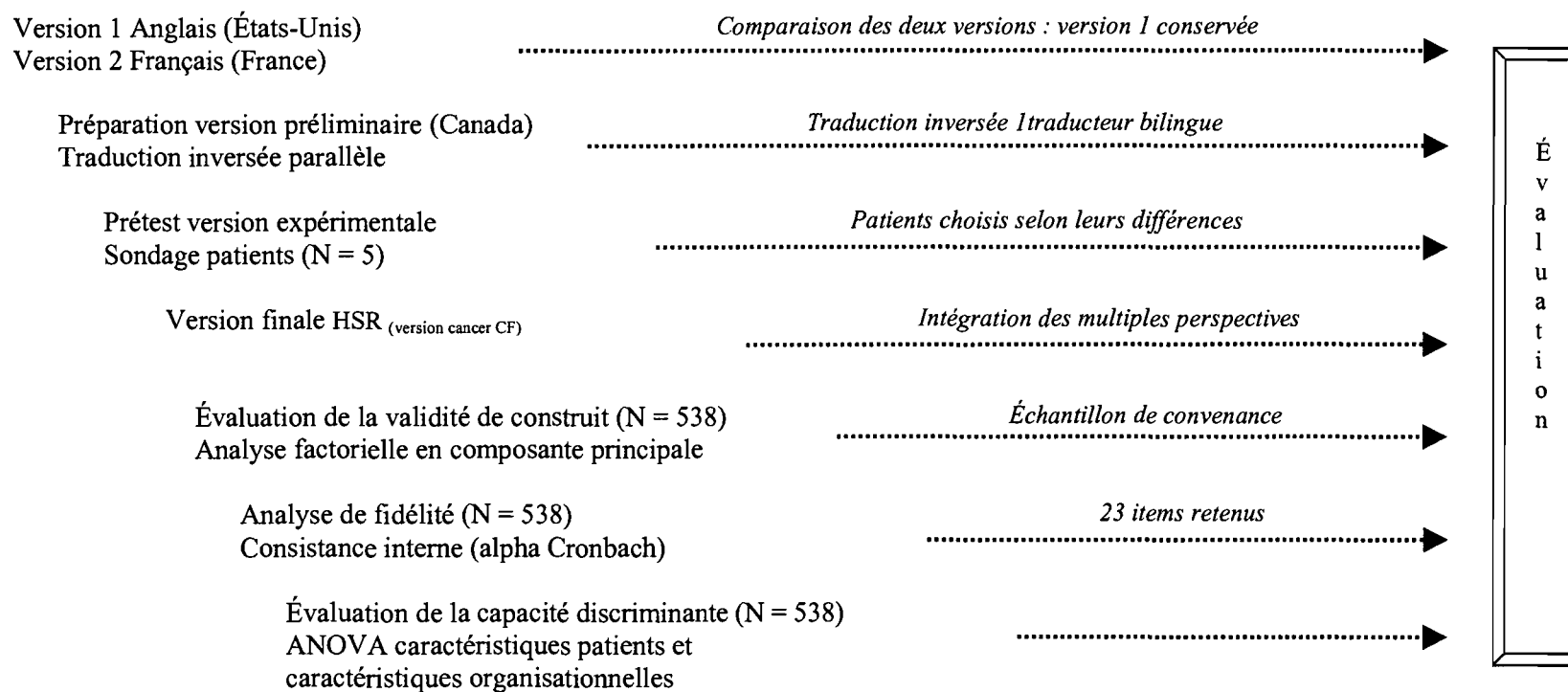
Composantes du HSR	Valeur α
Promptitude de l'attention	0,61
Dignité	0,85
Communication	0,88
Autonomie	0,81
Confidentialité	0,80
Choix	0,81
Qualité des lieux de soins	0,91
Soutien	0,71

La traduction du questionnaire de réactivité

Étant donné que le questionnaire n'a jamais été utilisé auprès d'une population atteinte de cancer dans un milieu francophone, la traduction et l'adaptation du questionnaire font partie intégrante de cette étude. La cohérence avec les aspects culturels et organisationnels de la prestation des services de santé au Québec ainsi qu'avec les aspects sémantiques de la langue dans la région où se poursuit l'enquête a été prise en considération (Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz, 2000; Massoubre, Lang, Jeager, Julien, & Pellet, 2002). La figure 1 illustre les sept étapes inspirées de Vallerand (1989) et suivies lors de la traduction et de l'adaptation transculturelle du HSR. Afin d'éviter la redondance, la méthodologie détaillée reliée à cette étape est présentée à l'article 2 du quatrième chapitre.



Figure 1 : Étapes de la traduction et de l'adaptation du « *Health System Responsiveness* » (HSR)



Le HSR était accompagné d'un questionnaire sociodémographique portant sur les caractéristiques des répondants, leur utilisation des services et les aspects liés à l'accès à des soins continus. Ces variables permettent de décrire l'échantillon et de comparer la réactivité dans différents groupes de patients en contrôlant les variables confondantes (Burns & Grove, 2001). Les variables ont été sélectionnées à partir de la littérature sur la perception de la qualité des soins en cancer et la satisfaction de cette clientèle. Les variables sur les caractéristiques des patients sont : le sexe (Clarke, Booth, Velikova, & Hewison, 2006; Davison et al., 2002b; Degner et al., 1997), l'âge (Balducci, 2003; Surbone, Kagawa-Singer, Terret, & Baider, 2006), la durée de la maladie (Brédart et al., 2002), le siège tumoral (Davison et al., 2002b; Degner et al., 1997), la présence de comorbidités (Koroukian, Murray, & Madigan, 2006) et le type de traitement (Sandoval, Brown, Sullivan, & Green, 2006).

Les variables sur l'utilisation des services ont été déterminées à partir d'études sur le cheminement des personnes atteintes de cancer dans le système de soins (Sloan et al., 2004a; Sloan et al., 2004b) et sur l'efficacité d'interventions visant une meilleure utilisation des services (Latimer, Crabb, Roberts, Ewen, & Roberts, 1998; Sussman, Howell, O'Brien, & Whelan, 2004). Ces variables sont : le type d'établissement où les traitements ont habituellement lieu, l'utilisation des services dans la communauté, la consultation à l'urgence pour un problème lié au cancer, l'hospitalisation pour un problème lié au cancer et le temps passé dans la salle d'attente. Les variables

portant sur l'accès à des soins continus sont issues des écrits sur les obstacles rencontrés par les patients lorsqu'ils tentent d'interagir avec un dispensateur de services (Brazil et al., 2003; Fraser, 1995; Gulliford et al., 2002; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004a). Ces variables sont : la difficulté à rejoindre l'équipe d'oncologie en cas de besoin, le fait d'endurer un problème parce que les patients ne savent pas qui appeler, le fait d'endurer un problème parce qu'ils ne veulent pas aller à l'urgence, le délai pour obtenir un rendez-vous ainsi que le délai entre le diagnostic et le contact avec l'IPO

Le recrutement des sujets de l'enquête

Les patients ont été recrutés dans les cliniques ambulatoires d'oncologie des hôpitaux de la Montérégie (n = 9) au moment d'y recevoir un service (traitement de chimiothérapie, visite à un professionnel, examen d'investigation, évaluation de suivi). Il s'agit d'un échantillon de convenance. Les critères d'inclusion étaient restreints au minimum de manière à assurer une plus grande représentativité de la population recevant des soins dans ce réseau intégré (Burns & Grove, 2001). Ces critères étaient : être âgé de 18 ans et plus, avoir un diagnostic de cancer, recevoir des services dans l'une des cliniques ambulatoires des hôpitaux de la région, lire et comprendre le français.

La taille de l'échantillon

D'abord, le calcul de la taille de l'échantillon pour des analyses ANOVA avec un intervalle de confiance à 95% (erreur de type 1 (α) à 0,05), une marge d'erreur de 80% (erreur de type 2 (β) à 0,20), et un *effect size* anticipé de 0,2 (Burns & Groves, 2001), la taille minimale de l'échantillon était de 377 sujets. En présumant d'un taux de réponse de 65% (Nakash, Hutton, Jorstad-Stein, Gates, & Lamb, 2006), le questionnaire devait être distribué à un minimum de 580 patients. Ensuite, la taille de l'échantillon devait permettre d'assurer la qualité de l'analyse factorielle mesurant la validité de construit de la version adaptée du questionnaire (Tabacknick & Fidell, 2001). Ces auteurs ont déterminé qu'un nombre de 300 sujets permet d'optimiser la qualité d'une analyse factorielle.

Le déroulement de l'étude

Un des enjeux de l'étude de cas est de négocier l'entrée sur le terrain afin d'établir une relation de confiance avec les intervenants dans chacun des sites participants (Yin, 2003). Le projet de recherche a d'abord été présenté aux membres du comité directeur du Réseau Cancer Montérégie, instance déléguée par l'Agence régionale pour piloter le déploiement du réseau intégré en cancer et notamment l'introduction de la fonction d'IPO.

À la suite de l'intéressement manifeste des membres du comité quant au projet, les directeurs généraux et les directrices de soins infirmiers ont été sollicités par lettre afin que leur organisation participe au projet. Simultanément, des présentations ont été faites au regroupement régional des IPO et des chefs de services pour les informer du projet et recueillir les réactions et commentaires. Une période de quatre mois a été nécessaire pour obtenir la participation de tous les sites. Les entrevues auprès des informateurs clés ont été réalisées entre décembre 2005 et mars 2006. Les variables portant sur la création d'alliances illustrent le degré de convergence des acteurs par rapport au réseau qui supporte le déploiement de la fonction d'IPO.

Pour l'enquête auprès des patients, les données ont été collectées de la mi-janvier à début mars 2006. Le personnel responsable de l'accueil à la clinique ambulatoire d'oncologie a participé à la distribution des questionnaires. Des consignes écrites leur ont été remises pour assurer l'uniformité de la distribution des questionnaires. Lorsque les patients se présentaient à la clinique pour une visite de traitement ou de suivi, la commis sollicitait la participation du patient. Si le patient acceptait, une trousse comportant les items suivants lui était remise : 1) une lettre d'information sur le projet de recherche, 2) des consignes succinctes sur les modalités pour compléter et retourner le questionnaire, 3) un questionnaire numéroté par site d'investigation et une enveloppe de retour pré affranchie (Annexe D). Après deux et quatre semaines suivant le début de la distribution des questionnaires, un message à l'intention

des patients a été affiché dans les salles d'attente des cliniques externes afin de faire un rappel.

L'analyse des données

Deux plans d'analyse ont été élaborés, un pour le traitement des données de nature qualitative et l'autre, pour les données de nature quantitative.

L'analyse des données qualitatives

Le volume de données collectées dans une étude de cas exige que l'analyse passe par une stratégie de simplification des données (Miles & Huberman, 2003; Van de Ven & Poole, 2002). Ces auteurs présentent le codage comme une stratégie pour réduire la complexité des données. Ce processus de traitement s'inscrit dans un processus itératif : exploration générale du matériel – codification hiérarchisée à partir des éléments du modèle conceptuel – identification des passages significatifs – et des thèmes récurrents du discours – identification de modèles récurrents – comparaisons des modèles dans chacun des sites – retour aux écrits – vérification auprès d'informateurs du terrain. Ce processus d'analyse permet d'organiser les données et de tirer des conclusions.

Une codification hiérarchisée semi-ouverte visait à isoler, à regrouper et à synthétiser les données. Ce type de codification permet d'identifier des unités

de sens à partir d'étiquettes pré établies selon les composantes d'un cadre de référence, des questions de recherche et des éléments problématiques, tout en gardant une ouverture pour intégrer des éléments émergents en cours d'analyse. (Miles & Huberman, 2003; Van der Maren, 1996).

Le codage permet d'identifier des thèmes partagés ou spécifiques à partir du nombre de fois où un code a été attribué à une unité d'analyse ou à partir de traits non évidents mais qui constituent des aspects fondamentaux discriminants dans l'expérience des personnes. Dans un premier temps, la codification visait à répondre au premier objectif de l'étude, soit de décrire l'évolution du processus de traduction de la fonction d'IPO dans les pratiques. Les résultats sont présentés à l'article 1.

Dans un deuxième temps, une stratégie « *orientée-variable* » (Miles & Huberman, 2003) visait à isoler, regrouper et synthétiser les données de chacun des sites. Toujours en lien avec le modèle conceptuel, il s'agissait d'identifier les variables caractérisant le contexte et les dynamiques locales propices à la création de relations d'alliances collaboratives permettant de rallier (ou non) les acteurs autour de la mise en œuvre de la fonction d'IPO (Miles & Huberman, 2003). La codification a permis d'identifier 31 variables, soit : 18 variables caractérisant le contexte des organisations locales, neuf variables caractérisant la création de relations d'alliances collaboratives entre les acteurs et cinq variables illustrant des relations d'alliances fondées sur l'indépendance.

Par la suite, une stratégie de quantification (Miles & Huberman, 2003) visait à établir une distribution des sites à partir de la sommation d'une valeur attribuée à chaque variable. Une cote numérique a été superposée à ces 31 variables (Van der Maren, 1997). Les variables, leur définition et les conditions d'attribution des cotes sont présentées à l'annexe E. La valeur 1 était attribuée lorsque la variable illustrait une caractéristique observée dans un site, la valeur 0 lorsque que la variable n'était pas présente et la valeur 0,5 représentait une position mitoyenne. Lorsque les variables illustraient une situation de relations d'alliances fondées sur l'indépendance, une valeur négative était attribuée. Toutes les cotes ont été octroyées en donnant un poids égal à chaque variable (Van der Maren, 1996). Le score de la contextualisation pouvait varier entre 0 et 18 et le degré de convergence entre -5 et 9.

Pour chacun des neuf sites, la sommation des indices caractérisant le contexte (contextualisation) et la sommation des indices caractérisant le degré de convergence des relations d'alliances entre les acteurs ont été calculées. Il a été possible d'établir un ordre relatif des sites les uns par rapport aux autres. Par la suite, une matrice mettant en relation ces deux dimensions visait à regrouper les sites en fonction de leurs similitudes et leurs différences. En illustrant ce positionnement, nous avons obtenu une matrice de distribution des sites selon les caractéristiques de leur contexte et la convergence des relations d'alliances. Les tableaux de la sommation des scores et de la matrice de distribution des sites sont présentés à l'annexe F.

À partir de cette distribution, il était possible de postuler que : 1) les sites ayant des scores plus élevés quant aux caractéristiques contextuelles et au degré de convergence illustraient une traduction optimale de la fonction d'IPO « Traduction optimale ». Les sites présentant un contexte moins favorable à l'innovation avec un plus faible degré de convergence illustraient une traduction non optimale de la fonction d'IPO « Traduction mitigée ». Il était attendu que les sites (n = 5) du groupe de la « Traduction optimale » de la fonction d'IPO étaient associés à une réactivité plus élevée comparativement au regroupement des sites (n = 4) avec une traduction mitigée.

Ce plan d'analyse des données qualitatives visait l'atteinte des deux premiers objectifs de cette étude, soit de décrire le processus de traduction de la fonction d'IPO et d'identifier les conditions qui favorisent ou entravent ce processus.

L'analyse des données quantitatives

Le troisième objectif de l'étude devait permettre d'évaluer les effets de différents modes de traduction de la fonction d'IPO sur la réactivité des services en cancer. Un devis comparatif visait ainsi à identifier l'occurrence de différence de la réactivité selon le mode de traduction.

Une première étape visait à évaluer l'homogénéité des sujets des deux groupes de comparaison à l'aide de tests de Khi-deux. Par la suite, des analyses de variance ANOVA à un facteur ont été conduites. Dans les modèles ANOVA, les modes de traduction de la fonction d'IPO étaient les variables indépendantes et les dimensions du questionnaire de la réactivité, les variables dépendantes. (Article 2). Lorsque des différences significatives étaient identifiées, des comparaisons deux à deux des différents niveaux ont été menées à l'aide du test post hoc de Tukey (Field, 2005). Par la suite, des modèles ANOVA à deux facteurs ont été conduits pour évaluer la présence d'effet d'interaction du mode de traduction et des variables portant sur les caractéristiques des patients, de l'utilisation des services et de la continuité des soins.

Les critères de scientificité de cette étude

Les critères pour attester de la scientificité des recherches telles que l'étude de cas soulèvent plusieurs débats depuis longtemps (Cook & Campbell, 1979). Les critères de scientificité renvoient aux notions de la rigueur s'illustrant traditionnellement dans la précision et l'exactitude de la recherche (Ratcliffe & Gonzalez-del-Valle, 1986). Ces critères sont multiples et il n'y a pas de consensus quant à leur définition, leur fonction et leur appellation (Miles & Huberman, 2003).

Miles et Huberman (2003) abordent quatre enjeux principaux associés à la véracité et à l'authenticité de la recherche en milieu naturel : 1) l'objectivité, 2) la fidélité, 3) la validité, 4) la validité externe. Ces enjeux peuvent être regroupés et confrontés à différentes stratégies pour contrôler la qualité d'une étude.

L'objectivité vise à contrer le biais inévitablement induit par l'investigateur lors de l'analyse qualitative. Lehoux (1996) souligne que l'altération du regard critique est un des défis lors de l'utilisation de la TAR pour l'évaluation d'une innovation. L'objectif est de garder une distance pour éviter que l'interprétation des faits ne se réduise à un jugement fallacieux fondé sur les présupposés du chercheur (Lehoux, 1996). Les stratégies utiles pour que le lecteur puisse juger de l'objectivité d'une étude sont de rendre explicites les biais du chercheur et démontrer que la conduite du projet est raisonnable et digne de confiance (Guba et Lincoln, 1989). On rejoint ici la fidélité qui concerne la cohérence de l'étude en terme de durée de l'investigation et d'implication à long terme sur le terrain, d'adéquation des chercheurs au phénomène à l'étude et à la méthode de recherche.

La validité interne réfère au degré de concordance et d'isomorphisme entre le processus de construction des connaissances et les multiples réalités d'un phénomène empirique observé dans toute sa globalité (Miles & Huberman, 2003). Les stratégies pour assurer la validité interne sont

l'articulation entre le mode d'analyse et le modèle théorique. L'adoption de propositions théoriques et le recours à un cadre conceptuel compensent le problème inhérent au nombre de variables qui excède fortement le nombre d'unités d'observation.

Quant à la validité externe, elle a trait au degré de généralisation des résultats d'une étude à d'autres populations, lieux et périodes de temps ayant des caractéristiques similaires (Cook et Campbell, 1979). Par ailleurs avec l'étude de cas, il ne s'agit pas d'une généralisation de nature quantitative ou statistique permettant d'extrapoler, selon un modèle probabiliste, les conclusions obtenues à partir d'un échantillon à une population semblable mais plus vaste (Eisenhardt, 1989a, 1989b; Yin, 2003).

Une première modalité est la généralisation analytique ou théorique où les résultats issus d'une étude servent à tester, raffiner ou modifier une théorie, un modèle ou un concept donné ou encore, à prévoir des événements dans un contexte semblable. Une deuxième modalité réfère au potentiel de transférabilité. Il dépend du jugement d'un lecteur extérieur à l'étude qui, à partir d'une description riche et détaillée du projet de recherche, se saisit du phénomène étudié dans son contexte pour ensuite comparer les conclusions avec des situations familières et déterminer si les résultats sont signifiants ou non pour lui.

Ces enjeux étant soulevés, les diverses stratégies suivantes ont été mises à profit pour assurer la qualité de cette étude. Premièrement, la démarche de recherche a été guidée par une théorie spécifique au phénomène à l'étude permettant d'assurer la cohérence entre la problématique, la méthodologie de recherche et les résultats. L'adoption du principe de triangulation pour la collecte de données permet de compenser les limites liées aux sources de données (Denzin & Lincoln, 1998; Yin, 2003), les biais d'échantillonnage des informateurs clés (Laperrière, 1997; Miles & Huberman, 2003; Morse, 1991) et les effets liés à l'utilisation de données provoquées ou invoquées (Van der Maren, 1996). Finalement, le traitement des données a suivi un ensemble de procédures très strictes pour assurer la qualité du codage : le double codage différé dans le temps, l'analyse du contenu résiduel après que tous les documents aient été codés, l'utilisation d'un lexique de codes et finalement, la rédaction de mémos tout au long de l'analyse qualitative (Van der Maren, 1996).

Les considérations éthiques de la recherche

Afin de respecter les considérations d'ordre éthique, le projet a été approuvé par les comités d'éthique de l'Université de Montréal et des cinq centres hospitaliers qui disposaient de telles structures (Doucet, 2002). Chacun des informateurs clés devait signer un formulaire de consentement formulé de manière à éclairer la décision de participer à l'étude (Annexe G). Même si

toutes les précautions ont été prises pour dénominaliser et rendre anonymes les données et les résultats, il est possible que des extraits de verbatim ou des descriptions de contexte fassent en sorte que certaines personnes puissent identifier des informateurs clés ou des organisations. Bien que le fait de regrouper selon leur mode de traduction minimise ce risque, ces aspects ont été soulevés de manière explicite dans le formulaire de consentement.

Un autre élément de préoccupation est le fait de préserver l'anonymat des organisations et des participants. Pour assurer la confidentialité des informations, seuls l'auteur de l'étude et ses directeurs académiques, tous tenus au secret professionnel, ont eu accès aux données brutes. La professionnelle qui a transcrit les verbatim a signé un accord de confidentialité. Tous les enregistrements, questionnaires et formulaires de consentement ont été mis sous clés dans un classeur au bureau de l'auteur dont elle seule a l'accès. Les données seront conservées pour une période de sept ans selon les règles en vigueur à l'Université de Montréal.

Chapitre 4 : Les résultats

Ce quatrième chapitre expose les trois articles concernant les résultats de cette étude. Le premier article intitulé « *La traduction d'une innovation organisationnelle complexe dans les pratiques cliniques : la fonction d'infirmière pivot en oncologie* » utilise la TAR pour comprendre comment ce nouveau rôle, clairement défini au niveau conceptuel dans le *Programme québécois de lutte contre le cancer*, est sujet à diverses interprétations et se déploie de manière différente selon les milieux.

Le deuxième article aborde l'aspect méthodologique de la validation d'un instrument de mesure de la réactivité, soit le « *Heath System Responsiveness* » traduit en français et adapté à l'organisation des services en cancer. Cet article s'intitule « *Validation d'une version canadienne-française d'un questionnaire de réactivité des services en cancer selon le concept de réactivité de l'OMS* ». Ce questionnaire permet d'évaluer l'effet de la fonction d'IPO sur la capacité des services en cancer à répondre aux besoins des patients.

Le troisième article décrit les conditions qui influencent la traduction de la fonction d'IPO dans les différents milieux et compare l'effet de différents modes de traduction sur la réactivité des services en cancer. Cet article s'intitule « *L'infirmière pivot en oncologie : une valeur ajoutée pour la réactivité des services en cancer* ».

Dominique Tremblay est l'auteur principal des trois articles de l'étude. Elle a procédé à la recension des écrits, à la collecte et aux analyses des données. Elle a rédigé les articles et les co-auteurs ont apporté une critique aux manuscrits et dirigé les travaux. Une déclaration de tous les co-auteurs a été signée.

**Article 1. La traduction d'une innovation organisationnelle complexe
dans les pratiques cliniques :
la fonction d'infirmière pivot en oncologie**

Dominique Tremblay, PhD (cand)

Danielle D'Amour, PhD

Jean-Louis Denis, PhD

Introduction

Parmi les solutions envisagées pour optimiser le parcours thérapeutique des personnes atteintes de cancer, la fonction d'infirmière pivot en oncologie (IPO), aussi appelée *nurse navigator in oncology*, se répand de plus en plus comme un élément clé de plusieurs programmes en cancer non seulement au Québec (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997, 2003, 2007), mais aussi au Canada (Canadian Strategy for Cancer Control, 2002; Cancer Advocacy Coalition of Canada, 2004) et ailleurs dans le monde (Hede, 2006; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2005).

Bien qu'il n'existe pas de définition unique de la fonction d'IPO, elle se veut une solution à la fragmentation des services en cancer. Elle vise à favoriser l'accès aux services, la continuité, la coordination et le développement de nouveaux modes de collaboration entre les professionnels et les organisations. La finalité poursuivie est d'améliorer la capacité de répondre aux besoins des personnes atteintes dans toute leur globalité par cette maladie. Cette fonction

intègre quatre rôles, soit l'évaluation de l'état de santé et des besoins, l'éducation à la santé et l'enseignement des auto-soins, le soutien et la coordination des soins (de Serres & Beauchesne, 2000). L'introduction de cette nouvelle fonction peut être abordée comme une innovation organisationnelle complexe dans les milieux cliniques. Une innovation organisationnelle étant l'adoption d'un changement qui est nouveau dans une organisation (Hage, 1999).

Les études montrent que, même si une innovation est définie de manière normative dans un projet de transformation des systèmes de santé, la réponse organisationnelle varie d'un milieu à l'autre. (Champagne, 2002; Trisha Greenhalgh, Robert, Bate, Mcfarlane, & Kiriakidou, 2005). Lozeau et ses collaborateurs ont identifié quatre types d'interaction entre l'innovation et l'organisation, soit l'adoption, l'adaptation, l'acceptation superficielle ou le rejet (Lozeau, Langley, & Denis, 2002). Toutefois, les connaissances actuelles permettent difficilement d'expliquer les facteurs et les événements qui modulent ce qui se passe entre le moment où une idée novatrice est adoptée dans une organisation, le changement qui en découle au niveau des pratiques et les effets sur les résultats de soins.

La clé d'une meilleure compréhension de la réponse organisationnelle à l'innovation passerait par l'approfondissement des microprocessus de changement des pratiques des individus. La réponse organisationnelle à


l'innovation pourrait être mieux comprise à partir d'une perspective centrée sur l'interaction entre des éléments organisationnels (macro) et des éléments de la pratique (micro) (Denis, 2002; Ferlie, Fitzgerald, Wood, & Hawkins, 2005; Stensaker & Falkenberg, 2007). Une meilleure compréhension de cette interaction est importante parce qu'elle pourrait permettre de maximiser le potentiel de la fonction d'IPO en tant que stratégie de renouvellement de l'offre de services en cancer.

Le but de l'article

À partir de l'introduction de la fonction d'IPO dans les équipes interdisciplinaires en oncologie, le but de cet article est de mieux comprendre comment l'innovation organisationnelle se traduit dans les milieux cliniques à travers le temps.

Le cadre de référence


Cette étude s'appuie sur l'idée que le passage des idées novatrices dans les pratiques suit un parcours non linéaire ponctué de moments où le projet progresse et de moments où il stagne ou régresse selon la réponse des acteurs (individus, groupes, organisations). La traduction de la fonction d'IPO dans les pratiques est conceptualisée comme un processus d'adaptation réciproque entre



l'innovation et les milieux cliniques. Nous avons eu recours à la théorie de l'acteur-réseau (TAR) pour structurer notre investigation.


La TAR postule qu'adopter une innovation, c'est l'adapter de manière à ce qu'elle puisse être reconnue comme une solution incontournable à un problème de société (Akrich, Callon, & Latour, 2002a, 2002b; Callon, 1986a; Latour, 1989, 2005b). Cette théorie offre les outils conceptuels et méthodologiques pour mieux comprendre les différentes formes que peut prendre le parcours d'une innovation lorsqu'elle se retrouve entre les mains de nombreux acteurs ayant des valeurs et des intérêts multiples et souvent compétitifs. L'innovation et les acteurs qui la supportent sont représentés comme des réseaux qui se co-construisent au fur et à mesure qu'un nombre de plus en plus grand d'alliés se mobilisent autour d'un projet commun. La TAR est particulièrement bien adaptée pour comprendre l'interaction entre les multiples variables contextuelles et l'enchaînement des interactions qui structurent l'action collective dans les organisations pluralistes tels que les milieux cliniques (Denis, Langley, & Rouleau, 2007). Elle permet d'expliquer comment la convergence des pratiques autour d'une innovation est possible en dépit de la fragmentation des lieux de prise de décision, de la cohabitation de différentes logiques et des intérêts multiples souvent divergents.

Nous partageons avec la TAR l'idée que différents acteurs (médecins, professionnels, gestionnaires, responsables de gouverne régionale, décideurs



politiques) se forgent leur propre représentation d'une innovation à partir de leurs valeurs et de leurs intérêts (Akrich, Callon, & Latour, 2002a; Callon, 1986a). Les différentes significations données à l'innovation expliqueraient en grande partie comment elle se traduit différemment dans les milieux. L'innovation en action exige le recours à diverses stratégies ciblant les différents registres d'identification, de cognition et d'action pour faire passer les acteurs (individus, groupes ou organisations) d'une position isolée à une acceptation de collaborer à l'actualisation d'un projet. Callon (1986) décrit l'évolution de la traduction de l'innovation dans les pratiques à partir de quatre stades successifs, non nécessairement linéaires, inextricablement liés au contexte, soit la problématisation, l'intéressement, l'enrôlement et la mobilisation.

La *problématisation* est le stade où les leaders (aussi appelés traducteurs dans le vocabulaire de la TAR) proposent une solution à un problème en même temps qu'ils adaptent cette solution pour intéresser le plus grand nombre possible d'alliés au projet ; *l'intéressement* réfère à l'ensemble des stratégies pour déterminer et fixer les intérêts des acteurs clés pour qu'ils s'identifient au projet en émergence ; *l'enrôlement* illustre un intéressement réussi et réfère à la répartition plus ou moins volontaire des rôles et des responsabilités pour faire tenir le réseau autour de l'innovation et finalement, *la mobilisation* est le stade où les acteurs collaborent à la concrétisation d'un projet d'innovation et dont la



forme aboutie se décline sous la forme de pratiques que l'on remet de moins en moins en question, du moins pour un certain temps.

Nous avons eu recours aux repères conceptuels de la TAR et à ses quatre stades de traduction pour reconstruire la traduction de la fonction d'IPO dans les différents milieux cliniques. Ils ont permis de suivre son parcours à travers le temps et dans l'espace depuis l'idée promue par le *Programme québécois de lutte contre le cancer* (PQLC) en 1998 jusqu'à cinq ans après son introduction dans les milieux, soit en début 2006.

La méthodologie

Le devis de l'étude

Le devis est une étude de cas unique multicentrique (Miles & Huberman, 2003). Le cas est délimité par le territoire géographique d'une région socio-sanitaire du Québec. Cette région a été choisie parce qu'au moment de l'étude, elle était la première et la seule région à avoir introduit systématiquement la fonction d'IPO dans l'ensemble des neuf hôpitaux qui dispensent des services en cancer. L'hôpital a été retenu comme unité d'analyse. Le tableau 1 présente les caractéristiques de chacun de ces sites d'investigation.




Tableau 1. Caractéristiques des sites d'investigation

Sites	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Milieu géographique	Urbain	Semi-urbain	Semi-urbain	Semi-urbain	Urbain	Urbain	Semi-urbain	Semi-urbain	Semi-urbain
Population desservie ¹	Grande	Petite	Petite	Grande	Grande	Grande	Grande	Petite	Petite
Structure organisationnelle ²	F + P	P	F	F	F	P	P	F	F
Équipe interdisciplinaire ³	C	C	I	C	M	M	I	I	M
Nombre de patients suivis / IPO caselaod ⁴	Grand	Petit	Petit	Grand	Grand	Grand	Petit	Grand	Petit
Disponibilité des ressources professionnelles ⁵	S	S	S	S	P	S	P	S	P

1 G = 100 000 personnes et plus; P = moins de 100 000 personnes

2 F = Structure fonctionnelle et P = Structure par programme

3 C = Complète, I = Incomplète, M = Minimale selon la composition préconisée par le MSSS

4 G = 100 et plus; P = moins de 100 patients

Nous avons utilisé une approche de recherche qualitative à la fois inductive, hypothético-déductive et interprétative (Eisenhardt, 1989a; Langley, 1999). Elle est inductive parce que l'explication du phénomène s'élabore à partir des données empiriques provenant de diverses sources. Elle est hypothético-déductive parce que l'explication par pure induction est balancée par une structure théorique *a priori*. Finalement, elle est interprétative puisque l'analyse des données vise à identifier des patterns permettant de formuler des propositions théoriques à partir de l'étude de cas.

La collecte des données

La collecte de données a été réalisée de manière systématique à l'aide d'un guide basé sur les concepts de la TAR. Il portait sur cinq dimensions, soit :

- 1) la contextualisation permettant d'identifier les enjeux aux différents niveaux du système de santé et d'en déterminer la convergence : le macro environnement (acteurs et événements sociopolitiques et démographiques), le méso environnement représentant la gouvernance régionale (acteurs et événements qui influencent spécifiquement les services de santé de la région) et l'environnement micro (acteurs et événements autour des pratiques organisationnelles et professionnelles dans les équipes locales),
- 2) la problématisation, soit la signification donnée au projet par les différents acteurs (adhésion à la vision normative du rôle de l'IPO, les pour, les contre, les préoccupations pour la pratique,
- 3) les stratégies d'intéressement pour rallier les acteurs au réseau,
- 4) l' enrôlement, soit les mécanismes d'attribution des rôles et leur exercice effectif par les différents acteurs et
- 5) la mobilisation se traduisant par la création d'alliances collaboratives entre les acteurs-réseaux.

Trois sources de données ont été utilisées de manière complémentaire, soit l'observation directe, l'analyse documentaire et l'entrevue semi-dirigée (Yin, 2003). L'observation directe a été réalisée par l'un des auteurs (DT). Elle a assisté aux réunions du comité directeur du réseau entre mars 2003 et mai 2006 (n = 12). Elle-même infirmière, elle a accompagné des IPO dans leur

travail (réunions interdisciplinaires, suivi téléphonique, continuité de soins avec les services dans la communauté, enseignement des auto-soins) durant une quarantaine d'heures. L'analyse documentaire est basée sur des documents d'archives (n = 121), produits entre 1998 et 2006, en lien avec l'organisation des services en cancer et la fonction d'IPO (Tableau 2).

Tableau 2 : Documents d'archives (N = 121)

Source	Types de documents	(n)
MSSS du Québec ¹	Avis et publications	9
CICM ² et ADRLSSS ³	Rapports et plans d'action	12
Comité directeur	Compte rendu de réunions	27
Comité régional des IPO	Compte rendu de réunions	41
Comités régionaux des professionnels ⁴	Compte rendu de réunions	15
Communications orales des promoteurs	Document « Power point »	9
Promoteurs	Correspondance personnelle (lettres)	4
CICM	Programmes de formation	4
Total		121

¹ MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

² CICM : Centre intégré de lutte contre le cancer de la Montérégie

³ ADRLSSS : Agence de développement des réseaux locaux de santé et services sociaux

⁴ Oncologues, pharmaciens, intervenants psychosociaux

Les données d'entrevues semi-structurées ($n = 37$) ont été collectées en trois temps. Les données d'entrevues au temps 1 (T_1) en 2001 et au temps 2 (T_2) en 2003 sont issues d'une étude sur l'implantation du réseau intégré de lutte contre le cancer en Montérégie à laquelle des auteurs de cet article ont collaboré (Roberge et al., 2004). Ces entrevues portaient sur la conception du rôle des IPO et sur les facteurs qui entravent ou facilitent l'introduction de cette nouvelle fonction. Les données au temps 3 (T_3) ont été collectées en 2006. La sélection des informateurs clés au T_3 (Tableau 3) était fondée sur deux critères : 1) exercer la fonction d'IPO depuis au moins deux années dans un des hôpitaux de la région ($n = 9$), 2) avoir été impliqué dans la mise en œuvre de la fonction d'IPO depuis le début. Les informateurs répondant à ce deuxième critère étaient choisis de manière à fournir une grande diversité de points de vue. Cette technique réfère à un échantillonnage intentionnel de type boule de neige (Patton, 2001).

Toutes les entrevues étaient enregistrées sur bande audio puis, retranscrites intégralement. La durée des entrevues variait entre 45 et 90 minutes. Tout le matériel a été intégré dans une base de données et analysé à l'aide du logiciel QSR N'Vivo (version 2.0) (Richards, 1999).

Tableau 3 : Entrevues selon le type d'informateurs clés (N = 37)

Type d'informateur	T ₁	T ₂	T ₃	Total
IPO	7	5	9	21
Médecins			4	4
Professionnels			4	4
Gestionnaires			4	4
Responsables de la gouvernance			4	4
Total	7	5	25	37*

* Trois informateurs occupaient plus d'une fonction. L'entrevue a tenu compte des spécificités liées à chacune de leurs fonctions

L'analyse des données

Une meilleure compréhension de la traduction de la fonction d'IPO dans les milieux cliniques nous a conduits à élaborer les questions d'analyse suivantes : 1) qu'est-ce qui caractérise le contexte d'introduction de la fonction d'IPO, 2) comment se positionnent les gestionnaires, les professionnels et les infirmières à l'égard de la fonction, 3) quelles sont les stratégies utilisées par les promoteurs du projet pour intéresser les acteurs à collaborer, 4) comment se négocient les ajustements entre les professionnels et les organisations autour de la division du travail et de la coordination des soins, 5) qu'est-ce qui caractérise les relations d'alliances entre les acteurs (individus, organisations).

Le codage a été choisi comme modalité pour traiter systématiquement les nombreuses données recueillies (Miles & Huberman, 2003; Van de Ven &

Poole, 2002; Van der Maren, 1996). Une codification hiérarchisée semi-ouverte visait à synthétiser les nombreuses données selon une liste de concepts pré-établis tout en permettant l'utilisation de nouveaux codes émergeant au cours de l'analyse. Les données ont été classées selon les types d'acteurs, les types d'hôpitaux, les types d'arguments pour et contre l'introduction d'une nouvelle fonction, les stratégies de résolutions des oppositions et les résultats en terme de mobilisation des acteurs.

La classification finale visait à mettre ces typologies en lien avec les quatre stades de traduction décrits dans la TAR (problématisation, intéressement, enrôlement, mobilisation). Plusieurs matrices ont été élaborées pour rechercher des modèles récurrents de différenciation ou d'association de variables contextuelles et d'événements (Miles & Huberman, 2003). Après plusieurs itérations, il a été possible d'identifier les facteurs contextuels et les événements qui ont ponctué le parcours de la fonction d'IPO à travers les différents stades de traduction de l'innovation.

Les résultats

Les résultats mettent en lumière le processus d'adaptation réciproque entre la fonction d'IPO, les pratiques professionnelles et le contexte organisationnel. Ce processus est décrit à l'aide des quatre stades de la traduction de l'innovation : la problématisation, l'intéressement, l'enrôlement et

la mobilisation. Ce processus est considéré indissociable du contexte dans lequel il évolue.

La contextualisation

La contextualisation permet de situer la traduction de la fonction d'IPO dans son contexte multiniveaux depuis l'environnement sociopolitique jusqu'au niveau local, en passant par le niveau régional. Cette nouvelle fonction s'inscrit dans le Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLC) (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997). Cette nouvelle fonction intègre deux volets, soit : 1) des interventions de soins infirmiers aux patients: l'évaluation de l'état de santé, l'éducation à la santé et l'enseignement des auto-soins, le soutien en tenant compte des besoins biopsychosociaux et spirituels et 2) des activités de coordination des soins tout au long du parcours de la maladie. L'aspect novateur relève de la continuité relationnelle établie entre un professionnel et un patient spécifiquement désigné pour coordonner les soins tout au long du parcours thérapeutique.

Les décideurs ont statué sur le fait que les compétences et les connaissances nécessaires à l'exercice de la fonction exigeaient de désigner une infirmière rejetant du même coup la possibilité que d'autres professionnels puissent exercer cette fonction. Cette norme imposée par le ministère a contribué à formaliser le rôle et à uniformiser sa mise en œuvre. Pour certains,

la définition imposée par le ministère et appliquée dans la région permettait de protéger l'intégrité de la fonction alors que pour d'autres, ce cadre normatif apparaissait rigide et contraignant.

La régionalisation a été un levier important pour faire tenir ensemble le réseau d'acteurs distribués géographiquement dans les neuf sites ayant chacun leur propre culture. L'introduction des IPO, bon gré mal gré, dans tous les hôpitaux de la région « *constituait en quelque sorte un cheval de Troie pour entrer dans les milieux et ensuite aller plus loin dans l'intégration et la coordination des services au niveau régional (Promoteur)* ». On comptait sur les effets structurants de la fonction d'IPO pour introduire dans chaque équipe locale de nouvelles pratiques conformes aux orientations du PQLC. Si on arrivait à démontrer aux médecins que « *l'intervention des IPO facilitait leur travail et améliorait la qualité de vie et la satisfaction des patients, on pourrait les intéresser à collaborer à une offre de soins mieux intégrée (Promoteur)* ».

Au niveau local, les hôpitaux présentaient des caractéristiques diversifiées en terme de milieu géographique, de population desservie, de structure organisationnelle, de composition de l'équipe interdisciplinaire et en terme de précarité des ressources spécialisées en oncologie. Ces caractéristiques semblent influencer l'offre de services, notamment en ce qui a trait à la référence des patients. En effet, lorsque l'équipe interdisciplinaire est mieux consolidée et qu'elle se réunit selon un calendrier régulier, les patients sont

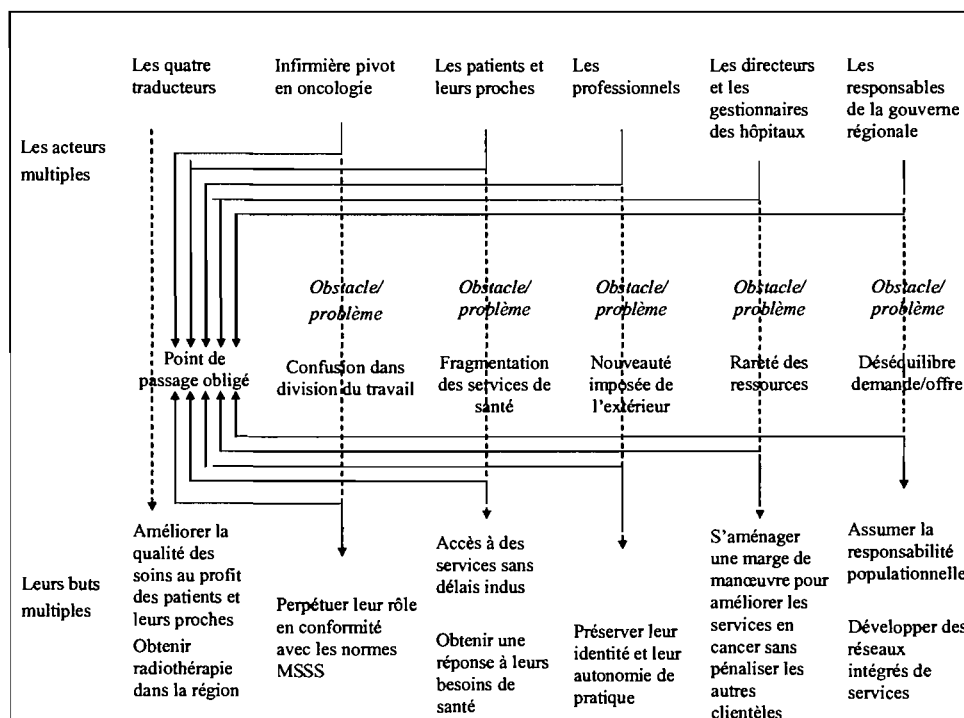
systematiquement référés à l'IPO alors que lorsque l'équipe est minimale, c'est souvent l'IPO qui recrute les patients en étant présente à la clinique ambulatoire. Dans les milieux où le nombre de patients suivis par l'IPO est grand et l'équipe interdisciplinaire minimale ou incomplète, les IPO rapportent plus de difficultés à exercer les quatre aspects de leur rôle délaissant plus souvent la globalité de leur approche au profit d'une pratique plus axée sur la gestion de symptômes physiques et « *l'aiguillage* » dans le système.

La problématisation

La problématisation est le premier stade de traduction où les différents groupes d'acteurs qui poursuivent des buts multiples selon leurs valeurs et leurs intérêts ont leur propre définition du problème et de sa solution. Pour résoudre les problèmes de fragmentation des services, la fonction d'IPO devait être reconnue par les différents groupes d'acteurs comme un incontournable autour duquel ils devraient se mobiliser. La mise en évidence des problèmes rencontrés par les patients et la contribution de l'IPO à les régler a été une des stratégies pour convaincre : « *Les besoins des patients sont nombreux et on arrive difficilement à les combler avec les ressources disponibles. Régler les problèmes reliés aux services en cancer, c'est régler les problèmes du système de santé puisque c'est la maladie qui exige le plus de ressources. (Gestionnaire)* ».

Pour répondre aux besoins globaux des patients, « *tout le monde a été en accord avec l'idée de départ (Promoteur)* ». La controverse a été soulevée lorsqu'il fut décidé au ministère que c'est une infirmière qui occuperait la fonction d'intervenant pivot. D'abord parce que plusieurs autres types de professionnels auraient voulu jouer ce rôle et ensuite, parce que les IPO incarnaient un projet vu comme une intrusion dans les pratiques autonomes et indépendantes des professionnels et des organisations. Des tensions autour de la division du travail ont forcé la renégociation du partage des zones communes d'interventions professionnelles. La figure 1 montre que l'introduction de la fonction d'IPO implique un détournement plus ou moins volontaire des pratiques usuelles des différents acteurs. L'alignement de leurs pratiques vers la solution que représente l'IPO aux problèmes de l'offre de services ne peut être défini *a priori* en présumant leur appartenance à un groupe. Alors que certains vont reconnaître l'utilité de la fonction d'IPO pour contourner les obstacles qu'ils rencontrent dans la réalisation de leurs objectifs (lignes pleines), d'autres n'accepteront pas cette solution et en conséquence, refuseront de changer leurs pratiques (lignes pointillées).

Figure 1 : Schéma de la problématisation autour de l'IPO



* Adaptation du schéma de Callon (1986, p. 184)

Même si les différentes problématisations ne s'alignaient pas toujours dans le sens du changement souhaité, des efforts importants ont été consentis par les différents groupes d'acteurs pour soutenir le déploiement de la fonction dans les différents milieux.

Les leaders du projet : dans le langage de la TAR, le rôle des leaders s'apparente à celui d'un traducteur. Les traducteurs sont trois experts cliniques en oncologie cumulant des fonctions administratives et un gestionnaire de l'agence régionale. Ils se sont engagés à long terme dans ce projet et sont

reconnus pour leur expertise. L'un deux est un oncologue réputé et impliqué à plusieurs niveaux du système de santé et en recherche. Il a un réseau personnel étendu et tissé solidement *« c'est une des rares personnes à être capable de faire les liens entre les différents paliers du système et ça fait toute une différence (Gestionnaire) »*.

Deux infirmières ayant un rôle clinico-administratif travaillent étroitement en collaboration avec ce dernier. Une est responsable de coordonner l'implantation des IPO alors que l'autre s'occupe de coordonner la gestion du réseau intégré en cancer. Enfin, le responsable de l'agence régionale agit comme promoteur du projet et d'intermédiaire entre l'agence régionale et les différents milieux de soins.

Leurs compétences diversifiées permettent de travailler à la création de relations d'alliances interprofessionnelles et inter organisationnelles et simultanément, de créer des relations d'alliances entre les niveaux opérationnel, fonctionnel et stratégique. L'information se propage ainsi quasi simultanément aux différents niveaux du réseau de services en cancer, soit entre les professionnels, les gestionnaires et les responsables de la gouverne régionale.

Cette forme de leadership clinico-administratif permet le développement d'interactions à travers lesquelles l'innovation, sa finalité, son utilité sont traduites selon la perspective des divers acteurs. Elle favorise ainsi une vision

partagée, la redéfinition de modalités organisationnelles internes et externes et l'intériorisation d'un mode de fonctionnement plus flexible issu « *de l'intérieur des équipes de soins plutôt qu'imposé de l'extérieur (Oncologue)* ». Par contre, certains ne reconnaissent pas l'autorité des leaders du projet en spécifiant que « *c'est l'agence régionale qui est responsable de la mise en œuvre du PQLC, ce n'est pas à X, de venir dicter ce que l'on doit faire ici (Oncologue)* ».

Les infirmières pivots en oncologie : en rendant publique la reconnaissance de la contribution des infirmières dans les services en cancer, le MSSS et les leaders du projet ont contribué au développement d'une identité professionnelle positive chez les IPO qui affirmaient avoir « *enfin l'impression de faire le travail pour lequel j'ai été formée (IPO)* ».

En étant présentes dans chacun des sites, les IPO deviennent des porte-parole du projet dont le poids en alliances est augmenté par les interactions continues qu'elles ont entre elles et avec la coordonnatrice régionale responsable de l'implantation du projet. La coordonnatrice est une infirmière clinicienne spécialisée reconnue pour son expertise clinique. Elle est facilement accessible et communique régulièrement avec chacune des IPO. Elle a déployé plusieurs stratégies dans la constitution du leadership professionnel pour que toutes les IPO parlent le même langage, qu'elles aient une vision claire de leur rôle et que leurs compétences soient reconnues (réunions mensuelles formelles,

formation continue, supervision clinique pour les cas complexes, soutien informel, soutien à la certification en oncologie).

Toutefois, l'intensité des liens des IPO avec une des leaders du projet rattachée au centre d'excellence a créé des controverses dans certains sites. En se faisant les porte-parole d'un projet imposé de l'extérieur et en traduisant au niveau local les idées promues par les leaders du projet, certaines IPO étaient vues comme « *des traîtres parce qu'elles faisaient preuve d'allégeance envers un projet promu par l'hôpital régional (IPO)* ». Une telle interprétation avait pour effet de cristalliser les pratiques déjà en vigueur plutôt que d'encourager leur changement.

La fonction d'IPO conjugue deux dimensions : la première correspond à un volet d'intervention clinique de soins infirmiers et la deuxième à un volet de coordination des soins. Au début du projet, chacune des parties prenantes avait sa propre représentation de ces deux aspects de l'offre de soins.

Pour les IPO et les autres infirmières (cliniciennes ou gestionnaires), le noyau dur de la fonction d'IPO se définissait autour des rôles d'évaluation et gestion de symptômes, d'éducation et de soutien alors que la coordination des soins se trouvait en périphérie. Elles étaient prêtes à négocier les éléments périphériques pour s'ajuster au fonctionnement de leur équipe locale mais étaient peu enclines à négocier les autres rôles. Les leaders et les patients

partageaient cette représentation même si la formulation de ces derniers pour l'exprimer était différente. Pour d'autres acteurs, c'est la coordination qui représentait le noyau dur de la fonction d'IPO alors qu'en périphérie se trouvaient les interventions de soins infirmiers. Ces dernières représentations ont constitué une force d'inertie qui ralentissait le déploiement de la fonction d'IPO et représentait une source de frustration pour celles-ci.

Avec le temps, l'intervention précoce des IPO a démontré son action de sorte que les patients ont mieux géré leurs symptômes et ainsi, des complications ont été prévenues. Leur efficacité est reconnue par les oncologues « *il n'y a plus de crises dans les bureaux comme avant, les patients arrivent préparés avec des questions précises. Des familles en panique, on ne voit presque plus cela (Oncologue)* ». Les effets sur la qualité des soins tels que rapportés par les patients ont été le principal argument pour convaincre les oncologues moins intéressés (au début) à collaborer avec l'IPO. Parce qu'elle devenait un moyen efficace pour mieux répondre aux besoins des patients et leurs proches, la critique à l'égard de l'utilité de la fonction est devenue peu à peu déplacée. « *Il a fallu presque cinq ans pour être reconnues dans le travail que nous faisons (IPO)* ».

Les patients et leurs proches : les patients sont devenus des acteurs importants dans la promotion du rôle des IPO. Ils ont été nombreux à témoigner leur satisfaction : « *l'IPO m'a aidé, sans elle je n'y serais pas*

arrivé (témoignage écrit d'un patient)». Ils rapportent à leur oncologue les interventions de l'IPO affirmant « je vais m'organiser avec l'IPO pour le suivi (Oncologue)». Ils ont été des alliés du réseau en disséminant rapidement les effets positifs de l'innovation. On considérait qu'ils étaient les mieux placés pour juger de l'utilité de ce nouvel intervenant. À la fin 2004, un sondage de satisfaction auprès des patients réalisé dans l'un des sites montrait un taux de satisfaction à plus de 94%. On véhiculait que l'IPO était certainement liée à ce niveau élevé de satisfaction.

Les professionnels : Certains médecins ont été très favorables au projet dès le départ alors que d'autres voyaient dans l'IPO une intrusion dans la relation médecin/patient « c'est juste si elles nous disent pas quoi prescrire (Oncologue) ». Certains autres associaient la fonction à « une porte d'entrée dans le système » recourant aux services de l'IPO pour obtenir des rendez-vous en priorité pour leurs patients. Même en reconnaissant leur efficacité dans cette démarche, les IPO déclaraient que ces tâches associées à du secrétariat amputaient du temps pour les autres aspects de leur rôle. Cette situation a été à l'origine d'une controverse difficile à résoudre : d'un côté, les infirmières s'opposaient à exécuter des tâches nullement reliées aux soins infirmiers et du côté des oncologues, ils en faisaient une condition plus ou moins explicite de collaboration. Certaines ont réussi à négocier leur point de vue et à transférer cette tâche à d'autres, alors que certaines ont voulu « acheter la paix » et ont intégré cette tâche à leur travail.

Durant les trois premières années de mise en œuvre, la question de la division du travail a fait l'objet de nombreuses négociations. En raison de son intervention « *de première ligne spécialisée, l'IPO agit comme généraliste lors de situations liées à des problèmes physiques, psychosociaux, nutritionnels ou à la médication (IPO)* ». Il existe nécessairement un chevauchement entre ses interventions et celles des autres professionnels. Ces négociations pouvaient se solder de différentes façons, soit par une entente au cas par cas obligeant la reprise des discussions à chaque fois qu'un problème de juridiction survenait, soit lors d'une réunion plus formelle pour établir des modes d'opération le plus souvent en présence des chefs de services et des professionnels concernés ou encore, dégénérer en conflit interpersonnel entre les individus.

On souligne « *Il a fallu environ trois années pour s'entendre sur la division du travail, sur le partage des zones communes et sur les critères de références entre les professionnels (Pharmacien)* ». Pour certains professionnels, cette façon de faire permettait de mieux utiliser les ressources spécialisées lors de situations plus complexes alors que pour d'autres, il s'agissait d'une invasion inacceptable de leur champ de pratique. « *Il y en a qui sont partis à cause de cela mais pour ceux qui sont arrivés après, c'était une façon de travailler qui les a motivés à venir ici (Gestionnaire)* ». Ces négociations autour de la division du travail sont plus avancées dans certains milieux dépendamment « *des individus, des ressources disponibles et de*

l'implication des chefs de services dans des réunions permettant aux professionnels de s'asseoir ensemble et d'en parler (Promoteur) ».

Les directeurs et les gestionnaires des établissements : les directeurs et les gestionnaires ne sont pas impliqués avec la même intensité dans le projet. Certains ont vu arriver ce projet comme un appui au travail qu'ils faisaient déjà. « Je ne serai plus tout seul à ramer à contre-courant ». Ils étaient plus enclins à collaborer au projet que ceux pour qui le projet était une contrainte imposée de l'extérieur. L'engagement et le soutien tangibles du chef de service étaient unanimement reconnus par les IPO comme un facteur facilitant leur intégration dans les équipes. Elles déploraient la grande mobilité des chefs de services accélérée, dans la dernière année, par l'organisation en réseau de services amenant plusieurs fusions d'établissements. Cette restructuration a eu pour effet que « presque tout le monde (les gestionnaires) a changé de chaise et on a eu l'impression de repartir à zéro. Heureusement, cette instabilité a été compensée par les leaders du projet qui sont demeurés les mêmes (Gestionnaire) ».

Les responsables de la gouverne régionale : Les responsables de la gouverne régionale sont rattachés à l'agence régionale. Ils ont notamment le mandat de soutenir la mise en œuvre des réseaux intégrés de lutte contre le cancer. L'introduction de cette fonction constituait une des premières étapes concrètes d'un plan régional de modernisation des services de lutte contre le cancer que l'on tentait d'actualiser depuis plus de trois ans « sans trop savoir

par où commencer tellement c'était complexe (Responsable de gouverne) ». Les intérêts convergents des responsables de gouverne et des cliniciens ont permis de mettre sur pied un comité de gouverne clinique permettant de mieux arrimer les transformations cliniques et organisationnelles sous-tendues par le projet.

Ce premier stade de la traduction de l'innovation illustre les défis d'aligner de manière convergente les différentes représentations des acteurs évoluant dans des milieux pluralistes. Même en présence de leaders engagés à long terme pour porter la vision du changement, l'évolution du projet nécessite des stratégies d'intéressement.

L'intéressement

L'intéressement est le stade où les promoteurs d'un projet déterminent les incitatifs qui permettraient aux acteurs de s'allier à un projet. Puisque le projet impliquait des acteurs ayant des intérêts diversifiés, les incitatifs l'ont été eux aussi. Ils peuvent se regrouper en cinq grandes catégories, soit : l'attribution de ressources financières, la formation, le soutien, le suivi et l'évaluation.

Un budget réservé au financement d'un poste d'IPO à temps complet a été octroyé à chacun des hôpitaux. Au début, cette stratégie a été vue par certains comme une intrusion dans la gestion de leur établissement alors

qu'avec le temps, elle a été associée à un élément de succès et de stabilisation de la fonction d'IPO. On allait jusqu'à dire « *qu'un changement du mode de financement réservé risquait de faire en sorte que tout s'effondre (Promoteur)* » et ce, même après cinq ans d'efforts soutenus au déploiement de la fonction d'IPO.

Une stratégie en quatre volets a été mise en œuvre pour susciter et maintenir l'intérêt des IPO et des acteurs concernés par l'introduction de cette nouvelle fonction, soit la formation, le soutien centré sur les besoins des professionnels, le suivi de l'implantation et l'évaluation du projet. Une formation structurée sur mesure totalisant 70 heures a été dispensée aux IPO au niveau régional (physiopathologie, pharmacologie, soins infirmiers et approche familiale systémique, mode de résolution de problème, deuil et intervention en soins palliatifs). Par la suite, des formations interdisciplinaires ont permis la mise à jour des connaissances et ont constitué des lieux pour apprendre à mieux se connaître et à travailler en équipe. À ces formations ponctuelles, s'est ajoutée une forme de mentorat pour l'intervention lors de situations complexes.

Différentes formes de soutien ont émergé tantôt informelles et tantôt formelles. La régionalisation du projet a permis aux IPO de se connaître et de se soutenir mutuellement tant au niveau clinique, au niveau de la coordination des soins qu'au niveau des tensions liées à la division du travail avec les autres professionnels. Elles affirmaient « *étant donné que nous sommes les seules dans*

l'hôpital à exercer cette fonction, on ne peut pas compter sur l'expérience de collègues à l'interne. Ce qui est le plus difficile, ce sont les conflits de juridiction mais on les vit toutes dans chacun de nos milieux. On peut s'en parler et échanger sur ce qui a fonctionné ailleurs (IPO) ». Dans les milieux où les gestionnaires étaient plus présents et supportaient les IPO dans la résolution des problèmes administratifs, les obstacles à la mise en œuvre étaient résolus plus facilement. Leur intervention consistait à « ouvrir des portes et nous mettre en contact avec les personnes qui pouvaient collaborer à la résolution des problèmes de coordination (IPO) ». Finalement, la disponibilité de la coordonnatrice régionale « nous a vraiment aidées au début » surtout pour l'intervention dans les cas plus complexes et auprès des familles. Au début, « on référait beaucoup à elle [la coordonnatrice] mais avec le temps, nous avons développé notre expertise et nous avons moins besoin de l'appeler (IPO) ».

Quant au volet d'évaluation, il s'agissait d'un enjeu prioritaire pour obtenir la collaboration d'un plus grand nombre d'alliés, notamment des oncologues. Certains ont abordé le projet en disant : « *montre que ça marche et après, reviens nous voir (Oncologue) »*. Plusieurs activités évaluatives ont été déployées pour fournir des indicateurs de résultats : sondage de satisfaction de la clientèle et du personnel, taux de rétention du personnel, taux d'absentéisme des professionnels, recherches évaluatives sur l'implantation du réseau, journées annuelles de formation et d'échange de sorte que les moindres succès étaient colligés et rendus publics au plus grand nombre possible d'acteurs et ce,

autant au niveau des lieux de prestation des services qu'au niveau des décideurs politiques.

Dans le processus d'intéressement, les leaders doivent adapter leur projet aux intérêts des acteurs concernés par l'innovation. Pour vaincre les craintes entraînées par les changements et promouvoir la création de relations d'alliances collaboratives, le projet doit être soutenu par des incitatifs et des leviers efficaces. Un intéressement réussi se traduit par l'acceptation d'un rôle dans le réseau autour de l'innovation.

L' enrôlement

L' enrôlement consiste à attribuer un rôle aux acteurs (organisation et individus) dans l'actualisation du projet. Au niveau organisationnel, simultanément à l'introduction des IPO dans les équipes locales, un ensemble de mécanismes d'intégration régionale ont été créés dont, un centre d'excellence en cancer et une structure de type organique composée d'un comité de gouvernance et de plusieurs comités administratifs et professionnels ainsi que l'introduction de nouvelles fonctions professionnelles à vocation régionale (infirmière clinicienne, pharmacien, psychologue, intervenante sociale, nutritionniste). Ces professionnels sont désignés pour promouvoir le développement des pratiques en oncologie fondées sur des données probantes et soutenir les professionnels dans leurs interventions.

Le rôle du centre d'excellence est d'implanter le réseau intégré en cancer. Il s'agit d'un mandat délégué par l'agence régionale. Le centre d'excellence est hébergé dans l'hôpital régional. La cohabitation du centre d'excellence et de l'hôpital régional a créé une confusion quant à la mission et aux rôles de ces deux instances. Cette confusion au niveau des rôles a suscité une controverse qui a perduré.

D'une part, la légitimité de ce forum hybride (le centre d'excellence) avec un pouvoir décisionnel élargi était remise en question : d'une part, certains y voyaient une entreprise de centralisation de la prise de décision sur l'offre de services en cancer par l'hôpital régional alors que d'autres craignaient que l'hôpital régional « *ne profite de son statut pour s'accaparer indûment des ressources rares (professionnelles et financières) au détriment des autres hôpitaux de la région (Gestionnaire)* ». D'autre part, pour certains hôpitaux ayant déjà établi des liens de confiance avec les professionnels du centre d'excellence, la désignation ne venait que formaliser des modes de fonctionnement fondés sur des ententes tacites. En conséquence, pour le centre d'excellence et les leaders du projet, le développement de relations de confiance, le soutien dans l'accès aux ressources et la transparence sont devenus des enjeux prioritaires pour créer des relations d'alliances collaboratives entre acteurs concernés par l'innovation.

Quant à la clarification des rôles des individus, beaucoup d'emphase a été mise sur la définition de la fonction d'IPO et de ses quatre rôles. Les promoteurs ont insisté pour que les hôpitaux aient une description écrite de la fonction. Le rôle des gestionnaires était moins défini au départ. Leur contribution à la mise en œuvre s'est construite lors des discussions durant les rencontres régionales des chefs de services. On s'attendait à ce qu'ils s'impliquent activement pour faciliter le travail des IPO sur le terrain. Dans les faits, le rôle joué par les gestionnaires variait ; certains s'en remettant au leadership régional extérieur pour soutenir les IPO, d'autres ayant des priorités organisationnelles non alignées avec l'innovation imposée de l'extérieur.

Le plus grand défi de l'enrôlement était de convaincre et d'attribuer un rôle aux oncologues. Ceux qui voyaient dans la fonction d'IPO un moyen de mieux répondre aux besoins de leur clientèle se sont engagés à jouer un rôle dès le début du projet. Ils ont collaboré avec les IPO pour négocier et mettre sur pied des mécanismes de coordination avec l'équipe interdisciplinaire. Dans les milieux où les médecins se sont attribués un rôle dans la mise en œuvre de la fonction, les IPO rapportaient plus de satisfaction dans leur rôle et obtenaient plus facilement la collaboration des autres professionnels et de l'administration.

À partir du moment où la fonction d'IPO réussit à rencontrer les besoins et les intérêts des acteurs, la mobilisation va faire en sorte que cette fonction puisse exister et évoluer à travers le temps.

La mobilisation

La mobilisation est le stade où la collaboration dans le réseau est suffisante pour produire un changement durable, du moins pour un certain temps. En 2006, soit cinq ans après son introduction, le réseau initial autour de la fonction d'IPO était relativement stabilisé. Toutefois, l'augmentation de la demande de services reliée à l'incidence croissante de la maladie a fait exploser le ratio patient/IPO. Sous la pression de la charge de travail, elles ont délaissé partiellement les collectes des données, certaines interventions de soutien et d'enseignement au profit d'activités pour « *colmater les failles du système* » (prise de rendez-vous urgent impossible à obtenir par les patients eux-mêmes, renouvellement d'ordonnances échues, difficultés d'accès à des soins de première ligne et à domicile, gestion des urgences oncologiques, appels de professionnels qui ont besoin d'une information clinique ou organisationnelle). Elles passaient une grande partie de leur temps au téléphone à régler des problèmes ponctuels.

Les IPO ont lancé de multiples alertes mais elles ont eu l'impression de ne pas être entendues. Elles ont été déçues de l'écart qui s'est créé entre la fonction « *rêvée* » et la fonction « *réelle* ». Leur rôle fondé sur une approche holiste qui maximisait leur autonomie professionnelle s'est effrité et plusieurs craignaient que « *ça ne ressemble de plus en plus qu'à une fonction d'agent de courtage [broker] de services de santé (Gestionnaire)* ». L'altération de ce que

les IPO considéraient le noyau dur de leur fonction et qu'elles avaient réussi à protéger, a créé une perte de sens et un désintéressement. Elles affirment « *Si on ne travaille qu'à défragmenter les services, on aide les patients à court terme, mais il n'y a pas de vrais changements (IPO)* ». Dans ces conditions, plusieurs disent qu'elles ne seront plus intéressées à exercer cette fonction.

En somme, l'analyse de l'évolution de la traduction de la fonction d'IPO révèle qu'il s'agit d'un processus d'innovation complexe où le leadership est crucial. L'analyse fait ressortir l'importance d'une vision portée par des leaders engagés à long terme et dont la légitimité est reconnue. L'idée de départ de la fonction d'IPO fondée sur la coordination des soins s'est transformée en un véritable défi de collaboration entre les professionnels et les organisations.

La discussion

En ayant recours à la TAR, l'analyse a permis de décrire le processus de traduction de la fonction d'IPO dans les pratiques cliniques et organisationnelles en le situant dans son contexte. La discussion présente d'abord le résultat de l'analyse du contexte puis décrit l'évolution de la fonction d'IPO selon les quatre stades de traduction, soit la problématisation, l'intéressement, l'enrôlement et la mobilisation.

Ainsi, le passage de l'innovation dans les pratiques est vu comme un processus d'articulation des différentes logiques d'action dans le système de santé, soit : une logique stratégique liée à l'intention légitime de proposer une solution rationnelle à un problème, une logique fonctionnelle liée aux processus de gestion visant à soutenir le transfert de nouvelles manières de faire dans les pratiques courantes et une logique opérationnelle liée aux pratiques professionnelles d'acteurs autonomes mais interdépendants.

En appliquant les postulats de la TAR au déploiement de la fonction d'IPO, les promoteurs de l'innovation sont invités à surmonter les obstacles reliés aux cloisonnements coutumiers du système de soins pour aborder l'innovation comme un réseau qui se construit à partir des ressources des divers acteurs aux différents niveaux du système. L'approche de l'acteur-réseau permet d'entrevoir qu'il est possible de produire du changement lié à l'innovation en dépit de l'existence de frontières cognitives et sociales dans les milieux cliniques (Callon, 1991).

La traduction de l'innovation dans les pratiques implique la capacité de renégocier les frontières entre les acteurs du système de santé pour favoriser l'interaction. Plusieurs auteurs relient en effet les difficultés d'innover dans les organisations de santé à la présence de structures bureaucratiques (Glouberman & Mintzberg, 2001a; Mintzberg, 1980), au fonctionnement en « silos » (Denis, Lamothe, Langley, & Valette, 1999), à la présence des différentes

logiques concurrentes (Contandriopoulos, 1999; Glouberman & Mintzberg, 2001b), à l'autonomie des professionnels et leur pouvoir discrétionnaire (D'Amour, 1997, 2002) et à l'institutionnalisation des pratiques que l'on prend pour acquis (Castel & Friedberg, 2004; Reay, Golden-Biddle, & Germann, 2006). Ces caractéristiques sont habituellement vues comme étant porteuses d'inertie et contribuent à diluer les initiatives de changement.

Tel que l'affirme Latour (1999), le pouvoir pour faire passer une innovation en action ne relève pas de la position qu'occupe un acteur dans la structure hiérarchique mais de sa capacité à créer des relations d'alliances entre les acteurs (Latour, 1999). Une des forces du projet est la fluidité des canaux de communication entre le niveau politique, le niveau régional et le niveau local rendue possible par l'engagement à long terme des leaders dans le projet. Ce constat suggère que la transformation de l'offre de services est facilitée en présence de promoteurs capables de traduire à la table des décideurs politiques les enjeux de la clinique en même temps qu'ils sont capables de traduire auprès des professionnels la perspective des décideurs politiques. La capacité de créer des relations d'alliances entre les acteurs semble mieux se développer à l'aide de stratégies inspirées du marketing, soit des rencontres face-à-face, la présence de leaders d'opinion et l'évaluation des besoins des personnes visées par l'innovation.

Les résultats de l'analyse aux différents stades de la traduction permettent de tirer cinq constats sur ce processus. Le premier constat révèle que plus les promoteurs (leaders et porte-parole) de l'innovation ont la légitimité et l'expertise clinique pour établir un dialogue entre les acteurs possédant des schèmes cognitifs différents, des valeurs et intérêts multiples, plus les acteurs aux différents niveaux se mobilisent dans le sens du changement. Le deuxième constat, découlant du premier, montre que le succès de l'innovation ne dépend pas uniquement de ses caractéristiques intrinsèques mais de la capacité des leaders à promouvoir différentes significations compatibles les unes avec les autres de manière à obtenir du soutien venant d'acteurs internes (niveau local) et externes (niveau régional et gouvernemental).

Ces constats sont en lien avec ceux d'autres études qui illustrent l'importance du leadership dans la création d'alliances des acteurs vers le changement (Huxman & Vangen, 2000) et le fait que l'innovation en action nécessite la constitution d'une forme de leadership collectif (Bell & Kozlowski, 2002). Si les entraves au changement dans l'offre de soins sont nombreuses, la transformation est possible lorsque la vision est portée par des leaders. La résolution des controverses autour de l'idée d'un parcours de soins mieux coordonné oblige à débattre de l'offre de soins au lieu de reproduire les frontières habituelles entre les différents mondes. Pour y arriver, l'innovation doit être supportée par des leaders engagés à long terme (Latour, 1992) dont la légitimité est reconnue tant sur le plan clinique que sur le plan organisationnel

(Ferlie, Fitzgerald, Wood, & Hawkins, 2005). La présence de leaders directement impliqués dans les activités cliniques semble plus efficace pour traduire l'innovation dans les pratiques que lorsque le changement est imposé de l'extérieur. En étant présent sur le terrain, ces leaders sont plus à même de justifier la pertinence du projet et de susciter la collaboration des professionnels directement touchés par le changement.

Le troisième constat porte sur le stade d'intéressement. L'analyse de ce processus montre que les stratégies d'intéressement des professionnels ne portent pas nécessairement sur ce qui peut les intéresser à changer leur comportement mais sur ce qui les motive à travailler ensemble pour le patient. Étant donné qu'aucun des acteurs ne détient les ressources pour répondre adéquatement aux besoins multiples des patients, les acteurs doivent reconnaître leur interdépendance et se coordonner. L'intéressement des professionnels est favorisé notamment par des stratégies de rehaussement des compétences. La formation permet de consolider l'expertise et sert également à informer sur l'innovation et à piloter ce qui se passe sur le terrain. Le projet à l'étude à tirer avantage d'approches de formation classiques telles que des séances de formation continue en groupe conjuguées à une formation individualisée s'apparentant à du coaching et des co-apprentissages selon une approche réflexive.

L'intéressement concerne aussi la capacité des promoteurs de l'innovation et des gestionnaires à fournir le soutien dont les professionnels ont besoin. Le soutien prend plusieurs formes, soit le temps, les ressources, et la formation. La présence et la visibilité des gestionnaires pour accompagner les négociations et les ajustements autour de la division du travail sont particulièrement importantes. C'est en étant présents qu'ils peuvent aussi identifier les structures et les mécanismes à mettre en place pour que la coordination puisse se mettre en place non seulement à l'intérieur de l'équipe locale mais aussi entre les établissements. Ces constats sur l'importance du rôle des gestionnaires rejoignent ceux d'autres études qui insistent sur leur implication dans le processus de changement des pratiques (Damanpour & Schneider, 2006; Reay, Golden-Biddle, & Germann, 2003)

Outre la formation et le soutien, les professionnels, notamment les médecins, sont plus motivés à s'intéresser à de nouvelles modalités organisationnelles s'ils voient des retombées positives sur la qualité de vie et la satisfaction des patients et que ces résultats perdurent à travers le temps (Berwick, 2003). L'évaluation semble donc un élément relié à la transformation des pratiques puisque c'est la reconnaissance des retombées de l'innovation pour les patients qui motive les professionnels à changer leurs comportements. En considérant le processus de traduction comme une action construite à travers le temps, l'évaluation permet d'établir si le problème identifié au départ et sa solution sont toujours cohérents à travers le temps et si les efforts consentis

pour changer les pratiques sont alignés avec les normes et les valeurs des individus. L'évaluation, en plus de représenter un facteur d'intéressement, permet de confirmer que la problématisation convient toujours et permet la progression du parcours de l'innovation vers la pérennité (Contandriopoulos, Champagne, Denis, & Avargues, 2000)

Ces résultats sont en lien avec ceux d'autres études sur le développement des réseaux professionnels. Ils révèlent que des mécanismes doivent être mis en place pour développer la collaboration entre les organisations et les individus. Ce sont notamment, la présence d'activités formelle pour communiquer une information interprétable pour être utilisée localement et créer un climat de confiance (Gulati, 1995; Kaluzny & Warnecke, 2000), l'implication des professionnels au premier stade du projet (Barley, 1996; Shortell, Gillies, & Anderson, 2000), l'allocation d'un niveau de ressources adéquat (Nohria & Gulti, 1995; Roberge et al., 2004).

Le quatrième constat porte sur l'analyse de l'enrôlement. L'enrôlement des professionnels et des organisations plus ou moins volontaires exige une flexibilité suffisante pour articuler le réseau sans que les rôles soient totalement définis au départ et qu'ils puissent évoluer au fur et à mesure que les acteurs s'identifient au projet. La traduction de l'innovation est facilitée lorsque l'enrôlement dans la mise en œuvre d'un projet est volontaire. Toutefois, dans les organisations pluralistes, le volontariat tous azimuts est illusoire. Faute d'un

intéressement réussi, l'attribution d'un rôle obligé dans la constitution d'un réseau (l'introduction systématique de l'IPO dans tous les hôpitaux) peut permettre de rallier les acteurs avec le temps. Il faut toutefois que les leaders du projet jouissent d'appui hiérarchique de haut niveau en même temps qu'ils soient reconnus pour leur expertise par les professionnels.

Le cinquième et dernier constat porte sur le stade de mobilisation. En théorie, c'est le moment où la fonction d'IPO devrait être prise pour acquise dans le fonctionnement usuel des équipes de soins. L'analyse montre qu'après son introduction dans les équipes de soins, la collaboration dans le réseau qui soutient l'innovation n'est plus suffisante devant la pression exercée par la demande croissante de services. Le principal défi des IPO et pour le système de soins pour maintenir les acquis consiste à préserver l'intégrité des rôles d'évaluation de l'état de santé, d'enseignement et de promotion de la santé.

Les forces et les limites de l'étude

La région dans laquelle s'est déroulée cette étude est semblable à d'autres réseaux de services en cancer où la fonction d'IPO est mise en œuvre. On y retrouve des frontières qui rendent compte des différents schèmes cognitifs et de la multiplicité des valeurs et intérêts des acteurs concernés par l'innovation. En admettant l'hétérogénéité des acteurs, il est permis de penser que les connaissances générées dans cette étude sont transférables selon le

jugement des utilisateurs potentiels (Guba & Lincoln, 1989). Les résultats de cette étude ont une fonction réflexive au sens où ils devraient stimuler la capacité des utilisateurs à s'approprier ces nouvelles connaissances et de ré-agir à ces données en l'adaptant à leurs préoccupations et à leur contexte.

Les résultats de cette étude peuvent s'appliquer à d'autres types d'innovation dans les milieux cliniques. Même si les objets techniques ont des contours moins fluides que les innovations organisationnelles, il n'en demeure pas moins qu'elles obligent le « travail aux frontières » entre des réseaux d'acteurs hétérogènes et passent par les mêmes stades d'évolution (Atkinson, 2002; Denis, Hébert, Langley, Lozeau, & Trottier, 2002; Timpka, Bång, Delbanco, & Walker, 2007). La diversité des représentations et des intérêts à l'intérieur des groupes (médecins, gestionnaires, professionnels, responsables de gouverne) sont conséquents avec des études dans d'autres domaines de la santé où des groupes que l'on croyait *a priori* homogènes sont dans les faits des réseaux hétérogènes ayant leurs multiples frontières. La traduction de l'innovation en action ne peut donc prendre pour acquis que tous les acteurs d'un même groupe se conforment à un modèle unique.

La conclusion

Les constats de cette étude permettent de mieux comprendre ce qui se passe lorsqu'une nouvelle fonction professionnelle est introduite dans les équipes de soins. L'introduction de la fonction d'IPO peut être abordée comme une action collective construite à travers le temps. L'innovation et le réseau qui la supporte apparaissent mutuellement constitutifs, c'est-à-dire que sous la pression de la demande de services, les acteurs organisationnels et professionnels sont incités à assembler leurs ressources et leurs compétences pour mieux répondre aux besoins des patients.

Pour faire tenir ensemble cet assemblage, il faut des leaders dont la légitimité est reconnue, du temps et de la formation. Le leadership apparaît un élément crucial pour intégrer l'action de nombreux acteurs distribués aux différents niveaux du système de soins et également distribués géographiquement. Une vision portée par des leaders dont les valeurs sont centrées sur la qualité des soins et la réponse aux besoins des patients semble porteuse. Le temps se présente comme un élément indispensable lorsqu'il s'agit de changer les pratiques des professionnelles qui nécessitent de longues périodes d'apprentissage individuel et organisationnel. Compte tenu de la pression croissante exercée sur les professionnels pour répondre aux besoins complexes des patients, le temps disponible à ces apprentissages ne peut être puisé à même leurs activités quotidiennes. Si les professionnels n'ont pas le

temps nécessaire pour apprendre de nouvelles manières de faire, ils ne peuvent changer leurs pratiques. Finalement, aucun changement ne semble possible sans la planification d'un rehaussement des compétences des professionnels. Premièrement, la reconnaissance des IPO passe d'abord par la reconnaissance de leurs compétences professionnelles lors de l'intervention auprès des patients. Elles doivent donc bénéficier d'une formation spécialisée spécifique au type d'interventions qu'elles doivent faire et avoir accès à des experts lors de situations complexes.

Le déploiement de la fonction à long terme exige que les acteurs à tous les niveaux du système soutiennent le développement de la collaboration dans les équipes interdisciplinaires dans un optique d'apprentissage collectif. Pour ce faire, les promoteurs de l'innovation doivent travailler à partir du terrain et adapter la fonction selon les préoccupations des individus et des capacités de chaque milieu.

Références

- Akrich, M., Callon, M., & Latour, B. (2002a). The key to success in innovation part I. The art of interressement. *International Journal of Innovation Management*, 6(2), 187-206.
- Akrich, M., Callon, M., & Latour, B. (2002b). The key to success in innovation part II. The art of choosing good spokespersons. *International Journal of Innovation Management*, 6(2), 207-225.
- Atkinson, C. J. (2002). The multidimensional systemic representation of actors networks: Modeling breast cancer treatment decision making. *Proceedings of the 35th Hawaii International Conference on System Sciences*.
- Barley, S. R. (1996). Technicians in the workplace: Ethnographic evidence for bringing work into organizational studies. *Administrative Science Quarterly*, 41(3), 404-441.
- Bell, B. S., & Kozlowski, S. W. J. (2002). A typology of virtual teams: Implications for effective leadership. *Group and Organization Management*, 27(1), 14-49.
- Berwick, D. M. (2003). Disseminating innovations in health care. *JAMA*, 289(15), 1969-1975.
- Callon, M. (1986). Éléments pour une sociologie de la traduction : la domestication des coquilles St-Jacques et des marins pêcheurs dans la baie de St. Briec. *L'Année Sociologique*, 36(numéro spécial La sociologie des Sciences et des Techniques), 169-208.
- Callon, M. (1991). Techno-economic networks and irreversability. In J. Law (Ed.), *A Sociology of Monsters : Essays on Power, Technology, and Domination* (pp. 132-164). London: Routledge.
- Canadian Strategy for Cancer Control. (2002). Canadian Strategy for Cancer Control : Supportive Care/Cancer rehabilitation. Retrieved October 7, 2007, from <http://209.217.127.72/csc/pdf/finalsupportiveJan2002.pdf>.

- Cancer Advocacy Coalition of Canada. (2004). Cancer Advocacy Coalition of Canada. Report Card. Retrieved September 4, 2007, from <http://www.canceradvocacy.ca/reportcard/2004/cancer-advocacy-coalition-report-card-2004.pdf>
- Castel, P., & Friedberg, E. (2004). Institutional change as an interactive process : the modernization of the French cancer centers. Retrieved December 6, 2006, from http://web.mit.edu/~sdavies/MacData/afs.course.lockers/other/econsocseminar/www/Mod_Cancer_Centers.pdf
- Champagne, F. (2002). La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé. Retrieved May, 8, 2005, from http://www.hc-sc.gc.ca/francais/pdf/romanow/39_Champagne_F.pdf
- Contandriopoulos, A.-P. (1999). La régulation d'un système de soins sans murs. In *La santé demain : vers un système de soins sans murs*. Paris: Economica.
- Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Denis, J.-L., & Avargues, M. C. (2000). L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 48, 517-539.
- D'Amour, D. (1997). *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec*. Unpublished Thèse de doctorat, Université de Montréal, Montréal.
- D'Amour, D. (2002). La collaboration professionnelle : un choix obligé. In O. Goulet & C. Dallaire (Eds.), *Les soins infirmiers. Vers de nouvelles perspectives*. Boucherville: Gaétan Morin Éditeur.
- Damanpour, F., & Schneider, M. (2006). Phases of the Adoption of Innovation in Organizations: Effects of Environment, Organization and Top Managers. *British journal of management*, 17(3), 215-236.
- de Serres, M., & Beauchesne, M. (2000). *L'intervenant pivot en oncologie. Un rôle d'évaluation, d'information et de soutien pour le mieux-être des personnes atteintes de cancer*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux. Conseil québécois de lutte contre le cancer. .

- Denis, J.-L. (2002). Gouvernance et gestion du changement dans le système de santé au Canada. Retrieved December, 10, 2002, from http://www.hc-sc.gc.ca/francais/pdf/romanow/36_Denis_F.pdf
- Denis, J.-L., Hébert, Y., Langley, A., Lozeau, D., & Trottier, L. H. (2002). Explaining diffusion patterns for complex health care innovations. *Health Care Management Review, 27*(3), 60-73.
- Denis, J.-L., Lamothe, L., Langley, A., & Valette, A. (1999). The struggle to redefine boundaries in health care systems. In D. Brock, M. Powell & C. R. Hinnings (Eds.), *Restructuring the professional organization. Accounting, health care and law* (pp. 105-130). New York: Routledge.
- Denis, J.-L., Langley, A., & Rouleau, L. (2007). Strategizing in pluralistic contexts: Rethinking theoretical frames. *Human Relations, 60*(1), 179-215.
- Eisenhardt, K. M. (1989). Building theories from case study research. *Academy of Management Review, 14*(4), 532-550.
- Ferlie, E., Fitzgerald, L., Wood, M., & Hawkins, C. (2005). The nonspread of innovations: The mediating role of professionals. *Academy of Management Journal, 48*(1), 117-134.
- Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001a). Managing the care of health and the cure of disease--Part I: Differentiation. *Health care management review, 26*(1), 56-69; discussion 87.
- Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001b). Managing the care of health and the cure of disease--Part II: Integration. *Health care management review, 26*(1), 70-84.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Bate, P., Mcfarlane, F., & Kiriakidou, O. (2005). *Diffusion of innovations in health service organisations*. Massachusetts: Blackwell Publishing.
- Guba, A. E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Forth generation evaluation*. Newbury Park: Sage Publications.

- Gulati, R. (1995). Does familiarity breed trust? The implications of repeated ties for contractual choice in alliances. *Academy of Management Journal*, 38(1), 85-112.
- Hede, K. (2006). Agencies look to patient navigators to reduce cancer care disparities. *Journal of the National Cancer Institute*, 98(3), 157-159.
- Huxman, C., & Vangen, S. (2000). Leadership in the shaping and implementation of collaboration agendas: how things happen in a (not quite) joined-up world. *Academy of Management Journal*, 43(6), 1159-1175.
- Kaluzny, A. D., & Warnecke, R. B. (2000). *Managing a health care alliance : Improving community cancer care* (2 ed.). Washington: Beard Books.
- Langley, A. (1999). Strategies for theorizing from process data. *Academy of Management Review*, 24(4), 691-701.
- Latour, B. (1989). *La science en action*. Paris: La Découverte.
- Latour, B. (1992). *Aramis ou l'amour des techniques*. Paris: La Découverte.
- Latour, B. (1999). On recalling ANT. In J. Law & J. Hassard (Eds.), *Actor Network Theory and After* (pp. 15-25). Oxford: Blackwell Publishing/The Sociological Review.
- Latour, B. (2005). *Reassembling the social. An introduction to Actor-network-theory*. New York: Oxford University Press.
- Lozeau, D., Langley, A., & Denis, J.-L. (2002). The corruption of managerial techniques by organizations. *Human Relations*, 55(5), 537-564.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2 ed.). Paris: De Boeck Université.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1997). Programme québécois de lutte contre le cancer. Pour lutter efficacement contre le cancer, formons une équipe. Retrieved October, 10, 2002, from <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1997/97-729-5.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2003). La lutte contre le cancer dans les régions. Un premier bilan. Retrieved December, 10, 2003, from <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/fb143c75e0c27b69852566aa0064b01c/a32c2ea1f943a28485256e7b00504064?OpenDocument>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2007). Direction de la lutte contre le cancer - Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer. Retrieved December 12, 2007, from <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-902-03.pdf>
- Mintzberg, H. (1980). Structure in 5's : A synthesis of the research on organization design. *Management Science*, 25(3), 322-341.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2005). *Referral for suspected cancer — NICE guideline. CG27*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Nohria, N., & Gulti, R. (1995). What is the optimum amount of organizational slack? A study of the relationship between slack and innovation in multinational firms. *Academy of Management Journal, Best Papers Proceeding 1995*, 32-37.
- Patton, M. Q. (2001). *Qualitative research & evaluation methods* (3 ed.). Newbury Park: Sage Publications.
- Reay, T., Golden-Biddle, K., & Germann, K. (2003). Challenges and leadership strategies for managers of nurse practitioners. *Journal of nursing management*, 11(6), 396-403.

- Reay, T., Golden-Biddle, K., & Germann, K. (2006). Legitimizing a new role: Small wins and microprocesses of change. *Academy of Management Journal*, 19(5), 977-998.
- Richards, L. (1999). *Using NVivo in qualitative research*. London: Sage.
- Roberge, D., Denis, J.-L., Cazale, L., Comtois, E., Pineault, R., Touati, N., et al. (2004). Assesment of the integrated network of oncology care and services : The Montérégie experience. Retrieved July 20, 2006, from http://www.chsrf.ca/final_research/ogc/pdf/roberge_2_e.pdf#search=%22vignette%20cazale%20tremlay%22
- Shortell, S. M., Gillies, R. R., & Anderson, D. A. (2000). *Remaking Health Care in America. The Evolution of Organized Delivery System* (2 ed.). New York: Jossey-Bass.
- Stensaker, I., & Falkenberg, J. (2007). Making sense of different responses to corporate change. *Human Relations*, 60(1), 137-177.
- Timpka, T., Bång, M., Delbanco, T., & Walker, J. (2007). Information infrastructure for inter-organizational mental health services: an actor network theory analysis of psychiatric rehabilitation. *Journal of biomedical informatics*, 40(4), 429-437.
- Van de Ven, A. H., & Poole, M. S. (2002). Field Research Methods. In J. A. C. Baum (Ed.), *Companion to organizations* (pp. 867-888). Oxford: Blackwell Publishers Ltd.
- Van der Maren, J. M. (1996). *Méthodes de recherche pour l'éducation* (2 ed.). Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Yin, R. K. (2003). *Case study research : design and methods* (3 ed.). Newbury Park: Sage Publications.

**Article 2. Validation d'une version canadienne-française d'un
questionnaire de réactivité des services en cancer selon
le concept de réactivité de l'OMS**

Dominique Tremblay, PhD (cand)

Danielle D'Amour, PhD

Jean-Louis Denis, PhD


Miguel Chagnon, M.Sc., P.Stat.

Introduction

La crise du cancer qui prévaut au Canada et ailleurs dans le monde met en péril la capacité des systèmes de santé à répondre aux besoins des personnes touchées par cette maladie (CSCC, 2006; WHO, 2002). Les personnes atteintes dans toute leur globalité par cette maladie doivent trop souvent se débrouiller seules à travers les dédales d'un système de santé complexe. En conséquence, plusieurs de leurs besoins demeurent sans réponse (Brazil et al., 2003; Sanson-Fisher et al., 2000; Whelan et al., 2003). Dans un tel contexte, l'évaluation de la capacité des systèmes à répondre aux besoins des utilisateurs de services devient un enjeu majeur tant pour les patients que pour les professionnels, les gestionnaires et les décideurs.

Plusieurs programmes de modernisation des services en cancer visent à assurer une organisation des services à partir d'objectifs d'humanisation, d'équité, d'accessibilité et d'efficacité des interventions. Afin d'atteindre ces objectifs, l'introduction de nouvelles fonctions de navigation sont intégrées aux structures existantes de l'offre de services (Dohan & Schrag, 2005; Doll et al., 2005; Fillion et al., 2006; Fosså, Hjermstad, Mørk, & Hjortdahl, 1996). Ces fonctions se caractérisent par la continuité relationnelle entre un professionnel désigné et chaque patient. Elles ont pour but de mieux répondre aux besoins des patients, de soutenir les auto-soins et d'aider les personnes à surmonter les obstacles lorsqu'elles tentent d'interagir avec le système de santé. Or, les instruments de mesure qui permettent d'évaluer l'efficacité de ces interventions sur la capacité des services à répondre aux besoins des patients sont très rares (WHO, 2001a), au surplus dans le domaine des services en cancer.

Les travaux de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (Valentine, de Silva et al., 2003; WHO, 2000, 2005) sur le concept de réactivité ouvrent une avenue intéressante dans ce domaine. Dans son rapport sur la performance des systèmes de santé, l'OMS place la réactivité des systèmes de santé au centre des grands objectifs de la performance au même titre que l'efficacité et l'efficience (WHO, 2000). La réactivité est un indicateur de résultat qui réfère aux attentes de la population quant à la manière dont elle désire être traitée lorsqu'elle interagit avec le système de santé. Elle est définie comme « *a*




measure of how well the health system responds to the population's legitimate expectations of non-health aspects of health services » (WHO, 2001a).

Cette définition est cohérente avec une offre de services en cancer où la globalité de l'approche et le soutien sont des aspects aussi importants de l'offre de services que le traitement médical. Bien que le concept ait été développé pour évaluer la réactivité dans des populations générales, les chercheurs de l'OMS encouragent la poursuite d'études sur la pertinence du concept auprès de clientèles ciblées (Valentine, de Silva et al., 2003). Dans le cadre de la modernisation des services en cancer, le concept de réactivité permettrait d'évaluer l'efficacité des services à la suite d'interventions visant à mieux répondre aux besoins des patients.

Le but de l'article

Cet article présente le développement et la validation d'une version canadienne-française d'un questionnaire de réactivité des services en cancer à partir du concept de réactivité élaboré par l'OMS.



La méthodologie

La définition du concept de réactivité selon l'OMS


Le concept de réactivité a été développé par l'OMS à partir d'une vaste revue des écrits portant sur la qualité des soins, la qualité de vie et la satisfaction de la clientèle (de Silva, 2000; Valentine, de Silva et al., 2003). Ce concept intègre deux notions principales : a) le respect de la personne humaine et b) l'approche clientèle. Ces notions se déclinent en huit dimensions, soit : 1(a) le respect de l'autonomie de la personne en regard des décisions concernant sa santé, sa capacité d'auto-soins et son habilitation, 2(a) le respect de la dignité humaine, 3(a) le respect de la confidentialité des informations personnelles, 4(b) la promptitude dans l'identification des besoins et la capacité d'y répondre dans un délai approprié, 5(b) une communication claire se traduisant par des informations simples et faciles à comprendre et la possibilité pour les patients de poser des questions, 6(b) l'encouragement au soutien par les personnes significatives, 7(b) le choix du dispensateur de services (professionnel ou institution) et 8(b) un environnement de soins favorable à la santé et au bien-être.

L'opérationnalisation du concept de réactivité

Le questionnaire « *Health System Responsiveness* » (ci-après nommé HSR) permet de mesurer la réactivité à partir des huit dimensions du concept (Valentine, Lavallée, Bao, Bonsel, & Murray, 2003). Il s'agit d'une mesure de perception qui peut s'appliquer aux services ambulatoires ou hospitaliers. La version des services ambulatoires (HSR_outpatient) comporte 24 items portant sur sept des huit dimensions de la réactivité, l'aspect du soutien étant seulement appliqué aux services d'hospitalisation.

La version destinée à la clientèle hospitalisée (HSR_inpatient) comporte 27 items, soit les 24 items de la version ambulatoire à laquelle trois items portant sur la dimension du soutien ont été ajoutés. Pour chacune des dimensions, deux à quatre items portent sur l'expérience du répondant lorsqu'il interagit avec les dispensateurs de services et un item récapitulatif porte sur sa perception de la capacité des dispensateurs à répondre de manière générale aux besoins des personnes. (WHO, 2001a).


Les qualités psychométriques de l'instrument ont été documentées dans plusieurs études majoritairement pilotées par l'OMS (Darby, Valentine, Murray, & de Silva, 2001; Üstün et al., 2001; Valentine, Ortiz et al., 2003; WHO, 2005). Les résultats d'une analyse exploratoire en composantes principales montraient une solution à huit facteurs expliquant 73% de la



variance de la réactivité (de Silva & Valentine, 2000). Une analyse confirmatoire subséquente reproduit une solution en huit composantes (Valentine, Lavallée, Bao, Bonsel, & Murray, 2003). Par contre, les indices d'ajustements de cette solution ne sont pas spécifiés dans cette étude.

Les coefficients alpha de chacune des huit composantes issues de cette analyse factorielle varient de 0,61 et 0,91. Les composantes promptitude ($\alpha = 0,61$) et soutien ($\alpha = 0,71$) ont les coefficients alpha les plus bas alors que toutes les autres composantes ont un coefficient alpha plus élevé que 0,80. La consistance interne de la dimension promptitude est inférieure au critère de qualité de 0,07 (Nunnally & Bernstein, 1994). La constance à travers le temps varie de bonne à excellente au test-retest selon les différentes dimensions.


La validité discriminante du HSR a surtout été évaluée à partir d'enquêtes nationales (Valentine, de Silva, & Murray, 2000; WHO, 2005). Les sujets étaient des personnes issues de populations générales ou des informateurs clés (chercheurs, professionnels de la santé, employés de l'état, responsables de gouverne). Le questionnaire a permis de dégager des différences de réactivité entre les pays à partir d'indicateurs macroscopiques tels que le produit national brut per capita, le type de système de santé (public ou privé), le niveau moyen de scolarité de la population, la proportion de personnes âgées dans la population et l'accessibilité géographique aux services de santé (de Silva, 2000). Le HSR permet aussi de différencier des groupes d'utilisateurs selon les



caractéristiques des individus telles que le sexe, l'âge, le revenu et l'ethnicité (Gakidou, Murry, & Frenk, 2000).


Bramesfeld et ses collaborateurs (2007) ont été les premiers à utiliser le HSR auprès d'une clientèle homogène en santé mentale. L'étude réalisée en Allemagne comparait la réactivité des services d'hospitalisation (n = 91) et des services ambulatoires (n = 221). Les utilisateurs des services d'hospitalisation rapportaient plus fréquemment une faible réactivité que ceux utilisant des services ambulatoires. Les patients avec une scolarité moins élevée et à faible revenu rapportaient les plus bas niveaux de réactivité. Les dimensions *Confidentialité* et *Dignité* avaient les niveaux les plus élevés alors que celles du *Choix*, de l'*Autonomie* et de la *Qualité des lieux physiques* obtenaient les plus bas niveaux de réactivité. Quant à l'importance accordée aux dimensions par les patients, l'*Autonomie* était la dimension la plus importante suivie par la *Promptitude de l'attention* et la *Communication*.

Les auteurs posent l'hypothèse que la complexité des besoins de la clientèle hospitalisée expliquerait les variations de la réactivité par rapport à la clientèle ambulatoire. Ils concluent à l'utilité de la réactivité pour obtenir une vision plus fine de la performance des systèmes de santé et en conséquence, orienter les réformes sur les aspects signifiants de la réactivité à partir de la perspective des utilisateurs de services.



Bien que la validité discriminante du HSR ait été démontrée pour des populations générales, cette capacité reste à prouver lorsque le questionnaire est administré à des clientèles cliniques. Par contre, de nombreuses études suggèrent que certaines variables peuvent influencer les besoins des personnes atteintes de cancer et conséquemment, leur perception des services de santé. Ces variables sont : le sexe (Clarke, Booth, Velikova, & Hewison, 2006; Sandoval, Brown, Sullivan, & Green, 2006), l'âge (Balducci, 2003), le siège du cancer (Davison et al., 2002a; Degner et al., 1997), l'épisode de la maladie (Franks et al., 2000), la présence de comorbidités (Koroukian, Murray, & Madigan, 2006) et le type de traitement (Sandoval, Brown, Sullivan, & Green, 2006)

De plus, il est notoire que l'accessibilité aux soins au moment opportun est une condition déterminante de l'état de santé, de la survie et de la qualité de vie des personnes atteintes de cancer (CSCC, 2006; NICE, 2005). Ainsi, les obstacles à la continuité des soins et les délais d'accès pourraient avoir une influence sur la perception du niveau de réactivité. Latimer et ses collaborateurs (1998) ont aussi démontré que le type de services utilisés par les patients atteints de cancer peut avoir un effet sur la perception de la qualité des soins (types de services d'hospitalisation, d'urgence, de première ligne ou ultra spécialisés) (Latimer, Crabb, Roberts, Ewen, & Roberts, 1998).



Dans une démarche exploratoire, nous avons étudié quels items du HSR s'appliquent aux services en cancer, quels sont ceux qui ne s'appliquent pas et la capacité discriminante du questionnaire à partir des caractéristiques des patients, de leur utilisation des services et d'indices illustrant la continuité des soins. Cette démarche fait partie d'une plus vaste étude de cas portant sur la traduction des innovations dans l'organisation des services en cancer au Québec. Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'Université de Montréal (dossier 663). Dans une première étape, nous présentons le processus de traduction du HSR de l'anglais au français et de son adaptation au contexte des services en cancer au Québec. Une seconde étape porte sur l'analyse des caractéristiques psychométriques de cette version traduite et adaptée.

1^{ère} étape : Traduction et adaptation du questionnaire

Lors d'une première étape, le questionnaire que nous nommons ci-après HSR (version cancer CF) a été traduit de l'anglais au français selon la technique de rétro traduction (WHO, 2001b). Une procédure séquentielle intégrant plusieurs techniques visait à assurer la qualité du processus de traduction dont 1) la traduction inversée, 2) la prise en compte de la pertinence ou de l'ambiguïté de certains termes dans un milieu donné, 3) l'évaluation des qualités psychométriques de l'instrument traduit et adapté (validité de contenu, validité de construit, consistance interne, validité discriminante) (Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz, 2000; Vallerand, 1989).

Trois experts cliniciens en oncologie ont apporté leurs commentaires à la version préliminaire en français. Deux chercheurs et une professionnelle de recherche ayant tous une vaste expérience dans le domaine de l'évaluation des services de santé ont été consultés pour s'assurer de la qualité du produit. Finalement, le questionnaire a été pré-testé auprès de cinq personnes atteintes de cancer choisies en fonction de leur plus grande diversité en terme de sexe, d'âge et de type de traitement. Les patients devaient répondre au questionnaire et noter les éléments qui ne semblaient pas clairs ou étaient non appropriés. Par la suite, ces personnes ont été rencontrées pour en discuter. L'ensemble de la démarche visait à s'assurer que l'instrument puisse reproduire les mêmes inférences que l'instrument original et qu'il soit adapté au contexte de la population ciblée (Haccoun, 1987).

La version du HSR (version cancer CF) comportait 30 items, soit 27 items issus de la version originale du HSR_inpatient et trois items nouvellement formulés pour tenir compte des spécificités de l'organisation des services en cancer au Québec (MSSS, 1998). Le choix de réponse pour les questions portant sur la promptitude de l'attention (obtenir un rendez-vous, être en contact avec l'infirmière pivot en oncologie, le temps passé dans la salle d'attente) se situe sur une échelle de type Likert exprimée en intervalle de temps. Par exemple, le choix de réponse pour le délai pour obtenir un rendez-vous s'exprime « le jour même » « 2 à 5 jours » etc. Le choix de réponse des questions sur l'expérience de soins réfère à une échelle de type Likert en quatre

points : « jamais », « parfois », « habituellement » et « toujours » alors que celui pour les questions sur la perception de la réactivité en général porte sur une échelle en cinq points : « très mauvais », « mauvais », « moyen », « bon » et « très bon ». Ce choix de réponse est identique à celui du questionnaire d'origine. Toutes les questions comportaient un choix de réponse « ne s'applique pas » afin d'évaluer la pertinence des items de la réactivité spécifique aux services en cancer. De plus, l'importance accordée à chaque item portant sur l'expérience vécue par la personne a été évaluée sur une échelle en cinq points : « pas important », « peu important », « modérément important », « très important » et « extrêmement important ».

2^{ième} étape : Étude de validation du HSR (version cancer CF)

Cette deuxième étape relate l'analyse des qualités psychométriques de l'instrument. Elle porte sur la validité de contenu, la validité de construit, la consistance interne et la capacité discriminante de la version traduite et adaptée.

Le milieu de recrutement des sujets

Les participants à cette étude recevaient des soins dans un réseau intégré de cancer d'une région socio-sanitaire du Québec. La population de cette région s'élève à près de 1,4 million des personnes réparties sur un territoire de 10 000 km² où se côtoient des zones urbaines, semi-urbaines et rurales. Huit

hôpitaux de soins aigus dispensent des services en cancer et un hôpital régional offre des services plus spécialisés. Les cliniques ambulatoires d'oncologie se trouvent dans chacun de ces hôpitaux. Les services ultra spécialisés, non disponibles dans la région, (radiothérapie, greffes et transplantation, cancers rares) sont dispensés dans des centres hospitaliers universitaires situés dans des zones limitrophes en dehors de la région. Tous ces services sont publics.

Au cours des dix dernières années, la région a déployé plusieurs stratégies pour assurer une meilleure réponse aux besoins des personnes atteintes de cancer dont, une structure de gouverne régionale, la création d'un centre régional d'excellence en oncologie, la consolidation d'équipes interprofessionnelles locales en oncologie, la promotion de pratiques fondées sur des données probantes, la formalisation d'ententes de services inter établissements, le partage d'outils cliniques et l'introduction de la fonction d'infirmière pivot en oncologie (IPO) (Cazale et al., 2006; Comtois & al, 2003; Roberge et al., 2004; Touati et al., 2006).

La collecte de données

Les patients ont été recrutés dans les cliniques ambulatoires d'oncologie des neuf hôpitaux au moment d'y recevoir un service (traitement de chimiothérapie, visite à un professionnel, examen d'investigation, évaluation de suivi). Les critères d'inclusion étaient : être âgé de 18 ans et plus, avoir un

diagnostic de cancer, recevoir des soins et des traitements dans l'une des cliniques ambulatoires des neuf hôpitaux de la région, lire et comprendre le français.

Les questionnaires ont été distribués entre le 23 janvier et le 4 mars 2006. Une trousse intégrant le questionnaire de réactivité, le questionnaire sociodémographique (caractéristiques des patients, utilisation des services, continuité des soins), une lettre d'information pour éclairer le consentement a été distribuée par le personnel responsable de l'accueil à la clinique ambulatoire d'oncologie. Les questionnaires non nominatifs, numérotés par site d'investigation, étaient retournés par la poste dans une enveloppe pré-affranchie. Afin d'encourager la participation, un message de rappel a été affiché dans les salles d'attente deux et quatre semaines après le début de la période de recrutement.

L'analyse des données

Les analyses statistiques ont été complétées avec le logiciel SPSS (version 13). Une codification de 1 à 4 ou 5 a été accordée à chaque point des échelles. Les réponses « ne s'applique pas » ont été traitées comme des valeurs manquantes dans les analyses.

Une analyse factorielle exploratoire en composantes principales avec rotation oblique a été réalisée pour déterminer la structure de l'instrument (Preacher & MacCallum, 2003). L'analyse a été faite à partir de la matrice de corrélation. Le nombre de facteurs retenus a été déterminé à l'aide de deux méthodes complémentaires principalement en raison de la taille de l'échantillon supérieure à 250 sujets (Field, 2005).

D'abord, le critère des valeurs propres supérieures à l'unité ($K > 1$) a été considéré comme un seuil de rétention minimal et non comme une valeur systématique de la détermination définitive du nombre de facteurs (Preacher & MacCallum, 2003). Deuxièmement, nous avons utilisé le graphique d'accumulation de variances de Catell (test de l'éboulis) afin de déterminer le nombre de facteurs en fonction du point de rupture de la courbe des valeurs propres (Catell, 1966). Les variables devaient avoir une saturation supérieure à 0,30 pour être retenues dans l'analyse (Burns & Grove, 2001). La consistance interne de l'instrument et des sous-échelles a été mesurée avec l'alpha de Cronbach (Nunnally & Bernstein, 1994)

Le score des moyennes pour chacune des sous-échelles et l'échelle totale a été construit à partir de la moyenne des items qui la compose. La moyenne des items a été calculée seulement pour les sujets qui ont répondu à au moins 50% de ces items. Les intervalles propres aux catégories de questions selon l'échelle à quatre et cinq points ont été respectés. Les facteurs extraits de

l'analyse factorielle (sous-échelles) et l'échelle totale ont ensuite été utilisés comme variables dépendantes (Saintonge & Lachance, 1995).

Des tests de t et des analyses de variances ANOVA suivis, si nécessaire, de tests post hoc du Tukey, ont été réalisés pour comparer les moyennes des scores afin d'identifier l'occurrence de différences significatives entre des groupes selon leurs caractéristiques. Cette démarche visait à explorer les capacités discriminantes du HSR (version cancer CF).

La capacité discriminante a été évaluée pour trois groupes de variables, identifiés à partir des écrits, soit les caractéristiques des patients, l'utilisation des services et les variables qui caractérisent l'accès à des soins continus. Les variables sur les caractéristiques des patients sont : le sexe (Clarke, Booth, Velikova, & Hewison, 2006; Davison et al., 2002b; Degner et al., 1997), l'âge (Balducci, 2003; Surbone, Kagawa-Singer, Terret, & Baider, 2006), la durée de la maladie (Brédart et al., 2002), le siège tumoral (Davison et al., 2002b; Degner et al., 1997), la présence de comorbidités (Koroukian, Murray, & Madigan, 2006) et le type de traitement (Sandoval, Brown, Sullivan, & Green, 2006).

Les variables sur l'utilisation des services ont été déterminées à partir d'études sur le cheminement des personnes atteintes de cancer dans le système de soins (Sloan et al., 2004a; Sloan et al., 2004b) et sur l'efficacité

d'interventions visant une meilleure utilisation des services (Latimer, Crabb, Roberts, Ewen, & Roberts, 1998; Sussman, Howell, O'Brien, & Whelan, 2004). Ces variables sont : le type d'établissement où les traitements ont habituellement lieu, l'utilisation des services dans la communauté; la consultation à l'urgence pour un problème lié au cancer, l'hospitalisation pour un problème lié au cancer et le temps passé dans la salle d'attente. Les variables portant sur l'accès à des soins continus sont issues des écrits sur les obstacles rencontrés par les patients lorsqu'ils tentent d'interagir avec un dispensateur de services (Brazil et al., 2003; Fraser, 1995; Gulliford et al., 2002; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004a). Ces variables sont : la difficulté à rejoindre l'équipe d'oncologie en cas de besoin, le fait d'endurer un problème parce que les patients ne savent pas qui appeler, le fait d'endurer un problème parce qu'ils ne veulent pas aller à l'urgence, le délai pour obtenir un rendez-vous ainsi que le délai entre le diagnostic et le contact avec l'IPO

Les résultats

La traduction et adaptation de l'instrument

Dans un premier temps, la méthode de traduction inspirée de Vallerand (1989) a permis d'obtenir un instrument spécifique à l'évaluation de la réactivité des services en cancer en langue française. Toutes les personnes impliquées dans le processus de pré-test ont remis en question les items sur la

possibilité de choisir les dispensateurs de services (personne ou établissement). Elles arguaient que, dans un contexte où l'accès rapide aux services a un impact important sur la santé et la survie et compte tenu du délai d'accès pour certaines interventions, la dimension du choix ne leur apparaissait pas un élément pertinent de la réactivité des services en cancer.

De plus, certains experts cliniques ont souligné que les réponses aux items sur la dimension de promptitude rapportaient des données factuelles sur le délai d'accès. Selon eux, cette formulation ne permet pas d'obtenir la perspective des patients sur le caractère approprié ou non de ces délais. Étant donné que ces commentaires entraînaient des modifications majeures de la structure du questionnaire original, ils ont été notés pour être intégrés à l'analyse ultérieure des réponses auprès de notre échantillon plus vaste. Les patients du pré-test ont mis environ une vingtaine de minutes pour remplir le questionnaire de réactivité.

Le taux de réponse au questionnaire

Entre le 23 janvier et le 4 mars 2006, 789 questionnaires ont été distribués. Au total, 569 questionnaires ont été retournés pour un taux de réponse de 72,1%. Parmi ceux-ci, quatre questionnaires étaient vierges et 27 autres avaient plus de 20% des questions non répondues, ce qui représente

un pourcentage de 0,05%. Ces 31 questionnaires ont été retirés permettant ainsi l'utilisation de 538 questionnaires pour les analyses statistiques.

L'analyse factorielle en composantes principales du HSR (version cancer CF)

L'analyse factorielle en composantes principales visait à établir la validité de construit du HSR (version cancer CF). Seuls les sujets ayant répondu à l'ensemble des questions ont été inclus dans cette analyse ($n = 323$). Ce nombre, supérieur à 300, est approprié pour ce type d'analyse (Tabacknick & Fidell, 2001). Le premier résultat à considérer était le déterminant de la matrice de corrélation (Field, 2005). Lors d'un premier essai, le déterminant était égal à zéro correspondant à une matrice singulière. Une telle situation survient lorsqu'une variable est parfaitement corrélée avec une ou plusieurs des variables. Tel que le mentionne Field (2005), il ne faut jamais procéder à une analyse factorielle en présence d'une matrice de corrélation dont le déterminant est plus petit que 0,00001. Il a donc été nécessaire de retirer successivement trois items de la dimension promptitude (délai entre le diagnostic et le contact avec l'infirmière pivot, délai pour obtenir un rendez-vous, temps passé dans la salle d'attente). Le déterminant de la matrice de corrélation était alors de 0,001.

Selon le critère $K > 1$, l'analyse montrait une solution à six facteurs où huit items saturaient sur deux facteurs et un item sur trois facteurs. Cette solution ne représentait pas un résultat intéressant au niveau de l'interprétation.

Le test de l'éboullis suggérait une solution à un ou trois facteurs. La solution à trois facteurs a été privilégiée parce qu'elle présentait un regroupement des items plus près des dimensions théoriques de l'instrument original (Wood, Taratyn, & Gorsuch, 1996). Pour la solution à trois facteurs, trois items saturaient sur deux facteurs et ils ont été retenus dans le facteur où la saturation était la plus élevée (Burns & Grove, 2001).

L'analyse factorielle en composantes principales suivie d'une rotation oblique (Oblimin) a servi à épurer l'instrument et à ne conserver que les items démontrant une structure factorielle claire dans le contexte des services de cancer. La version finale du HSR (version cancer CF) comporte 23 items regroupés en trois facteurs (Tableau 1 à la fin). Les saturations des items varient de 0,74 à 0,33. Cette solution à trois facteurs explique 42,6% de la variance totale. Par rapport à la version originale, le facteur 1 regroupe les items des dimensions *Autonomie* et *Communication*, le facteur 2 regroupe les items des dimensions *Qualité des lieux physiques* et *Respect de la dignité* et le facteur 3 regroupe principalement les items des dimensions *Soutien* et *Respect de la confidentialité*. Le facteur 1 a été renommé *Communication (COM)*, le facteur 2 *Environnement physique et humain (ENV)* et le facteur 3 *Réponse centrée sur la personne (RCP)*.

La validité de contenu

La validité de contenu visait à établir la pertinence des items de la réactivité compte tenu de la spécificité des services en cancer. Les réponses « ne s'applique pas » ont été manipulées comme des données manquantes. Le pourcentage de données manquantes peut représenter une mesure indirecte de la sensibilité d'un instrument de mesure auprès d'une population donnée (Valentine, Lavallée, Bao, Bonsel, & Murray, 2003). Ces chercheurs qui ont produit la version originale du HSR, ont établi qu'un taux supérieur à 20% permettait de considérer un item comme non pertinent à la mesure du concept de réactivité. Quatre items avaient plus de 20% de données manquantes, soit les trois items de la dimension choix du dispensateur de services (choix du professionnel 24%, choix du lieu 28% et choix en général 23%) et l'item portant sur le soutien dans les pratiques religieuses (35%). Ces quatre items jugés non pertinents à l'évaluation de la réactivité des services en cancer n'ont pas été considérés dans l'analyse en composantes principales.

Pour la partie portant sur l'importance accordée aux items par les répondants, la majorité ont été jugés « extrêmement important » et « très important » par plus de 96% des répondants. Seulement quatre items ont été jugés « modérément important », « peu important » ou « pas important » par un plus grand pourcentage des répondants : attention à l'ensemble des besoins

(16,5%), soutien pour les pratiques religieuses (35,8%), présence des proches (16,5%) et confort de la salle d'attente (16,5%).

La consistance interne

La consistance interne de ces sous-échelles COM, ENV et RCP montre un alpha de Cronbach respectif de 0,83 (7 items), 0,69 (8 items) et de 0,76 (8 items) alors que l'échelle globale de réactivité montre une consistance interne de 0,87 (23 items).

Les relations entre les composantes du construit

Le coefficient de corrélation de Pearson montre que les sous-échelles et l'échelle totale sont significativement corrélées (Tableau 2). Les sous-échelles COM et RCP ont un coefficient plus élevé ($r = 0,62$, $p < 0,001$) alors que ENV est plus faiblement corrélé avec COM ($r = 0,43$, $p < 0,001$) et RCP ($r = 0,45$, $p < 0,001$). Chacune des sous-échelles est significativement corrélée à l'échelle totale, soit : COM et Réactivité ($r = 0,85$, $p < 0,001$), ENV et Réactivité ($r = 0,75$, $p < 0,001$) et RCP et Réactivité ($r = 0,85$, $p < 0,001$). La moyenne des scores pouvait varier entre 8 et 35. Les moyennes et écarts-types pour les scores de chacune des sous-échelles sont : COM ($32,63 \pm 3,2$), ENV ($32,81 \pm 2,5$), SCP ($32,93 \pm 2,8$) et Réactivité ($32,72 \pm 2,4$).

La validité discriminante

La validité discriminante a été évaluée en comparant les moyennes des scores des sous-échelles et de l'échelle totale de réactivité (variables dépendantes) pour différentes variables qui caractérisent les groupes d'utilisateurs de services (variables indépendantes).

Pour les caractéristiques des patients (Tableau 3), les analyses montrent que le HSR (*version cancer CF*) a permis d'identifier des variations significatives selon le sexe pour COM ($p = 0,008$) et Réactivité ($p = 0,011$), selon le type de traitement pour COM ($p = 0,003$) et Réactivité ($p = 0,011$) selon la présence d'un problème de santé mentale pour ENV ($p = 0,014$) ainsi que selon la durée de la maladie pour ENV ($p = 0,004$) et Réactivité ($p = 0,041$).

Les moyennes COM et Réactivité sont moins élevées pour les femmes que pour les hommes. Les analyses post hoc montrent que les personnes atteintes d'un problème de santé mentale ont une perception moins élevée de l'environnement. Quant au type de traitement, la radiothérapie est associée à une COM et à une Réactivité moins élevées que lors d'un traitement de chimiothérapie, accompagné ou non d'une chirurgie. Par ailleurs, les conclusions de ces analyses peuvent être interprétées indépendamment de l'âge puisque aucune interaction significative n'a été identifiée lors des analyses de variances à deux facteurs.

Pour les variables d'utilisation des services (Tableau 4), les tests de t montrent des moyennes moins élevées pour COM ($p = 0,003$) et Réactivité ($0,050$) lorsque les personnes reçoivent des services ultra spécialisés en dehors de la région. Lorsqu'elles ont eu une hospitalisation non prévue pour un problème lié au cancer, ENV est moins élevée ($p = 0,015$) mais il n'y a pas de différence quant à COM et RCP. La consultation d'urgence pour un problème lié au cancer est reliée à une Réactivité plus basse ($p < 0,001$) de même que pour chacune des composantes COM ($p < 0,001$), ENV ($p = 0,005$) et RCP ($p = 0,017$). La réactivité et toutes les composantes sont plus élevées lorsque les personnes ont passé moins de 60 minutes dans la salle d'attente ($p < 0,001$). L'utilisation ou non des services du CLSC ne montre pas d'effet sur la réactivité.

Quant aux variables qui caractérisent l'accès à des soins continus (Tableau 5), les résultats des tests de t montrent que les obstacles à la continuité des soins sont significativement associés à une réactivité moins élevée ($p < 0,001$) et ce, pour toutes les sous-échelles. Une réactivité plus élevée est observée lorsque le délai entre la prise d'un rendez-vous et le moment effectif de celui-ci est inférieur à quatre semaines ($p = 0,031$) alors que COM est plus élevée si le rendez-vous est obtenu en moins de deux semaines ($p = 0,009$).

Finalement, le délai entre le contact avec l'IPO et l'annonce du diagnostic de cancer est un facteur de variation pour COM ($p = 0,004$), RCP

($p = 0,014$) et Réactivité ($p = 0,021$). Plus spécifiquement, COM est plus élevée lorsque le contact est établi le jour même ($p = 0,003$) ou entre 2 à 13 jours post diagnostic ($p = 0,014$) comparativement à lorsqu'il a lieu plus de quatre semaines. La RCP est plus basse lorsque le contact avec l'IPO a lieu plus de quatre semaines après le diagnostic ($p = 0,032$). La Réactivité est aussi plus basse lorsque le contact a lieu à plus de quatre semaines ($p = 0,012$).

Étant donné l'importance de la fonction d'infirmière pivot en oncologie dans l'organisation des services en cancer, des ANOVA à deux facteurs ont ensuite été réalisées afin de déterminer des effets d'interaction entre le délai d'accès à l'IPO et les autres variables indépendantes (caractéristiques des patients, utilisation des services, accès à des services continus).

Les résultats montrent un effet d'interaction entre le délai d'accès à l'IPO et quatre variables, soit la difficulté à rejoindre l'équipe d'oncologie ($F_{(3, 347)} = 2,718$; $p = 0,045$), le délai pour obtenir un rendez-vous ($F_{(9, 404)} = 2,139$; $p = 0,025$), le type de services hospitaliers pour (RCP $F_{(3, 421)} = 4,218$; $p = 0,006$) et le type de traitement ($F_{(8, 417)} = 2,098$; $p = 0,032$).

Après avoir scindé les groupes selon le délai d'accès à l'IPO, les ANOVA montrent que la moyenne RCP est significativement moins élevée chez les sujets rapportant une difficulté à rejoindre l'équipe d'oncologie et chez ceux qui ont eu un contact avec l'IPO dans un délai de quatre semaines ou plus

($F_{(3, 180)} = 2,987$; $p = 0,049$). Le plus bas score de COM résulte de l'effet conjugué du contact avec l'IPO à plus de quatre semaines lorsque les services sont dispensés dans les hôpitaux de soins ultra spécialisés ($F_{(3, 180)} = 3,671$; $p = 0,013$) et lorsque les patients ont de la radiothérapie ($F_{(3, 184)} = 3,184$; $p = 0,019$). Il n'y a pas de différence significative pour l'interaction avec les autres variables.

La discussion

Cet article présente une première expérimentation d'application du concept de réactivité, tel que défini par l'OMS, aux services en cancer. Un instrument de mesure de la réactivité a été traduit et adapté au contexte des services en cancer d'une région du Québec. Les résultats globaux montrent l'utilité du concept de réactivité pour évaluer l'offre de services en cancer auprès d'une clientèle francophone. Le HSR (version cancer CF) permet une évaluation structurée et intégrée de la communication favorisant l'autonomie, de la qualité de l'environnement physique et humain entourant les services et d'une réponse des dispensateurs de services centrée sur la personne dans toute sa globalité. Le taux de réponse au questionnaire élevé et le faible pourcentage de questionnaires incomplets montrent que le questionnaire est bien reçu par les patients.

La validité de construit du HSR (version cancer CF)


Nous n'avons pas été en mesure de reproduire la structure de l'instrument original. La situation de singularité de la matrice de corrélation suggère que la promptitude de l'attention rapportée en terme de délai d'accessibilité ne serait pas une dimension intrinsèque de la réactivité. Nos résultats sont en lien avec plusieurs études où l'accès aux services au moment opportun est considéré comme un intrant du processus de soins plutôt qu'un résultat auprès des patients (CSCC, 2006). Dans le questionnaire original, la consistance interne de cette dimension était de 0,61. La faible consistance interne de cette dimension est soulignée par les chercheurs de l'OMS qui suggéraient de reformuler les questions de manière à ce que les répondants puissent rapporter leur perception quant aux délais plutôt que leur durée (Valentine, Lavallée, Bao, Bonsel, & Murray, 2003). Par exemple, la question pourrait être formulée ainsi : « *En général, vous avez obtenu vos rendez-vous dans un délai que vous jugez raisonnable* ». L'échelle de mesure pourrait alors être identique à celle des autres questions, soit « jamais », « parfois », « habituellement », « toujours ».

Plusieurs raisons peuvent expliquer les différences dans la structure factorielle. Premièrement, le fait de retirer les items non pertinents de la dimension choix et les items sur la promptitude de l'attention amputait l'instrument de deux dimensions dès le départ. Deuxièmement, la décision de

retenir un facteur repose en grande partie sur la technique d'analyse utilisée et comporte une certaine subjectivité de la part de l'analyste (Hayton, Allen, & Scarpello, 2004). La technique utilisée pour déterminer la structure factorielle du HSR original était le critère $K > 1$ (de Silva, 2000). Même si cette technique est très utilisée, elle fournit souvent une solution qui surestime le nombre de facteurs. Selon ces auteurs, la combinaison de différentes techniques est plus susceptible de produire un résultat plus près de la réalité empirique.

Troisièmement, des aspects culturels à l'égard des attentes envers le système de santé peuvent jouer. Dans une étude visant à évaluer la pertinence du concept de réactivité auprès d'informateurs clés à Taiwan, l'analyse en composantes principales donne une solution à cinq facteurs expliquant 63,5% de la variance de la réactivité (Hsu, Chen, Hu, Yip, & Shu, 2006). Les auteurs attribuent à des différences culturelles les résultats obtenus dans leur pays par rapport au questionnaire d'origine. Néanmoins, les items liés à la *Communication* et à *Autonomie* étaient ceux qui expliquaient la plus grande partie de la variance comme c'est le cas de la présente étude.

La structure factorielle du HSR (version cancer CF) montre un regroupement des dimensions *Communication* et *Autonomie* par rapport à l'instrument d'origine. Ces dimensions interdépendantes référant à une communication favorisant la participation dans les prises de décision et l'autonomisation sont celles qui expliquent le plus grand pourcentage de la variance de la réactivité.




Une revue des écrits sur la communication entre les professionnels et les patients avait déjà démontré l'importance de cet aspect dans le domaine des services en cancer (Thorne, Bultz, & Baile, 2005).

La sous-échelle RCP confirme l'idée depuis longtemps répandue que des soins centrés sur la personne constituent une pratique d'excellence pour les professionnels (Lewin, Skea, Entwistle, Zwarenstein, & Dick, 2004). Cette notion s'applique non seulement aux pratiques cliniques des professionnels mais comporte des aspects d'organisation des services contribuant à une meilleure qualité des soins et à des services plus réactifs (D'Amour, Tremblay, & Bernier, 2006). Quant à la sous-échelle ENV, le regroupement des items montre l'importance de la qualité de l'environnement physique et humain autour de l'offre de soins de santé, laquelle peut avoir des retombées autant pour les professionnels que pour les patients (Brédart et al., 2007; Friese, 2005).

La validité de contenu

L'expérimentation montre que la majorité des items du HSR original sont pertinents dans le contexte des services en cancer. Par contre, quatre items de la réactivité dont trois portant sur le choix du dispensateur de services et l'aspect du soutien dans les pratiques religieuses ont été jugés non pertinents. La notion de choix du dispensateur de services présente des difficultés d'application. Les items de la dimension choix avaient d'ailleurs soulevé des



interrogations dans l'étude de de Silva et Valentine (2000) où leur valeur ne respectait pas le critère $K > 1$ lors de l'analyse en composantes principales. Par ailleurs, une étude a démontré que la notion de choix n'était pas un facteur lié à la satisfaction des soins des personnes atteintes de cancer sauf lorsque le choix portait sur des aspects du traitement médical déterminants pour l'espérance de vie (Jansen, Otten, van de Velde, Nortier, & Stiggelbout, 2004). Puisque la réactivité porte sur des aspects des services de santé non reliés au traitement médical, nos résultats convergent avec ceux de Jansen. Cette dimension du choix avait été jugée la moins importante pour les personnes atteintes d'un problème de santé mental (Bramsfeld, Wedegaertner, Elgeti, Bisson, 2007).


Quant à l'aspect du soutien, plus du tiers des sujets ont répondu que l'item portant sur les pratiques religieuses « ne s'applique pas » et 35% l'ont jugé modérément peu ou pas important. Une étude sur la prévalence des besoins de soutien religieux et spirituel pour les personnes atteintes de cancer montre que même si de tels besoins sont présents, les personnes ne désirent pas nécessairement recevoir du soutien de la part des professionnels de la santé concernant cet aspect (Taylor, 2006). Par contre, en pratique, ce besoin devrait être évalué pour s'assurer d'une réponse centrée sur la personne selon ses valeurs et ses préférences.

Les autres items portant sur le soutien sont apparus pertinents même si les sujets n'étaient pas hospitalisés, ce qui rejoint le mouvement en faveur de soins intégrés et globaux entériné par plusieurs instances tant au niveau des décideurs que des coalitions de patients (Fitch & Mings, 2003; Whelan et al., 2003; Willard & Luker, 2005). Ces items devraient être intégrés systématiquement à toute évaluation de la réactivité des services en cancer et non seulement pour le volet des services d'hospitalisation tel que le suggère le HSR original.

Finalement, les deux items nouvellement formulés pour tenir compte de la spécificité des services en cancer (aide pour peser le pour et le contre dans la prise de décision, préoccupation de l'ensemble des besoins) apparaissent pertinents au concept de réactivité des services en cancer.

La consistance interne

La consistance interne du HSR (version cancer CF) est très bonne ainsi que celle des sous-échelles portant sur la Communication ($\alpha = 0,83$) et la Réponse centrée sur la personne ($\alpha = 0,76$). Toutefois, le coefficient alpha de la dimension Environnement ($\alpha = 0,69$) est sous le seuil de 0,70 selon les critères de Nunally et Bernstein (1994). De plus, dans le domaine de la recherche clinique, un coefficient alpha supérieur à 0,80 est jugé nécessaire à l'acceptation de différences entre des groupes (Patrick, 1995). Ainsi, tous les




résultats portant sur cette dimension devraient être interprétés avec la plus grande prudence.

La validité discriminante

Les résultats sur la réactivité des services en cancer montrent que l'instrument permet de différencier les groupes en fonction de certaines caractéristiques des patients, de l'utilisation des services et de variables qui caractérisent la continuité et la coordination des services. Tel qu'attendu, le sexe, la durée de la maladie et le type de traitement relatif à la radiothérapie sont des variables qui influencent la réactivité. L'âge ne représente pas un facteur de variation de la perception de la réactivité. Ces résultats sont similaires à ceux d'autres études sur la perception de la qualité de services en cancer (Brédart et al., 2007; Sandoval, Brown, Sullivan, & Green, 2006). La présence de comorbidités n'a pas d'influence sur la perception de la réactivité totale. Cette question pourrait être remplacée par la perception de l'état de santé des répondants qui est à l'origine de différences significatives de la perception de la qualité des soins dans les deux dernières études citées.

Les obstacles à la continuité des soins tels la difficulté à rejoindre l'équipe d'oncologie, les difficultés de transition d'un médecin à un autre et le fait d'endurer un problème en cas de détérioration imprévue de l'état de santé sont tous des facteurs qui contribuent à diminuer très significativement la



réactivité. Ces obstacles inhérents à la fragmentation des services de santé ont été décrits dans plusieurs rapports tant au Québec qu'ailleurs dans le monde (Savage & Hryniuc, 2006). Les résultats concernant les délais pour obtenir un rendez-vous ou pour être en contact avec l'IPO montrent que plus le délai est court, plus la réactivité est élevée mais les résultats sont significatifs lorsque les délais sont inférieurs à deux semaines. Parmi les effets d'interaction, le fait de recevoir des soins dans un centre ultra spécialisé en dehors de la région, de recevoir de la radiothérapie ou d'avoir un problème de santé mentale conjugué à un un délai de contact avec l'IPO supérieur à quatre semaines produit les niveaux les plus bas de réactivité.

Les limites de l'étude

La stratégie d'échantillonnage représente la principale limite de cette étude. Un échantillon de convenance ne permet pas un contrôle optimal du nombre de sujets et de leurs caractéristiques dans les groupes de comparaison. Même si plusieurs stratégies ont été déployées pour assurer la validité interne de l'étude, les variables portant sur le revenu et le niveau de scolarité n'ont pas été contrôlées de sorte qu'elles pourraient être des variables confondantes.

Les sujets de cette étude peuvent être considérés comme étant représentatifs des personnes utilisant des services ambulatoires en oncologie dans les pays industrialisés. La généralisation des résultats est toutefois limitée

dans les pays où les services de santé sont privés ou encore dans les pays en développement. Compte tenu des spécificités des besoins des personnes atteintes de cancer, la transférabilité des résultats à d'autres clientèles atteintes de maladies chroniques est jugée risquée. Compte tenu de la consistance interne de la dimension sur la qualité de l'environnement, les différences de la réactivité des soins pour les personnes atteintes de problèmes de santé mentale chroniques devraient être lues avec prudence.

La conclusion

Cette première expérimentation montre l'utilité du concept de réactivité pour évaluer la qualité des services en cancer. La réactivité permet de reconnaître la place centrale qu'occupe l'utilisateur de services lorsqu'il s'agit d'évaluer la capacité des systèmes de soins à répondre ou non à ses besoins. Dans un contexte où la globalité de l'approche de soins et le soutien sont aussi importants que les aspects liés au traitement médical, ce concept fournit une perspective impossible à obtenir à partir des indicateurs de performance centrés sur l'efficacité et l'efficience. Cet indicateur permet d'élargir l'angle d'approche fourni par les mesures classiques.

Le questionnaire est facile à gérer par enquête postale. Il est auto-administré, bien reçu par les patients et prend peu de temps à remplir. La version de l'instrument issue de cette étude peut être considérée comme valide

et fiable pour mesurer la réactivité. Les qualités psychométriques de l'instrument adapté aux services en cancer sont bonnes et sa validité discriminante peut être jugée excellente compte tenu du caractère relativement homogène de notre échantillon. La consistance interne de l'échelle totale est excellente et permet d'accepter des variations selon des variables qui caractérisent des groupes de patients et des aspects d'organisation du système de santé. Le HSR (version cancer CF) est un instrument en développement au stade d'expérimentation. Le concept a besoin d'être clarifié et d'autres études sont nécessaires pour s'assurer de la validité du construit et améliorer les qualités psychométriques de l'instrument, notamment le soumettre à des analyses factorielles confirmatoires.

La réactivité pourrait représenter un indicateur macroscopique de la qualité des services en cancer en fournissant des données non accessibles lors de l'évaluation de l'efficacité des services de santé. Le monitoring de cet indicateur à travers le temps pourrait permettre de piloter des résultats de la transformation des services en cancer selon la perception des utilisateurs de services. Il serait aussi facilement adaptable pour s'appliquer aux proches des personnes atteintes.

Tableau 1 : Analyse factorielle en composantes principales avec rotation oblique (N=323)

Facteurs	COM	ENV	RCP
Valeurs propres initiales	6,2	2	1,5
% de la variance	27	8,9	6,7
Participation aux décisions de soins - votre expérience	0,74		
Participation aux décisions de soins oncologiques – en général	0,73		
Avoir du temps pour vos questions - votre expérience	0,70		
Être écouté avec attention - votre expérience	0,66		
Communication des professionnels de la santé – en général	0,63		
*Aide pour évaluer les pour et les contre des traitements - votre expérience	0,60		0,35
Explications simples et faciles à comprendre - votre expérience	0,60		
Confort de la salle d'attente - votre expérience		0,69	
Qualité des locaux – en général		0,67	
Promptitude de l'attention – en général		0,56	
Respect de votre intimité physique - votre expérience		0,51	
Respect de la part du personnel administratif- votre expérience		0,50	
Respect de la part des professionnels de la santé - votre expérience		0,49	
Accès facile à la clinique d'oncologie - votre expérience		0,44	
Respect de la dignité – en général		0,39	
Proches encouragés être présents - votre expérience			0,73
Respect de la confidentialité des renseignements personnels - votre expérience			0,65
Accès à du soutien de la part des proches – en général			0,61
Respect de la confidentialité – en général			0,58
*Préoccupation de l'ensemble des besoins - votre expérience			0,52
Consentement demandé avant les traitements - votre expérience			0,48
Information reçue dans un délai jugé raisonnable - votre expérience			0,37
Possibilité de parler en privé avec les professionnels de la santé - votre expérience			0,33

* Items ajoutés



Tableau 2 : Corrélation de Pearson des sous-échelles et de l'échelle de réactivité

	COM	ENV	RCP	Réactivité
COM	1	0,43***	0,62***	0,85***
ENV	0,43***	1	0,45***	0,75***
RCP	0,62***	0,45***	1	0,85***
Réactivité	0,85***	0,75***	0,85***	1

*** p < 0,001

Tableau 3 : Réactivité selon les caractéristiques des répondants

Variables indépendantes	n	COM		ENV		RCP		Réactivité	
		Moy.	(É-T)	Moy.	(É-T)	Moy.	(É-T)	Moy.	(É-T)
Sexe <ul style="list-style-type: none"> • Homme • Femme 	208 319	33,13 32,34	2,73 3,55	33,07 32,70	33,07 2,65	33,18 32,83	33,18 3,07	33,18 32,83	33,18 3,07
Test t Sig. (bilatéral)		t (500) = 2,66 p = 0,008		t (532) = 1,67 p = 0,092		t (482) = 1,31 p = 0,184		t (532) = 2,44 p = 0,011	
Âge <ul style="list-style-type: none"> • 69 ans et moins • 70 ans et plus 	428 106	32,50 33,10	3,30 3,15	32,74 33,10	2,58 2,31	32,93 33,03	2,86 2,93	32,65 33,00	2,40 2,44
Test t Sig. (bilatéral)		t (507) = -1,64 p = 0,108		t (532) = -1,30 p = 0,195		t (482) = -0,32 p = 0,743		t (532) = -1,33 p = 0,186	
Siège du cancer lors du diagnostic <ul style="list-style-type: none"> • Sein • Poumon • Côlon/Rectum • Métastases • Autres 	156 78 101 67 130	32,30 32,79 32,65 32,76 32,87	3,33 3,66 2,98 3,04 3,34	32,84 33,30 32,70 32,63 32,71	2,58 2,60 2,29 2,26 2,73	32,67 33,51 32,95 33,12 32,72	3,12 2,65 2,52 2,62 3,13	32,52 33,20 32,71 32,73 32,67	2,45 2,62 2,19 2,08 2,57
ANOVA (one-way)		F (4,507) = 0,612 p = 0,658		F (4,531) = 0,915 p = 0,453		F (4,481) = 1,253 p = 0,286		F (4,531) = 1,065 p = 0,377	

Tableau 3 (suite) : Réactivité selon les caractéristiques des répondants

Variables indépendantes	n	COM		ENV		RCP		Réactivité	
		Moy.	(É-T)	Moy.	(É-T)	Moy.	(É-T)	Moy.	(É-T)
Durée depuis le diagnostic de cancer									
• 6 mois et moins	187	33,03	3,14	33,30	2,20 ^a	33,28	2,57	33,11	2,27 ^a
• 7 mois à 5 ans	249	32,38	3,51	32,43	2,72 ^a	32,75	2,98	32,48	2,48 ^a
• 5 ans à 10 ans	63	32,80	2,55	32,90	2,47	32,88	3,14	32,76	2,35
• 10 ans et plus	28	32,18	3,23	32,89	1,89	32,73	3,14	32,34	2,34
ANOVA (<i>one-way</i>)		F (3,501) = 1,584 p = 0,193		F (3,526) = 4,405 p = 0,004		F (3,477) = 1,214 p = 0,304		F (3,526) = 2,721 p = 0,041	
Comorbidité									
• Aucune	260	32,66	3,00	32,94	2,38 ^b	32,80	2,99	32,77	2,30
• Problème de santé physique	253	32,70	3,40	32,82	2,57 ^b	33,08	2,80	32,76	2,43
• Problème de santé mentale	25	31,74	3,29	31,42	3,18 ^b	33,03	2,35	31,78	3,07
ANOVA (<i>one-way</i>)		F (2,512) = 0,998 p = 0,372		F (2,537) = 4,202 p = 0,014		F (2,485) = 0,584 p = 0,587		F (2,537) = 2,001 p = 0,132	
Type de traitement									
• Chimiothérapie seulement	136	3,34	2,47 ^c	33,16	2,11	33,16	2,76	33,16	2,08 ^d
• Chirurgie et chimiothérapie	160	32,87	3,11	32,68	2,68	33,14	2,60	32,79	2,30
• Radiothérapie	219	32,05	3,71 ^c	32,79	2,57	32,70	3,04	32,46	2,56 ^d
• Autres	16	31,93	3,62	31,56	3,35	31,77	4,03	31,56	3,39
ANOVA (<i>one-way</i>)		F (3,506) = 4,812 p = 0,003		F (3,530) = 2,319 p = 0,071		F (3,480) = 1,749 p = 0,154		F (3,527) = 3,668 p = 0,011	

a Post hoc ENV significativement moins élevée ($p = 0,002$) pour le groupe 7 mois à 5 ans par rapport au groupe 6 mois et moins.

b Post hoc ENV moins élevée chez les sujets avec un problème de santé mentale vs problème de santé physique ($p = 0,026$) et vs aucune comorbidité ($p = 0,014$).

c Post hoc COM moins élevée chez les sujets avec radiothérapie vs chimiothérapie seulement ($p = 0,002$).

d Post hoc Réactivité moins élevée chez les sujets avec radiothérapie vs chimiothérapie seulement ($p = 0,031$).

Tableau 4 : Réactivité selon l'utilisation des services de santé

Variables indépendantes	n	COM		ENV		RCP		Réactivité	
		Moy.	(É-T)	Moy.	(É-T)	Moy.	(É-T)	Moy.	(É-T)
Type de services hospitaliers habituels									
• Hôpital soins généraux dans la région	321	32,97	2,98	32,94	2,40	33,05	2,77	32,87	2,30
• Hôpital de soins ultra spécialisés hors région	206	32,07	3,64	32,63	2,67	32,71	3,06	32,46	2,56
Test t Sig. (bilatéral)		t (502) = 3,03 p = 0,003		t (525) = 1,38 p = 0,096		t (475) = 1,27 p = 0,206		t (528) = 1,94 p = 0,050	
Service du centre local de services communautaires (CLSC)									
• Oui	354	32,84	3,00	32,89	2,52	32,95	2,92	32,78	2,42
• Non	178	32,24	3,75	32,72	2,49	32,92	2,81	32,62	2,39
Test t Sig. (bilatéral)		t (506) = 1,930 p = 0,059		t (530) = 0,735 p = 0,468		t (480) = 0,93 p = 0,746		t (532) = 0,46 p = 0,191	
Consultation d'urgence pour un problème lié au cancer									
• Oui	243	31,94	3,77	32,42	2,73	32,55	3,02	32,24	2,59
• Non	177	33,18	2,72	33,12	2,12	33,25	2,51	33,11	1,98
Test t Sig. (bilatéral)		t (401) = -3,666 p < 0,001		t (418) = -2,856 p = 0,005		t (374) = -2,390 p = 0,017		t (417) = -3,749 p < 0,001	
Hospitalisation non prévue pour un problème lié au cancer									
• Oui	243	32,46	3,32	32,31	2,80	32,67	3,06	32,42	2,50
• Non	177	32,51	3,47	32,94	2,47	32,97	2,83	32,71	2,44
Test t Sig. (bilatéral)		t (424) = -0,146 p = 0,883		t (442) = -2,490 p = 0,015		t (396) = -1,030 p = 0,309		t (441) = -1,183 p = 0,274	
Temps passé dans la salle d'attente									
• Moins de 30 minutes	80	33,69	2,21	33,75	1,98	34,03	1,72	33,71	1,84
• 30 à 60 minutes	274	32,92	3,05	33,09	2,32	33,12	2,65	32,99	2,21
• Plus de 60 minutes	168	31,58	3,81 ^a	31,94	2,74 ^a	32,04	3,35 ^a	31,81	2,63 ^a
ANOVA (one-way)		F (2,497) = 13,875 p < 0,001		F (2,521) = 18,839 p < 0,001		F (2,472) = 14,176 p < 0,001		F (2,527) = 22,436 p < 0,001	

a Post hoc moyenne COM, ENV, RCP et Réactivité plus élevée si 60 minutes et moins d'attente (p = 0,001).

Tableau 5 : Réactivité selon l'accès à des services continus

Variables indépendantes	n	COM		ENV		RCP		Réactivité	
		Moy.	(É-T)	Moy.	(É-T)	Moy.	(É-T)	Moy.	(É-T)
Difficulté réelle ou anticipée à rejoindre l'équipe d'oncologie • Oui • Non	216	31,09	3,98	31,66	2,76	31,57	3,35	31,42	2,71
	219	33,14	2,70	33,10	2,39	33,26	2,57	33,08	2,07
Test t Sig. (bilatéral)		t (414) = -6,393 p < 0,001		t (433) = -7,372 p < 0,001		t (391) = -7,785 p < 0,001		t (443) = -9,045 p < 0,001	
Endurer un problème / ne veut pas aller à l'urgence • Oui • Non	120	31,50	3,79	31,92	2,80	31,20	1,87	31,64	2,66
	238	33,53	2,56	33,61	1,90	33,89	1,87	33,60	1,76
Test t Sig. (bilatéral)		t (340) = -5,623 p < 0,001		t (356) = -5,129 p < 0,001		t (323) = -5,057 p < 0,001		t (356) = -6,450 p < 0,001	
Endurer un problème / ne sait pas qui appeler • Oui • Non	35	30,55	4,02	30,79	2,68	30,83	3,54	30,58	2,71
	364	32,62	3,28	32,79	2,53	32,97	2,78	32,73	2,32
Test t Sig. (bilatéral)		t (382) = -3,407 p < 0,001		t (397) = -4,471 p < 0,001		t (357) = -3,924 p < 0,001		t (397) = -5,178 p < 0,001	
Difficultés lors des transitions entre dispensateurs de services • Oui • Non	98	30,83	4,21	31,94	2,81	31,70	3,33	31,44	2,70
	258	33,24	2,79	33,00	2,52	33,36	2,69	33,09	2,28
Test t Sig. (bilatéral)		t (337) = -6,131 p = 0,001		t (354) = -3,425 p < 0,001		t (319) = -4,636 p < 0,001		t (354) = -5,798 p < 0,001	

Tableau 5 (suite) : Réactivité selon l'accès à des services continus

Variables indépendantes	n	COM		ENV		RCP		Réactivité	
		Moy.	(É-T)	Moy.	(É-T)	Moy.	(É-T)	Moy.	(É-T)
Délai pour obtenir un rendez-vous <ul style="list-style-type: none"> • Plus de 4 semaines • 2 à 4 semaines • 2 à 13 jours • Le jour même 	31	31,47	4,53	32,58	2,72	31,79	3,98	31,97	2,94
	77	31,90	4,03	32,52	2,58	32,56	2,88	32,31	2,56
	301	32,80	2,89 ^a	32,86	2,47	33,03	2,68	32,80	2,28
	102	33,23	2,91 ^a	33,03	2,55	33,27	2,99	33,14	2,20 ^b
	ANOVA (<i>one-way</i>)		F (3,485) = 3,895 p = 0,009		F (3,510) = 0,728 p = 0,537		F (3,458) = 2,365 p = 0,074		F (3,537) = 3,026 p = 0,031
Délai entre l'annonce du diagnostic et contact avec IPO <ul style="list-style-type: none"> • Plus de 4 semaines • 2 à 4 semaines • 2 à 13 jours • Le jour même 	80	31,53	3,85	32,75	2,35	31,99	3,51	32,06	2,61
	90	32,44	3,36	32,81	2,68	33,20	2,24	32,73	2,34
	223	32,84	3,11 ^c	32,74	2,62	33,15	2,82	32,81	2,49
	110	33,21	2,97 ^c	32,98	2,52	33,17	2,67 ^d	33,10	2,10 ^e
	ANOVA (<i>one-way</i>)		F (3,479) = 4,439 p = 0,004		F (3,502) = 0,242 p = 0,862		F (3,454) = 3,526 p = 0,014		F (3,502) = 3,032 p = 0,021

a Post hoc moyenne COM plus élevée si le rendez-vous est obtenu le jour même (p = 0,042) et entre 2 à 13 jours (p = 0,041).

b Post hoc moyenne Réactivité plus élevée si le rendez-vous est obtenu dans les 4 semaines suivant la prise du rendez-vous (p = 0,045).

c Post hoc moyenne COM plus élevée si contact IPO inférieur à 2 semaines par rapport à 2 à 4 semaines (p = 0,003) plus de 4 semaines (p = 0,014) suivant le diagnostic.

d Post hoc moyenne RCP plus élevée si contact IPO inférieur à 4 semaines (p = 0,032).

e Post hoc moyenne Réactivité plus élevée si contact IPO inférieur à 4 semaines (p = 0,012).

Références

- Balducci, L. (2003). New paradigms for treating elderly patients with cancer: the comprehensive geriatric assessment and guidelines for supportive care. *The Journal of supportive oncology*, 1(4 Suppl 2), 30-37.
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186-3191.
- Bramesfeld, A., Wedegaertner, F., Elgeti, H., & Bisson, S. (2007). How does mental health care perform in respect to service users expectations? Evaluating ambulatory and hospital care in Germany with the WHO responsiveness concept. *BMC health services research*, 7(1), 99.
- Brazil, K., Whelan, T., O'Brien, M., Sussman, J., Pyette, N., Bainbridge, D., et al. (2003). Coordinating supportive cancer care in the community - Final report. Retrieved May, 4, 2004, from http://www-fhs.mcmaster.ca/slru/sccru/FINAL_COORD_SCC_REPORT_MARCH_20031.pdf.
- Brédart, A., Coens, C., Aaronson, N., Chie, W. C., Efficace, F., Conroy, T., et al. (2007). Determinants of patient satisfaction in oncology settings from European and Asian countries: preliminary results based on the EORTC IN-PATSAT32 questionnaire. *European journal of cancer*, 43(2), 323-330.
- Brédart, A., Razavi, D., Robertson, C., Brignone, S., Fonzo, D., Petit, J. Y., et al. (2002). Timing of patient satisfaction assessment: effect on questionnaire acceptability, completeness of data, reliability and variability of scores. *Patient education and counseling*, 46(2), 131-136.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2001). *The practice of nursing research. Conduct, critique & utilization* (4 ed.). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Catell, R. B. (1966). The scree test for the number of factors *Multivariate Behavioral Research*, 1, 245-276.
- Cazale, L., Tremblay, D., Roberge, D., Touati, N., Denis, J.-L., & Pineault, R. (2006). Development and application of a clinical vignette to assess the

quality of cancer care. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 54(5), 407-420.

Clarke, S. A. Booth, L., Velikova, G., & Hewison, J. (2006). Social support: gender differences in cancer patients in the United Kingdom. *Cancer nursing*, 29(1), 66-72.

Comtois, E., et al. (2003). *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 Lemoyne.

CSCC. (2006). The canadian strategy for cancer control: A cancer plan for Canada. Discussion paper. Retrieved July, 2006, from http://www.cancer.ca/vgn/images/portal/cit_86751114/10/2/140484220_9cw_CSCC_Discussion_Paper_July_2006_v2.pdf

D'Amour, D., Tremblay, D., & Bernier, L. (2006). Les pratiques professionnelles de réseaux: l'intégration au delà des structures. In *Le système sociosanitaire au Québec. Gouverne, régulation et participation* (pp. 273-287). Boucherville: Gaétan Morin

Darby, C., Valentine, N. B., Murray, C. J. L., & de Silva, A. (2001). World Health organization (WHO): Strategy on measuring responsiveness. GPE Discussion Paper Series No 23. Retrieved July 20, 2006, from <http://www.who.int/healthinfo/paper23.pdf>

Davison, B. J., Gleave, M. E., Goldenberg, S. L., Degner, L. F., Hoffart, D., & Berkowitz, J. (2002a). Assessing information and decision preferences of men with prostate cancer and their partners. *Cancer Nurs*, 25(1), 42-49.

Davison, B. J., Gleave, M. E., Goldenberg, S. L., Degner, L. F., Hoffart, D., & Berkowitz, J. (2002b). Assessing Information and Decision Preferences of Men With Prostate Cancer and Their Partners. *Cancer Nursing*, 25(1), 42-49.

de Silva, A. (2000). A framework for measuring responsiveness. GPE Discussion Paper Seires No. 32. Retrieved July, 20, 2006, from http://www3.who.int/whosis/discussion_papers/pdf/paper32.pdf

- de Silva, A., & Valentine, N. B. (2000). Measuring responsiveness : results of a key informants survey in 35 countries. GPE Discussion Paper Series No 21. Retrieved July, 20, 2006, from <http://www.who.int/responsiveness/summaryreports/paper21.pdf>
- Degner, L., Kristjanson, L., Bowman, D., Sloan, J., Carriere, K. C., O'Neil, J., et al. (1997). Information needs and decisional preferences in women with breast cancer. *JAMA*, 277(18), 1485-1492.
- Dohan, D., & Schrag, D. (2005). Using navigators to improve care of underserved patients : Current practices and approaches. *Cancer*, 104(4), 848-855.
- Doll, R., Stephen, J., Barroetavena, M. C., Linden, W., Poole, G., & Fyles, G. (2005). Patient navigation in cancer care. Final report. Retrieved May, 22, 2006, from <http://www.bccancer.bc.ca/NR/rdonlyres/F888FDE0-799D-4C98-9A1B-189E91E422D9/15722/WebSummaryNavigation.pdf>
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS* (2 ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Fillion, L., de Serres, M., Lapointe-Goupil, R., Bairati, I., Gagnon, P., Deschamps, M., et al. (2006). Implementing the role of patient-navigator nurse at a university hospital centre. *Canadian oncology nursing journal*, 16(1), 11-17.
- Fitch, M., & Mings, D. (2003). Cancer nursing in Ontario: Defining nursing roles. *Canadian oncology nursing journal*, 13(1), 28-44.
- Fosså, S. D., Hjermland, M. J., Mørk, I. H., & Hjortdahl, P. (1996). Does the service at a large oncologic out-patient clinic satisfy the patients' perceived need? *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 9(4), 24-29.
- Franks, P. J., Salisbury, C., Bosanquet, N., Wilkinson, E. K., Lorentzon, M., Kite, S., et al. (2000). The level of need for palliative care: a systematic review of the literature. *Palliative medicine*, 14(2), 93-104.
- Fraser, A. (1995). *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.

- Friese, C. R. (2005). Nurse practice environments and outcomes: implications for oncology nursing. *Oncology Nursing Forum*, 32(4), 765-771.
- Gakidou, E., Murry, C. J. L., & Frenk, J. (2000). Measuring preferences on health system performance assessment. GPE Discussion Paper Series No 20. Retrieved July 20, 2006, from <http://www.who.int/health-systems-performance/docs/articles/paper20.pdf>
- Gulliford, M., Figueroa-Munoz, J., Morgan, M., Hughes, D., Gibson, B., Beech, R., et al. (2002). What does 'access to health care' mean? *Journal of health services research & policy*, 7(3), 186-188.
- Haccoun, R. (1987). Une nouvelle technique de vérification de l'équivalence de mesures psychologiques traduites. *Revue québécoise de psychologie*, 8(3), 30-39.
- Hayton, J. C., Allen, D. G., & Scarpello, V. (2004). Factor retention decisions in exploratory analysis : a tutorial on parallel analysis. *Organizational research methods*, 7(2), 191-205.
- Hsu, C., Chen, L., Hu, Y. W., Yip, W., & Shu, C. (2006). The dimensions of responsiveness of a health system: a Taiwanese perspective. *BMC public health*, 6, 1-24.
- Jansen, S. J. T., Otten, W., van de Velde, C. J. H., Nortier, J. W. R., & Stiggelbout, A. A. M. (2004). The impact of the perception of treatment choice on satisfaction with treatment, experienced chemotherapy burden and current quality of life. *The British journal of cancer*, 91(1), 56-61.
- Koroukian, S. M., Murray, P., & Madigan, E. (2006). Comorbidity, disability, and geriatric syndromes in elderly cancer patients receiving home health care. *Journal of clinical oncology*, 24(15), 2304-2310.
- Latimer, E. J., Crabb, M. R., Roberts, J. G., Ewen, M., & Roberts, J. (1998). The patient care travelling record in palliative care : Effectiveness and efficiency. *Journal of Pain and Symptom Management*, 16(1), 41-51.

- Lewin, S. A., Skea, Z. C., Entwistle, V., Zwarenstein, M., & Dick, J. (2004). Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultation. *EBM Reviews - Cochrane Database of Systematic Reviews. Cochrane Consumers & Communication Group Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004). Besoins des personnes atteintes de cancer et de leurs proches au Québec. Recommandation. Avis des représentants de la population atteinte de cancer et des proches au Québec. Retrieved March, 6, 2005, from http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/cancer/download.php?id=151002,102,2
- MSSS. (1998). *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.
- NICE. (2005). *Referral for suspected cancer — NICE guideline. CG27*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3 ed.). New York: McGraw-Hill.
- Patrick, D. L. (1995). Scientific Advisory Committee Medical Outcomes Trust Instrument Review Criteria. *Medical Outcomes Trust Bulletin*, 3(4), 1-4.
- Preacher, K. J., & MacCallum, R. C. (2003). Repairing Tom Swift's Electric factor analysis machine. *Understanding Statistics*, 2(1), 13-43.
- Roberge, D., Denis, J.-L., Cazale, L., Comtois, E., Pineault, R., Touati, N., et al. (2004). Assesment of the integrated network of oncology care and services : The Montérégie experience. Retrieved July 20, 2006, from http://www.chsrf.ca/final_research/ogc/pdf/roberge_2_e.pdf#search=%22vignette%20cazale%20tremblay%22
- Saintonge, S., & Lachance, L. (1995). Validation d'une adaptation canadienne-française du teste de separation-individuation à l'adolescence. *Revue québécoise de psychologie*, 16(3), 199-121.

- Sandoval, G. A., Brown, A. D., Sullivan, T., & Green, E. (2006). Factors that influence cancer patients' overall perceptions of the quality of care. *Int J Qual Health Care*, 18(4), 266-274.
- Sanson-Fisher, R., Girgis, A., Boyes, A., Bonevski, B., Burton, L., & Cook, P. (2000). The unmet supportive care needs of patients with cancer. *Cancer*, 88(1), 226-237.
- Savage, C., & Hryniuc, W. (2006). Disconnects and waiting times. Sleepless in cancer land. *Cancer Advocacy Coalition of Canada. 2006 Report card on cancer in Canada* Retrieved June, 18, 2007, from <http://www.canceradvocacy.ca/reportcard/2006/DISCONNECTS%20AND%20WAITING%20TIMES%20-%20CACC%20REPORT%20CARD%20ON%20CANCER%202006.pdf>
- Sloan, J. A., Scott-Findlay, S., Nemecek, A., Blood, P., Trylinski, C., Whittaker, H., et al. (2004a). Mapping the journey of cancer patients through health care system. Part 1: Developing the research question. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 14(3), 183-186, 188.
- Sloan, J. A., Scott-Findlay, S., Nemecek, A., Blood, P., Trylinski, C., Whittaker, H., et al. (2004b). Mapping the journey of cancer patients through the health care system. Part 2: Methodological approaches and basic findings. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 14(4), 224-232.
- Surbone, A., Kagawa-Singer, M., Terret, C., & Baider, L. (2006). The illness trajectory of elderly cancer patients across cultures: SIOG position paper. *Annals of oncology*.
- Sussman, J., Howell, D., O'Brien, M. A., & Whelan, T. (2004). *An evaluation of the effectiveness of a specialized nursing case management model in coordinating supportive cancer care in the community - Final Report* Hamilton, Ontario: The supportive cancer care research unit
- Tabacknick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics* (4 ed.). Boston: Allyn & Bacon.

- Taylor, E. J. (2006). Prevalence and associated factors of spiritual needs among patients with cancer and family caregivers. *Oncology nursing forum*, 33(4), 729-735.
- Thorne, S. E., Bultz, B. D., & Baile, W. F. (2005). Is there a cost to poor communication in cancer care? : A critical review of the literature. *Psycho-oncology*, 14(10), 875-884.
- Touati, N., Roberge, D., Denis, J-L., Cazale, L., Pineault, R., & Tremblay, D. (2006). Clinical leaders at the forefront of change in health-care systems: advantages and issues. Lessons learned from the evaluation of the implementation of an integrated oncological services network. *Health services management research*, 19(2), 105-122.
- Üstün, T. B., Chatterji, S., Villanueva, M., Bendib, L., Celik, C., Sadana, R., et al. (2001). *The WHO Multi-Country Survey Study 2000-2001. GPE Discussion Papers Series: No 37*. Geneva: World Health Organization.
- Valentine, N. B., de Silva, A., Kawabata, K., Darby, C., Murray, C. J. L., & Evans, D. B. (2003). Health System Responsiveness: Concepts, Domains and Operationalization. In C. J. L. Murray & D. B. Evans (Eds.), *Health systems performance assessment : Debates, methods and empirism* (pp. 573-596). Geneva: World Health Organization.
- Valentine, N. B., de Silva, A., & Murray, C. J. L. (2000). Estimating responsiveness level and distribution for 191 countries: Methods and results. GPE Discussion Paper Series No 22. Retrieved July, 20, 2006, from <http://www.who.int/healthinfo/paper22.pdf>
- Valentine, N. B., Lavallée, R., Bao, L., Bonsel, G. J., & Murray, C. J. L. (2003). Classical psychometric assessment of the responsiveness instrument in the WHO multi-country survey study on health and responsiveness 2000-2001. In C. J. L. Murray & D. B. Evans (Eds.), *Health systems performance assessment : Debates, methods and empirism* (pp. 597-630). Geneva: World Health Organization.
- Valentine, N. B., Ortiz, J. P., Tandon, A., Kawabata, K., Evans, D. B., & Murray, C. J. L. (2003). Patient Experiences with Health Services : Population Surveys from 16 OECD Countries. In C. J. L. Murray & D. B. Evans (Eds.), *Health systems performance assessment : Debates,*

methods and empirism (pp. 643-663). Geneva: World Health Organization.

Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation transculturelle de questionnaires psychologiques : implications pour la recherche en langue française. *Psychologie Canadienne*, 30(4), 662-689.

Whelan, T., Grunfeld, E., Sussman, J., Abelson, J., Willan, A., Sellick, S., et al. (2003). *An Evaluation of continuity of cancer care through regional supportive care networks*. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation.

WHO. (2000). The world health report 2000 - Health systems: improving performance. Retrieved July, 20, 2006, from www.who.int/whr/2000/en/

WHO. (2001a). Background paper for the technical consultation on responsiveness concepts and measurement. Retrieved July, 20, 2006, from www.who.int/health-systems-performance/technical_consultations/responsiveness_background.pdf

WHO. (2001b). *Report on Regional Consultation on Health Systems Performance Assessment*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

WHO. (2002). National cancer control programmes. Policies and managerial guidelines. Retrieved May, 7, 2003, from <http://www.who.int/cancer/publications/en/#guidelines>

WHO. (2005). The health systems responsiveness analytical guidelines for surveys in the multi-country survey study. In. Geneva: World Health Organization.

Willard, C., & Luker, K. (2005). Supportive care in the cancer setting : Rhetoric or reality? *Palliative medicine*, 19(4), 328-333.

Wood, J. M., Taratyn, D. J., & Gorsuch, R. L. (1996). Effects of under- and over- extraction on principal axis factor analysis with varimax rotation. *Psychological Methods*, 1, 354-365.

**Article 3. L'infirmière pivot en oncologie : une valeur ajoutée
pour la réactivité des services en cancer**

Dominique Tremblay, PhD (cand)

Danielle D'Amour, PhD

Jean-Louis Denis, PhD

Introduction

La difficulté des systèmes de soins à répondre aux besoins des personnes touchées dans toute leur globalité par le cancer est largement documentée dans plusieurs études (Brazil et al., 2003; Fitch & Mings, 2003; Sanson-Fisher et al., 2000; Whelan et al., 2003; WHO, 2002). Une des solutions pour faire face à ce défi est l'introduction de nouvelles fonctions de coordination des soins et d'aide à la navigation. Couramment appelée infirmière pivot en oncologie (IPO) au Québec ou « *patient navigator* » ailleurs au Canada et dans d'autres pays, ces fonctions sont devenues un élément central du renouvellement de l'offre de services en cancer (Canadian Strategy for Cancer Control, 2002; Hede, 2006; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007; National Cancer Institute, 2005). Malgré leur popularité croissante, le déploiement de ces innovations dans les différents milieux demeure peu étudié et leur efficacité a besoin d'être mieux documentée par des données probantes (Dohan & Schrag, 2005; Doll et al., 2007).

Généralement, la notion de navigation réfère à un programme ou à une fonction visant à améliorer l'accessibilité, la coordination et la continuité des soins (Corporate Research Associates, 2004; Doll et al., 2007; Doll et al., 2005; Farber, Deschamps, & Cameron, 2002; National Cancer Institute, 2005). Le modèle privilégié au Québec est le modèle professionnel de coordination. La fonction intègre deux dimensions interdépendantes, soit la prestation de soins infirmiers (évaluation et surveillance de l'état de santé, gestion des symptômes, enseignement et éducation à la santé, soutien) et la coordination des soins (de Serres & Beaudesne, 2000; Fillion et al., 2006; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004b). Elles ont été introduites dans les équipes d'oncologie à partir de 2001. Cinq ans plus tard, on en dénombrait 113 et leur nombre devrait atteindre 300 en 2012 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007). La finalité poursuivie par cette nouvelle fonction est d'optimiser le parcours thérapeutique des personnes atteintes de cancer selon une approche holistique.

Le succès de l'introduction de ces fonctions reposerait sur un ensemble de facteurs interdépendants dont : la formation et le soutien des IPO par des experts cliniques, l'appui des gestionnaires de proximité et des équipes de direction ainsi que la présence de leaders reconnus et capables de communiquer leur vision (Comtois & al, 2003; Roberge et al., 2004). La préparation du terrain avant l'implantation, la clarification du rôle et le respect des dynamiques locales (Fillion et al., 2006) sont aussi des processus favorisant l'implantation.

Toutefois, la charge de travail trop importante, la réticence de certains médecins à référer leurs patients à l'IPO (Farber, Deschamps, & Cameron, 2002), les conflits autour du partage des zones communes d'intervention avec les autres professionnels (Farber et al, 2002, Dohan et Shrag, 2005) et la limite des ressources financières et professionnelles disponibles (Comtois & al, 2003) contribueraient à entraver la mise en œuvre des fonctions de navigation.

Les rares études qui ont évalué les effets des modèles professionnels de navigation occupés par des infirmières rapportent des résultats positifs pour les patients dont, une meilleure adaptation à la maladie pour les patients (Fillion et al., 2006; Sussman, Howell, O'Brien, & Whelan, 2004), une meilleure qualité de vie (Fillion, 2005), une satisfaction de la clientèle plus élevée (Corporate Research Associates, 2004; Doll et al., 2005; Fillion, 2005) ainsi qu'une meilleure réponse aux besoins psychosociaux et d'information (Howell et al, 2007).

Les connaissances actuelles suggèrent que les caractéristiques des milieux ont un effet déterminant sur l'implantation de la fonction d'IPO et la réalisation de sa mission. Toutefois, on sait peu de chose sur l'évolution de cette innovation au-delà de sa phase d'introduction dans les milieux et de sa contribution à la capacité des services en cancer de répondre aux besoins des patients. Des travaux récents présentent la réactivité des services en cancer comme un des indicateurs permettant d'évaluer l'efficacité de la fonction d'IPO

(Thèse Dominique Tremblay ; Article 2). La réactivité est un indicateur de performance des systèmes de santé permettant d'évaluer leur capacité à répondre aux besoins des utilisateurs de services (WHO, 2000).

Le but de l'étude

Le but de cette étude consiste à identifier les conditions organisationnelles propices au déploiement de la fonction d'IPO qui permettent d'expliquer le niveau de réactivité des services en cancer. Dans un premier temps, le cadre conceptuel est présenté. Deuxièmement, la méthodologie décrit les sources de données et les analyses utilisées pour caractériser les modes de traduction de la fonction d'IPO et mesurer la réactivité. Troisièmement, les résultats décrivent les conditions organisationnelles qui déterminent le mode de traduction et comparent leurs effets sur la réactivité des services en cancer. Quatrièmement, ces résultats sont discutés ainsi que les limites de l'étude. Finalement, la conclusion porte sur les recommandations pour la pratique et la recherche.

Le cadre conceptuel

La pierre d'assise du cadre conceptuel de cette étude est la théorie de l'acteur-réseau (TAR). Les protagonistes de la TAR conçoivent l'innovation et les entités (acteurs humains ou objets) qui la supportent comme des réseaux qui se co-construisent à travers le temps et l'espace (Akrich, Callon, & Latour,

2002a, 2002b; Callon, 1986b; Latour, 2005a). Selon la perspective de TAR, l'innovation et son système d'adoption sont vus comme des réseaux mutuellement constitutifs.

L'introduction de la fonction d'IPO (l'innovation) est abordée comme une solution à un problème de fragmentation des services compromettant la réponse aux besoins des personnes atteintes de cancer (Thèse Dominique Tremblay; Article 1). L'innovation y est définie comme un processus complexe qui introduit un changement dans l'organisation (Damanpour, 1991; Hage, 1999). En terme d'enjeux, l'intention stratégique inscrite dans le « *programme d'action* » (Latour, 1992) de l'IPO lui accorde le statut de médiateur d'un changement qui touche directement les aspects fonctionnels et opérationnels de l'offre de services. Or, il est reconnu qu'une nouvelle idée imposée de l'extérieur des communautés de pratique arrive difficilement à traverser les frontières cognitives et sociales qui régulent son fonctionnement interne de sorte que les professionnels ont un rôle primordial à jouer dans la diffusion des innovations (Ferlie, Fitzgerald, Wood, & Hawkins, 2005).

Les études soulignent en effet les résultats équivoques des stratégies de diffusion de l'innovation centrées sur un changement de comportement des individus (Grimshaw et al., 2001; Oxman, Thomson, Davis, & Haynes, 1995; Timmouth et al., 2005) aussi bien que le peu de succès des réformes visant uniquement une modification des structures (Champagne, 2002; Desbiens &

Dagenais, 2001; Trisha Greenhalgh, Robert, Bate, Mcfarlane, & Kiriakidou, 2005). Le changement lié à l'innovation est impossible s'il n'est pas supporté par l'implication des professionnels dont les pratiques sont directement touchées par l'innovation. Le changement de l'offre de services de santé comporte des enjeux structurels et humains qu'il faut aligner de manière appropriée. Les différentes réponses organisationnelles à l'innovation s'expliqueraient par un ensemble de facteurs relevant du contexte et des dynamiques d'acteurs articulées autour de leurs connaissances, leurs valeurs et leurs intérêts.

À ce titre, l'utilité de la TAR est reconnue par plusieurs chercheurs pour expliquer les processus de changement lié à l'innovation dans les organisations de santé (Denis, Langley, & Rouleau, 2007; Dent, 2003; Desbiens & Dagenais, 2001; Fitzgerald, Ferlie, Wood, & Hawkins, 2002; Langley, Denis, & Lamothe, 2003; Lehoux, Sicotte, & Denis, 1998). Elle centre l'attention sur les différentes formes que peut prendre l'innovation lorsqu'elle se retrouve entre les mains d'acteurs ayant des valeurs et des intérêts multiples. Selon cette perspective, le succès de l'innovation ne repose pas seulement sur ses qualités intrinsèques. Il dépend d'un dispositif d'intéressement qui doit permettre aux acteurs de partager un but commun et d'aligner leurs pratiques de manière convergente en dépit de la multiplicité de leurs schèmes de représentation (Akrich, Callon, & Latour, 2002a). L'innovation et le réseau qui la supporte se développe à partir du moment où les promoteurs d'une innovation réussissent à mobiliser d'autres

acteurs et des ressources pour collaborer à leur projet en même temps qu'ils l'adaptent de manière à faire tenir ces ensembles suffisamment longtemps afin que leur idée devienne un fait que l'on prend pour acquis.

Ces bases conceptuelles suggèrent que l'atteinte d'une meilleure réponse aux besoins des patients dépend de la capacité des promoteurs de la fonction d'IPO à mobiliser les différents acteurs impliqués directement et indirectement dans l'offre de soins ainsi qu'à mettre en circulation des ressources pour fixer leur intérêt. Plus la fonction d'IPO sera supportée par un grand nombre d'acteurs diversifiés (professionnels, gestionnaires, responsables de gouverne) dont les intérêts et les besoins sont satisfaits, plus les conditions nécessaires à son déploiement seront propices et plus elle devrait atteindre un niveau d'efficacité élevé.

La méthodologie

Le devis est l'étude de cas unique multacentrique (Miles & Huberman, 2003). L'hôpital a été retenu comme unité d'analyse puisque la fonction d'IPO est introduite dans les équipes locales des hôpitaux. Le devis intègre successivement une approche qualitative pour identifier les conditions qui déterminent la manière dont la fonction d'IPO se traduit dans les pratiques et une approche quantitative pour comparer les effets de différents modes de traduction sur la réactivité (Morgan, 1998; Scholz & Tietje, 2002).

Le milieu et sélection des échantillons

Le cas à l'étude est le réseau intégré de lutte contre le cancer de la Montérégie. La Montérégie a été choisie parce qu'elle est la première et la seule région socio-sanitaire au Québec à avoir introduit en 2001 la fonction d'IPO dans l'ensemble des hôpitaux (n = 9) qui offrent des services en cancer (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003). Le tableau 1 présente les caractéristiques de ces neuf hôpitaux qui sont les sites d'investigation.

Pour le volet qualitatif, un échantillon intentionnel a été constitué à partir de différentes sources de données (Yin, 2003). Le critère de sélection des sources d'information était fondé sur leur capacité à fournir une perspective la plus large et la plus différenciée du déploiement de la fonction d'IPO. Pour le volet quantitatif, l'échantillon de convenance se composait des patients utilisant des services en cancer en Montérégie. Les critères d'inclusion étaient : être âgé de 18 ans et plus, recevoir des services en oncologie (thérapies du cancer et/ou suivi de traitement) dans l'une des cliniques des neuf hôpitaux de la région, lire et comprendre le français.

Tableau 1 : Caractéristiques des sites

Sites	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Milieu géographique	Urbain	Semi-urbain	Semi-urbain	Semi-urbain	Urbain	Urbain	Semi-urbain	Semi-urbain	Semi-urbain
Population desservie ¹	Grande	Petite	Petite	Grande	Grande	Grande	Grande	Petite	Petite
Structure organisationnelle ²	F + P	P	F	F	F	P	P	F	F
Équipe interdisciplinaire ³	C	C	I	C	M	M	I	I	M
Nombre de patients suivis / IPO caselaod ⁴	Grand	Petit	Petit	Grand	Grand	Grand	Petit	Grand	Petit
Disponibilité des ressources professionnelles ⁵	S	S	S	S	P	S	P	S	P

1 Grande = 100 000 personnes et plus ; Petite = moins de 100 000 personnes

2 F = Structure fonctionnelle et P = Structure par programme

3 C = Complète ; I = Incomplète ; M = Minimale selon la composition préconisée par le MSSS

4 Grand = 100 et plus; Petit = moins de 100 patients

5 P = précarité de l'accès aux ressources professionnelles ; S = stabilité de l'accès

La collecte de données

La collecte des données qualitatives repose sur trois assises, soit un guide structuré, la triangulation des données de sources multiples et la création d'une base de données formelle (Yin, 2003).

Le guide visait la collecte systématique d'indices permettant de caractériser les conditions (ressources et processus) de la traduction dans chacun des sites. Ce guide est basé sur les concepts de la TAR (Amblard, Bernoux, Herreros, & Livian, 2005) et portait sur les aspects suivants : la description du contexte organisationnel, la signification donnée au projet par les

différents acteurs (adhésion à la vision normative du rôle de l'IPO, les pour, les contre, les préoccupations pour la pratique), les stratégies pour rallier les acteurs au réseau (information, objets techniques, argent, ressources humaines et leurs compétences), les mécanismes de négociations et d'ajustements autour des pratiques et finalement, la mobilisation s'illustrant par un engagement des différents acteurs.

Trois sources de données ont été triangulées, soit le contenu de documents d'archives, de notes d'observation sur le terrain et d'entrevues semi-dirigées (Scholz & Tietje, 2002). Le contenu des documents produits entre 1998 et février 2006 (n = 121) a fourni l'information sur la fonction d'IPO et a servi à corroborer les renseignements issus des deux autres sources (Denzin & Lincoln, 1998). Les notes d'observation, structurées selon le guide de collecte, ont été prises lors des réunions du comité de gouvernance du réseau entre septembre 2003 et février 2006 (n = 12) et lors d'observations des pratiques des IPO (réunion interdisciplinaire, intervention clinique, suivi téléphonique) totalisant une quarantaine d'heures. Les données d'entrevues semi-dirigées (n = 37) ont été collectées en trois temps, soit en 2001(T₁), en 2003 (T₂) et début 2006 (T₃).

Les données aux T₁ et T₂ sont des données issues d'une étude sur l'implantation du réseau en cancer de la Montérégie dont un aspect portait sur l'implantation des infirmières pivots (Roberge et al., 2004). Les données de

cette étude à laquelle des chercheurs de la présente recherche ont participé, ont été soumises à des analyses secondaires (Hinds, Vogel, & Clarke-Steffen, 1997). Les données au T₃ ont été collectées auprès d'un échantillon composé d'une IPO exerçant dans chacun des hôpitaux de la région ainsi que d'informateurs clés (gestionnaires, professionnels, décideurs) recrutés en fonction du rôle actif qu'ils ont joué dans la mise en oeuvre de la fonction d'IPO depuis son introduction en 2001 (Tableau 2). Les verbatim des entrevues ont été retranscrits intégralement en mode texte. Tout le matériel a été géré à partir d'une base de données formelle informatisées QSR N'Vivo (version 2.0) (Richards, 1999).

Tableau 2 : Nombre d'entrevues par type d'informateurs

Type d'informateurs*	T ₁	T ₂	T ₃	Total
IPO	7	5	9	21
Médecins			4	4
Professionnels			4	4
Gestionnaires			4	4
Responsables de la gouverne			4	4
Total	7	5	25	37

* Trois informateurs occupaient plus d'une fonction. L'entrevue tenait compte de leurs différents points de vue.

La collecte des données quantitatives a été réalisée à l'aide d'un questionnaire de réactivité qui mesure la capacité des systèmes de santé à répondre aux besoins des patients, soit le *Health System Responsiveness* (Valentine, de Silva et al., 2003). Ce questionnaire a été traduit et adapté au

contexte des services en cancer au Québec (Article 2). Cette version comporte 23 items ($\alpha = 0,87$). L'analyse factorielle en composantes principales a permis de regrouper ces items en trois sous-échelles nommées « Communication », « Environnement physique et humain » et « Réponse centrée sur la personne ».

La communication (COM) regroupe sept items ($\alpha = 0,83$) portant sur la qualité des interactions entre les professionnels et les patients ainsi que la participation de ces derniers dans les décisions de soins. L'environnement physique et humain (ENV) réunit huit items ($\alpha = 0,69$) portant sur le respect de la dignité des personnes et l'adéquation des lieux physiques. La réponse centrée sur la personne (RCP) comprend huit items ($\alpha = 0,76$) sur la globalité de la prise en charge et le soutien. Les résultats peuvent varier entre 8 et 35. L'instrument explique 42% de la variance de la réactivité des services en cancer.

Ce questionnaire de réactivité était accompagné d'un questionnaire sociodémographique portant 1) sur les caractéristiques des patients pouvant avoir une influence sur la perception de leurs besoins et de la qualité des soins (sexe, âge, durée de la maladie, comorbidité, siège du cancer au diagnostic, type de traitement) (Balducci, 2003, 2006; Clarke, Booth, Velikova, & Hewison, 2006; Koroukian, Murray, & Madigan, 2006; Sandoval, Brown, Sullivan, & Green, 2006), 2) sur l'utilisation des services telle que rapportée par ceux-ci (type de services, visite à l'urgence, hospitalisation, utilisation de première

ligne) (Latimer, Crabb, Roberts, Ewen, & Roberts, 1998; Sloan et al., 2004a; Sloan et al., 2004b) et 3) sur des données se rapportant à des obstacles à la continuité des soins (endurer un problème / ne veut pas aller à l'urgence, endurer un problème / ne sait pas qui appeler, difficulté lors des transitions, difficulté à rejoindre l'équipe d'oncologie, délai pour obtenir un rendez-vous et délai entre l'annonce du diagnostic et le contact avec l'IPO) (Brazil et al., 2003; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004a; Savage & Hryniuc, 2006).

L'analyse des données

L'analyse des données qualitatives est basée sur deux stratégies, soit la codification et la quantification (Miles & Huberman, 2003; Van der Maren, 1996). La codification hiérarchisée semi-ouverte a permis d'isoler, de regrouper et de synthétiser des segments de texte selon trente et un thèmes (appelés aussi variables) qui ont ensuite été classés en deux domaines, soit sous les facteurs contextuels ou la création des relations d'alliances entre les acteurs-réseaux.

Par la suite, la stratégie de quantification visait à superposer une valeur à partir de la fréquence et de l'intensité caractérisant un thème dans chacun des sites. La valeur 1 indiquait la présence maximale de la variable, la valeur 0, l'absence de la variable et la valeur 0,5 une situation mitoyenne. Une cote négative était attribuée lorsque le thème illustrait des relations fondées sur l'indépendance par rapport au réseau qui supporte l'innovation. La sommation

des cotes pour chacun des sites a permis de les situer les uns par rapport aux autres et de les regrouper selon leur mode de traduction.

Les analyses quantitatives ont été réalisées avec le logiciel SPSS (version 13,0). Dans un premier temps, les tests Khi-deux (IC 95%) visaient à évaluer l'homogénéité des sujets dans chacun des groupes de traduction à partir des caractéristiques des patients, de l'utilisation des services et de la continuité des soins.

Un devis comparatif a été utilisé pour déterminer l'occurrence de différences significatives entre les groupes de traduction (Burns & Grove, 2001). Des analyses de variance (ANOVA) ont été réalisées à partir de la moyenne des scores de réactivité. Dans les modèles ANOVA, le mode de traduction de l'innovation représentait la variable indépendante et la réactivité totale ainsi que ses trois sous-échelles, les variables dépendantes. Des modèles ANOVA à deux facteurs ont été conduits pour évaluer si le mode de traduction avait un effet principal ou un effet d'interaction sur les variables dépendantes. L'effet potentiel de variables confondantes a ainsi été contrôlé.

L'aspect éthique

Le contenu de cet article est issu d'une plus vaste étude portant sur la traduction des innovations organisationnelles dans les pratiques de réseau en

cancer. Ce projet a été approuvé par le comité d'éthique de l'Université de Montréal (dossier no 663).

Les résultats


Dans un premier temps, les résultats portent sur l'analyse des données qualitatives permettant de décrire les conditions de traduction de la fonction d'IPO. Dans un deuxième temps, ils portent sur les analyses statistiques visant à mesurer l'effet de différents modes de traduction sur la réactivité des services en cancer.

L'analyse a permis l'émergence de 31 thèmes caractérisant la contextualisation et les dynamiques autour de la création des relations d'alliances de la traduction de la fonction d'IPO dans le cas à l'étude. Parmi ces thèmes, dix-huit variables caractérisaient le contexte des organisations, neuf variables, la création d'alliances collaboratives entre les acteurs et cinq variables, la création de relations d'alliances fondées sur l'indépendance. La sommation de la valeur superposée à ces 31 thèmes a permis d'établir un score de contextualisation et un score du degré de convergence des relations d'alliances dans chacun des sites. Le score de contextualisation pouvait varier entre 0 et 18, le score de convergence entre 9 et -5 compte tenu de la valeur négative accordée aux variables se rapportant à la création d'alliances fondées sur l'indépendance.

Les scores ont permis de situer les sites les uns par rapport aux autres et de les regrouper en deux typologies. Cinq sites présentaient des conditions optimales qualifiant ce que nous appelons la « Traduction optimale» et quatre sites avaient des conditions s'apparentant à une « Traduction mitigée ». L'analyse plus poussée des variables dans chaque mode de traduction a permis de regrouper les thèmes en cinq dimensions déterminantes de la traduction de l'innovation : 1) la *signification* donnée au projet, 2) la présence d'un *leadership* reconnu légitime, 3) *l'engagement* des acteurs à tous les niveaux de l'organisation, 4) la *collaboration* de l'équipe interdisciplinaire en oncologie et finalement, 5) la *marge de manœuvre* pour permettre l'engagement institutionnel.

Les dimensions de la traduction de la fonction d'IPO

La *signification* illustre les différentes représentations que les acteurs se font des problèmes de l'offre de services en cancer et en conséquence, des solutions à y apporter. Ces représentations influencent la valeur de la fonction d'IPO aux yeux des acteurs concernés et leur intéressement à s'engager dans sa mise en oeuvre. La présence d'un *leadership* légitime se traduit par l'engagement à long terme de leaders capables de convaincre que les efforts pour intégrer l'IPO peuvent améliorer la réponse aux besoins des patients. Ils contribuent à la structuration de relations d'alliances entre les acteurs et les organisations autonomes pour les amener à collaborer au projet. Pour faire tenir





ensemble ce réseau d'acteurs autonomes, les leaders doivent compter sur l'*engagement* de personnes clés à tous les niveaux du système et sur leur contribution (soutien, argent, expertise, objets techniques).

L'équipe interdisciplinaire constitue le lieu de proximité de mise en œuvre. C'est à ce niveau que le travail aux frontières est le plus intense afin de rediviser le travail professionnel selon une logique de *collaboration*. Les négociations sur et dans la pratique permettent l'adaptation réciproque des zones d'intervention de l'IPO et celle des autres membres de l'équipe d'oncologie. Cette nouvelle articulation, issue des ajustements mutuels entre les parties prenantes ne peut émerger si les professionnels, déjà débordés par leur travail, ne sont pas supportés par des gestionnaires qui prônent une gestion participative et qui facilitent l'aménagement de temps pour discuter des problèmes de mise en œuvre. Quant à la *marge de manœuvre*, elle réfère à la capacité des institutions d'utiliser les ressources en circulation pour soutenir les apprentissages et les expérimentations liés à un nouveau fonctionnement.

La Traduction optimale


D'entrée de jeu, les résultats montrent que tous les sites ont consenti des efforts dans le déploiement de la fonction d'IPO. Les cinq sites où le mode de « Traduction optimale » est identifié sont caractérisés par une appropriation de la notion de « pivot » par les professionnels et les gestionnaires. Ils acceptent





que l'IPO occupe cette place centrale dans l'offre de soins sans avoir l'impression qu'elle fait une intrusion dans leur champ de pratique. Les acteurs locaux soulignent l'effet rassembleur des promoteurs du projet, porteurs d'une vision de soins centrée sur le patient et la qualité des soins. La légitimité de ces promoteurs réside dans leur expertise clinique et dans le fait qu'ils soient partie prenante du projet et non une autorité externe qui tente d'imposer une solution préfabriquée et étrangère aux réalités du terrain.

Dans ces cinq sites, l'engagement des acteurs locaux aux différents niveaux de l'organisation se manifeste de multiples façons : participation à des comités d'implantation au niveau local et régional, implication des gestionnaires pour soutenir la résolution de controverses autour du partage des tâches et l'établissement de modalités de collaboration entre l'IPO et les médecins (oncologues et chirurgiens), tenue de réunions d'information et de discussion, mise en place de mécanismes de coordination pour faciliter le travail de l'IPO (outils de références et continuité des soins, réunions cliniques régulières, clarification des rôles). L'engagement des oncologues dans le projet et leur collaboration professionnelle avec les infirmières se démarquent dans ces sites. Ce mode de traduction où les négociations s'effectuent selon un mode d'ajustements mutuels et de collaboration devrait être associé à une réactivité plus élevée.



La Traduction mitigée

Le mode de « Traduction mitigée », identifié dans quatre sites, s'illustre par la rigidité des frontières entre l'organisation locale et le réseau qui supporte le déploiement de la fonction d'IPO. L'introduction de la fonction d'IPO est peu intériorisée et demeure une « prescription » décrétée par les promoteurs dont on reconnaît plus ou moins la légitimité et l'autorité. Les ressources des sites sont souvent précaires et ils ont peu tendance à utiliser les ressources du réseau régional comme levier. Les professionnels des équipes interdisciplinaires considèrent la fonction d'IPO comme un « *choix obligé imposé de l'extérieur* ». Ils ont tendance à cristalliser leurs pratiques dans le mode de fonctionnement usuel au lieu de s'orienter vers le changement.

La fonction de l'IPO y est associée à un rôle d'aiguillage des patients vers les ressources appropriées. L'équipe d'oncologie accepte assez facilement ce rôle mais l'exercice des rôles d'évaluation de la santé, la gestion de symptômes, l'enseignement pour les auto-soins concernant la médication et la nutrition sont vus comme une intrusion dans la relation professionnel/patient de la part des médecins et une invasion des zones d'intervention des autres professionnels. L'établissement de la continuité relationnelle entre l'IPO et le patient est court-circuité par des consignes contradictoires de la part des différents professionnels qui demandent à être rejoints directement en cas de problème. Il s'ensuit un dédoublement de certains services alors que d'autres ne

sont pas offerts. L'espace d'intervention de l'IPO devient un terrain contesté où la compétition prend le dessus sur la collaboration. Ce mode mitigé devrait être associé à une réactivité moins élevée.

En somme, l'analyse des données qualitatives a permis d'identifier des conditions ayant un effet déterminant sur la traduction de la fonction d'IPO. La prochaine question est de savoir dans quelle mesure ces différents modes de traduction de la fonction d'IPO expliquent des variations de la réactivité des services en cancer.

La réactivité des services en cancer

Entre le 23 janvier et le 4 mars 2006, 789 questionnaires ont été distribués par le personnel administratif des cliniques ambulatoires des neuf sites. Au total, 569 questionnaires ont été retournés pour un taux de réponse de 72%. Parmi ceux-ci, quatre questionnaires étaient vierges et 27 autres avaient plus de 20% des questions non répondues. Les 31 questionnaires ont été retirés permettant ainsi l'utilisation de 538 questionnaires pour les analyses statistiques.

Le tableau 3 présente les caractéristiques des répondants. Le pourcentage de patients dans chaque groupe est semblable et les tests de Khi-

deux (χ^2) confirment l'homogénéité des sujets dans les deux groupes de comparaison quant aux caractéristiques des patients.

Tableau 3 : Caractéristiques des patients (N = 538)

Variables	Traduction optimale (% patients) (n = 323)	Traduction mitigée (% patients) (n = 215)	χ^2 <i>p</i>
Sexe			0,72
Homme	38,9	40,4	
Femme	61,1	59,6	
Âge			0,18
69 ans et moins	82,0	77,4	
70 ans et plus	18,0	22,6	
Siège du cancer lors du diagnostic			0,33
Sein	31,2	26,5	
Poumon	15,9	12,8	
Côlon/Rectum	19,3	18,5	
Métastases	10,9	15,2	
Autres	22,7	27,0	
Délai depuis le diagnostic de cancer			0,61
6 mois et moins	37,3	32,7	
6 mois à 5 ans	45,6	49,8	
5 ans à 10 ans	12,3	11,4	
10 ans et plus	4,7	6,2	
Comorbidité			0,11
Aucune	51,1	44,2	
Problème de santé chronique	48,9	55,8	
Type de traitement			0,76
Chimiothérapie seulement	24,4	27,5	
Chimiothérapie/Chirurgie	30,0	30,3	
Chimiothérapie/Radiothérapie	42,2	39,8	
Autres	3,4	2,4	

Pourcentages calculés sur la base des réponses valides

Le tableau 4 présente le profil d'utilisation des services des répondants. Il montre que les groupes ne sont pas homogènes pour la variable « Temps passé dans la salle d'attente ». La « Traduction optimale » est associée à un temps d'attente moins long lors des rendez-vous pour 23,5% des patients ($p = 0,01$). Le mode de traduction n'a pas d'effet sur les autres variables se rapportant à l'utilisation des services.

Tableau 4 : Utilisation des services de santé

Variables	Traduction optimale (% patients) (n = 323)	Traduction mitigée (% patients) (n = 213)	χ^2 p
Types de services hospitaliers			0,51
Hôpital de soins généraux	58,9	62,4	
Hôpital de soins spécialisés hors région	39,8	37,1	
Services du CLSC*			0,81
Oui	66,1	67,1	
Non	33,9	32,9	
Consultation d'urgence/problème lié au cancer			0,87
Oui	45,5	45,3	
Non	32,4	34,1	
Jamais eu ce problème	22,1	20,6	
Hospitalisation non prévue/problème lié au cancer			0,07
Oui	30,5	38,5	
Non	50,6	48,4	
Jamais eu ce problème	18,9	13,1	
Temps passé dans la salle d'attente			0,01
Moins de 30 minutes	15,2	15,5	
30 à 60 minutes	57,1	45,4	
Plus de 60 minutes	27,6	39,1	

Pourcentages calculés sur la base des réponses valides

* Centre local de services communautaires

Le tableau 5 porte sur les variables de continuité des soins. Il montre que les groupes de comparaison ne sont pas homogènes quant à la difficulté à rejoindre l'équipe d'oncologie en cas de besoin. La « Traduction optimale » se démarque par une plus grande facilité à rejoindre l'équipe d'oncologie en cas de besoin pour 18,5% des patients ($p < 0,001$). Il n'y a pas de différence entre les deux groupes pour les autres variables illustrant la continuité des soins. La non homogénéité des groupes a été prise en considération lors des tests statistiques.

Tableau 5 : Accès à des services continus

Variables	Traduction optimale (% patients) (n = 323)	Traduction mitigée (% patients) (n = 213)	χ^2 <i>p</i>
Endurer un problème/ne veut pas aller à l'urgence			0,985
Oui	22,4	22,4	
Non	44,4	44,4	
Jamais eu ce problème	33,2	33,2	
Endurer un problème/ne sait pas qui appeler			0,600
Oui	33,2	7,0	
Non	67,0	70,0	
Jamais eu ce problème	26,8	23,0	
Difficulté lors des transitions entre dispensateurs de services			0,435
Oui	18,7	18,3	
Non	50,8	46,0	
Jamais eu ce problème	30,5	35,7	
Difficulté à rejoindre l'équipe d'oncologie			<0,001
Oui	43,3	61,8	
Non	56,7	38,2	
Délai pour obtenir un rendez-vous non planifié à l'avance			0,065
Le jour même	17,7	23,5	
2 à 13 jours	57,9	60,5	
2 à 4 semaines	16,7	12,5	
>4 semaines	7,7	3,5	
Délai entre l'annonce du Dx et contact IPO			0,809
Le jour même	15,5	16,5	
2 à 13 jours	19,1	16,0	
2 à 4 semaines	43,2	46,0	
>4 semaines	22,1	21,5	

Pourcentages calculés sur la base des réponses valides

Le tableau 6 présente les moyennes et écart-type (É-T) ainsi que les résultats des analyses de variance (ANOVA) de la réactivité. Le mode de « Traduction optimale » est associé à une perception de la qualité de l'environnement physique et humain plus élevée ($F_{(1, 537)} = 43,570$; $p < 0,001$), à une réponse davantage centrée sur la personne ($F_{(1, 536)} = 3,303$; $p = 0,03$) et à une réactivité totale plus élevée ($F_{(1, 537)} = 9,307$; $p = 0,002$).

Tableau 6 : ANOVA de la réactivité des services en cancer

	Moy*	(É-T)	F	ddl	p
Communication			0,062	1,512	0,80
Traduction optimale	32,61	(3,39)			
Traduction mitigée	32,68	(3,08)			
Environnement physique et humain			43,570	1,537	<0,001
Traduction optimale	33,38	(2,10)			
Traduction mitigée	31,97	(2,85)			
Réponse centrée sur la personne			3,308	1,536	0,031
Traduction optimale	33,10	(2,71)			
Traduction mitigée	32,68	(3,12)			
Réactivité totale			9,307	1,537	0,002
Traduction optimale	32,98	(2,32)			
Traduction mitigée	32,34	(2,48)			

* Moyenne des scores peut varier entre 8-35

Des ANOVA à deux facteurs ont été conduites afin de déterminer des effets d'interaction entre le mode de traduction de la fonction d'IPO et les caractéristiques des patients sur la réactivité. Les conclusions de ces analyses montrent que les différences peuvent être interprétées indépendamment des caractéristiques des patients puisqu'aucune interaction significative n'a été trouvée dans les analyses de variance à deux facteurs. Par la suite, la même procédure a été reprise systématiquement pour les conditions d'utilisation des services et de continuité des soins permettant d'arriver aux mêmes conclusions.

La discussion

Les résultats de cette étude permettent d'expliquer le niveau de réactivité des services en cancer en considérant deux modes de traduction de la fonction d'IPO dans les pratiques. Ils mettent en lumière cinq dimensions qui apparaissent particulièrement déterminantes pour assurer le déploiement de la fonction d'IPO dans les différents milieux : la signification donnée au projet, la présence d'un leadership de compétence et d'autorité, l'engagement des acteurs à tous les niveaux de l'organisation, le fonctionnement de l'équipe interdisciplinaire en oncologie et finalement, la marge de manœuvre par rapport aux ressources pour permettre l'engagement institutionnel. Ces conditions sont interdépendantes et aucune ne peut expliquer à elle seule les différentes réponses à l'innovation.

Ces résultats montrent que le changement lié à l'innovation est profondément enraciné dans le contexte organisationnel et les dynamiques des acteurs (Denis, Hébert, Langley, Lozeau, & Trottier, 2002; Fitzgerald, Ferlie, Wood, & Hawkins, 2002). Le choix et l'adoption de la fonction d'IPO sont davantage que des choix appuyés par une logique rationnelle (Abrahamson, 1991; Arndt & Bigelow, 2000). Le déploiement de cette innovation passe par un processus continu de négociations et d'ajustements dont le but est d'aligner de manière convergente la connaissance du problème et des interventions jugées efficaces pour le solutionner. Il est difficile de départager quelle est la contribution des valeurs et des intérêts des individus et quelle est la contribution des normes et des ressources locales de l'organisation dans le changement.

Il ressort de l'analyse une vision holistique de l'innovation où les buts, les caractéristiques du contexte, les processus et les résultats sont interdépendants et doivent s'aligner de manière cohérente. D'autres études sont arrivées à ce constat à l'effet que l'adoption de l'innovation dépend de l'agencement d'un ensemble de valeurs, d'intérêts et d'objectifs (Denis, Hébert, Langley, Lozeau, & Trottier, 2002). Par contre, la présente étude ajoute l'atteinte des résultats pour les patients, ce qui est extrêmement rare dans les études sur l'innovation dans les services de santé (Potvin & Golberg, 2006).

L'analyse qualitative montre que la mobilisation des acteurs, y compris les médecins, passe d'abord par leur implication dans une négociation

permettant de réduire la distance entre les représentations théoriques de la fonction d'IPO élaborées à l'extérieur des milieux de pratique et les préoccupations des professionnels qui ont le pouvoir de l'actualiser sur le terrain (Denis, Langley, & Rouleau, 2007). Sans cette négociation entre ceux qui poussent le changement et ceux qui protègent l'intégrité des pratiques usuelles, l'innovation ne peut se traduire dans la pratique même si elle est pertinente et structurante.

Les résultats montrent que la mise en œuvre d'une idée novatrice ne signifie pas nécessairement un changement des pratiques des acteurs. Ils appuient l'idée que le changement lié à l'innovation ne dépend pas uniquement des qualités de son programme d'action ni de la planification de sa mise en œuvre. Tel que l'ont démontré les protagonistes de la TAR (Akrich, Callon, & Latour, 2002a; Callon, 1991; Latour, 1988, 1992), le succès de l'innovation repose en grande partie sur la capacité des promoteurs d'un projet à développer des relations d'alliances collaboratives avec les différents acteurs dont les valeurs, les intérêts et les besoins sont mis en jeu par le changement lié à l'innovation. La traduction de l'innovation et la constitution d'un leadership collectif sont deux processus inter reliés où l'agrégat des microprocessus de changement explique les différentes réponses d'une organisation lorsqu'il s'agit d'intégrer l'innovation dans ses activités courantes (Latour, 2005b).

Les négociations autour de la signification d'une innovation servent de base à la préparation collective de son succès dans les organisations pluralistes (Akrich et al, 2001). Elles permettent de « travailler aux frontières » des différents réseaux pour identifier et légitimer les pour, les contre et les enjeux autour d'un projet et arriver à une conciliation acceptable par les divers acteurs compte tenu des diverses contraintes organisationnelles. Ces résultats convergent vers les synthèses de connaissances voulant qu'une seule stratégie de mise en œuvre d'une innovation ne permette pas de rejoindre la diversité des intérêts des acteurs (Dopson, Fitzgerald, Ferlie, Gabbay, & Locock, 2002; Grimshaw et al., 2001). La cohabitation de diverses stratégies fondées sur le leadership d'expertise, la formation en interdisciplinarité permettent l'interconnaissance des différents schèmes de représentation et de valeurs et le feedback fréquent sur les retombées positives et les difficultés de mise en œuvre locale permettent à l'innovation de se déployer.

L'innovation en action confirme la place prépondérante du leadership dans les capacités de changement lié à l'innovation (Denis, Lamothe, & Langley, 2001; Huxman & Vangen, 2000; Touati et al., 2006). Le mode de traduction optimale se caractérise par la reconnaissance de la légitimité des leaders et de leurs habiletés à communiquer et à négocier pour coopter une diversité d'acteurs aux différents niveaux du système de soins. L'innovation peut échouer, faute d'avoir été suffisamment portée par des leaders ayant une vision qu'ils sont capables de communiquer de manière convaincante.

Le principal effet de l'implication multi niveaux semble relié aux ressources diversifiées qui peuvent être ainsi mises en circulation. La contribution des gestionnaires de proximité fournit un soutien aux négociations entre les professionnels alors que celle des instances régionales permet de maximiser les ressources pour la formation et le partage d'expertise clinique. La constitution d'un leadership de réseau permet aux organisations ayant une situation plus précaire au niveau des ressources de s'aménager une marge de manœuvre pour favoriser le changement, ce qui leur aurait été pratiquement impossible en position isolée (Provan & Milward, 2006).

Une des caractéristiques du mode de Traduction optimale est de permettre à l'IPO de maximiser la cohabitation des pratiques de soins infirmiers et des pratiques de coordination. Elle peut ainsi articuler des interfaces à deux niveaux du système de soins, soit entre le patient et les dispensateurs de services (individus ou organisations), entre les professionnels impliqués dans l'offre de services et entre les organisations. Ce constat confirme l'idée que le changement lié à l'innovation dans les organisations complexes est mieux supporté par des stratégies multi niveaux (micro et macro) permettant d'ajuster les éléments de l'innovation pour qu'elle corresponde aux valeurs locales et s'articule au fonctionnement des équipes de soins. Les résultats de telles stratégies sont une innovation socialement construite dans laquelle les pratiques sont progressivement modifiées par un réseau d'interactions qui donne forme à la nouvelle fonction de coordination (Jarzabkowski, Balogun, & Seidl, 2007).

Le mode de traduction mitigée apparaît davantage associé à un fonctionnement selon une logique de professionnalisation (Abbott, 1988). Tel que l'expliquent plusieurs auteurs, une logique de professionnalisation basée sur une conception plus étroite et rigide des domaines de pratique renforce l'étanchéité et l'exclusivité plutôt que la collaboration (D'Amour, 2002). Ainsi, il est difficile de maximiser le potentiel d'un nouveau rôle de coordination puisque la collaboration qu'il sous-tend exige un partenariat interactif et une approche centrée sur l'intégration.

Les professionnels envisagent l'introduction de la fonction d'IPO comme un envahissement de leurs champs de pratique. Parce que leurs interventions doivent se coordonner avec un ensemble d'autres interventions, leur autonomie leur apparaît compromise. Des études ont bien démontré que la fragmentation des soins résulte de la tendance des professionnels (D'Amour, 1997) et des organisations (D'Amour, Goulet, Pineault, Labadie, & Remondin, 2003) à protéger leur espace d'intervention, ce qui nuit à la collaboration. Les professionnels connus et reconnus en tant qu'individus ont de la difficulté à se reconnaître dans une intervention qui s'inscrit dans une visée collective.

Le mode de Traduction optimale de la fonction d'IPO se rapproche davantage d'une logique de collaboration en interdisciplinarité qui encourage la mobilisation autour de finalités communes et l'intégration des diverses interventions (Provan, Milward, & Isett, 2002). Une meilleure collaboration

dans les équipes d'oncologie est associée à une meilleure qualité de soins en terme de satisfaction et de gestion de l'incertitude et de contrôle de la douleur (San Martin Rodriguez, 2007).

Les résultats des analyses quantitatives montrent que des relations d'alliances fondées sur la collaboration interprofessionnelle et inter organisationnelle ont un effet significativement positif sur la réactivité des services en cancer ($p = 0,002$). Les effets les plus importants d'une traduction optimale de la fonction d'IPO portent sur une meilleure qualité de l'environnement de soins ($p < 0,001$). La qualité de l'environnement réfère à l'humanisation des soins et au respect de la dignité humaine. Ce sont des valeurs fondamentales de l'offre de soins de santé promues tant par les professionnels de la santé que par les patients eux-mêmes.

Le déploiement optimal de la fonction d'IPO est associé à une réponse davantage centrée sur la personne. La réponse centrée sur la personne réfère aux aspects de la globalité de l'approche et de l'accès au soutien. Cette contribution est particulièrement importante étant donné les retombées positives associées à des soins centrés sur la personne. Les études rapportent que cette approche contribue à une meilleure adhésion au traitement et à l'assiduité au suivi clinique (Mead & Bower, 2002; Stewart et al., 2000). Outre les effets positifs associés au déploiement de la fonction d'IPO sur la réactivité, les résultats des analyses montrent une meilleure accessibilité à l'équipe de soins et

un délai d'attente moins long lors des visites de suivi. Cette contribution est particulièrement signifiante dans les services étant donné les effets délétères des délais induits sur la santé et la qualité de vie des personnes (Savage & Hryniuc, 2007).

Les forces et les limites de l'étude

L'innovation organisationnelle dans les milieux cliniques est un phénomène complexe. Une seule étude ne peut arriver à en capturer les multiples facettes. Plusieurs stratégies ont été déployées pour assurer la fiabilité et la validité de cette étude. Premièrement, la collaboration des chercheurs ayant des expériences et des champs d'intérêt a donné une perspective élargie à la construction de la chaîne d'évidence autour d'un phénomène situé à l'interface entre la clinique et l'organisation des services de santé (Eisenhardt, 1989a; Miles & Huberman, 2003). Deuxièmement, le recours à un cadre théorique a contribué à la systématisation de la collecte et de l'analyse des données conférant une fiabilité accrue aux résultats (Laperrière, 1997). Troisièmement, la triangulation des sources de données et des méthodes d'analyse permet de maximiser la densité interprétative du cas à l'étude de sorte que la transférabilité des résultats à d'autres milieux se trouve augmentée (Yin, 2003).

Toutefois, l'appropriation des résultats de l'étude doit tenir compte du caractère évolutif de la fonction d'IPO à travers le temps. Les données de cette étude couvrent une période de cinq ans, ce qui permet de situer le développement de la fonction d'IPO à travers différents stades de son développement. Les résultats de l'enquête auprès des patients fournissent des données sur l'efficacité de la fonction d'IPO cinq ans après son introduction. La littérature sur la diffusion de l'innovation montre que l'atteinte des objectifs poursuivis peut prendre une dizaine d'années (Rogers, 2003).

Cette étude ne prétend donc pas avoir fait le tour de la question complexe de la traduction des nouvelles fonctions de soins dans les milieux professionnels. La généralisation des résultats doit aussi tenir compte que la réactivité des services en cancer est un indicateur de la performance des systèmes de santé (WHO, 2000). Il s'agit donc d'une approche macroscopique complémentaire à d'autres évaluations plus spécifiques sur l'amélioration de l'état de santé et de la satisfaction des patients. De plus, les résultats sont soumis aux limites des qualités psychométriques de l'instrument de mesure de la réactivité et de la performance des tests statistiques (Cook & Campbell, 1979).

Conclusion

L'originalité de cette étude est de fournir de nouvelles connaissances sur des facteurs qui expliquent la réactivité des services en cancer suivant l'introduction d'un nouveau mode d'organisation. Les résultats mettent en lumière cinq dimensions qui apparaissent particulièrement déterminantes pour assurer et maximiser la contribution de la fonction d'IPO à une meilleure capacité de répondre aux besoins des patients. Les promoteurs de l'introduction et du déploiement de cette fonction dans d'autres milieux devraient bien identifier ce que signifie cette fonction et en quoi elle permet de rejoindre les valeurs et les intérêts des multiples acteurs concernés. Il est nécessaire d'identifier et soutenir des leaders qui peuvent s'engager à long terme dans le projet et ce, bien au-delà de la phase d'implantation. Les résultats de cette étude montrent bien que même après cinq ans, cette innovation n'est pas encore prise comme allant de soi dans les milieux. L'organisation en réseau inter organisationnel semble porteuse quant à l'accès aux ressources pour permettre l'engagement institutionnel.

La traduction d'une innovation telle que la fonction d'IPO est un phénomène hautement contextualisé. Elle ne peut avoir lieu sans l'allocation de ressources permettant de soutenir les professionnels dans le changement telle que la participation aux processus de mise en œuvre, la formation et un financement approprié. Plusieurs constats ressortent de cette étude, notamment

que la fonction d'IPO peut contribuer à la structuration d'une offre de soins mieux coordonnée en stimulant la collaboration entre les membres des équipes locales d'oncologie. Un deuxième constat montre que dans des conditions propices, elle permet de mieux répondre aux besoins des personnes atteintes de cancer.

La présence dans chaque milieu de leaders engagés et capables de transmettre leur vision représente une dimension cruciale du développement de la collaboration pour soutenir l'innovation. Ils doivent toutefois être capables de respecter le rythme des négociations qui se font sur le terrain. L'importance du leadership met en exergue le rôle de la vision et des valeurs dans la mobilisation des professionnels dans le changement.

L'étape d'implantation des innovations telles que la fonction d'IPO constitue le début d'un long processus qui ne peut aboutir à un résultat optimal que s'il est porté à long terme. Un pilotage adéquat de la fonction d'IPO requiert la création de relations d'alliances collaboratives qui se développent au fur et à mesure de l'expérimentation. La redéfinition des frontières pour créer des passerelles entre les silos professionnels et organisationnels exige une profondeur qui génère des coûts de transactions qui ne pourront être absorbés que si les leaders et les acteurs concernés disposent de temps, d'énergie, de savoir et d'expertise professionnelle suffisants.

Références

- Abbott, A. (1988). *The system of professions: An essay on the division of expert labor*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Abrahamson, E. (1991). Managerial fads and fashions: The diffusion and rejection of innovations. *Academy of Management Review*, 16(3), 586-634.
- Akrich, M., Callon, M., & Latour, B. (2002a). The key to success in innovation part I. The art of interressement. *International Journal of Innovation Management*, 6(2), 187-206.
- Akrich, M., Callon, M., & Latour, B. (2002b). The key to success in innovation part II. The art of choosing good spokespersons. *International Journal of Innovation Management*, 6(2), 207-225.
- Amblard, H., Bernoux, P., Herreros, G., & Livian, Y.-F. (2005). *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*. Paris: Editions du Seuil.
- Arndt, M., & Bigelow, B. (2000). Presenting structural innovation in an institutional environment: Hospitals use of impression management. *Administrative Science Quarterly*, 45(3), 494-522.
- Balducci, L. (2003). New paradigms for treating elderly patients with cancer: the comprehensive geriatric assessment and guidelines for supportive care. *The Journal of supportive oncology*, 1(4 Suppl 2), 30-37.
- Balducci, L. (2006). Management of cancer in the elderly. *Oncology*, 20(2), 135-143.
- Brazil, K., Whelan, T., O'Brien, M., Sussman, J., Pyette, N., Bainbridge, D., et al. (2003). Coordinating supportive cancer care in the community - Final report. Retrieved May, 4, 2004, from http://www-fhs.mcmaster.ca/slru/sccru/FINAL_COORD_SCC_REPORT_MARCH_20031.pdf.

- Burns, N., & Grove, S. K. (2001). *The practice of nursing research. Conduct, critique & utilization* (4 ed.). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Callon, M. (1986). Some elements in a sociology of translation : Domestication of the scallops and firshermen of St Brieuc Bay. In J. Law (Ed.), *Action, Belief and Power* (pp. 196-233). London: Routledge.
- Callon, M. (1991). Techno-economic networks and irreversability. In J. Law (Ed.), *A Sociology of Monsters : Essays on Power, Technology, and Domination* (pp. 132-164). London: Routledge.
- Canadian Strategy for Cancer Control. (2002). Canadian Strategy for Cancer Control : Supportive Care/Cancer rehabilitation. Retrieved October 7, 2007, from <http://209.217.127.72/csccl/pdf/finalsupportiveJan2002.pdf>.
- Champagne, F. (2002). La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé. Retrieved May, 8, 2005, from http://www.hc-sc.gc.ca/francais/pdf/romanow/39_Champagne_F.pdf
- Clarke, S. A., Booth, L., Velikova, G., & Hewison, J. (2006). Social support: gender differences in cancer patients in the United Kingdom. *Cancer nursing*, 29(1), 66-72.
- Comtois, E., & al, e. (2003). *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 Lemoyne.
- Cook, T. D., & Campbell, D. T. (1979). *Quasi-experimentation: Design and analysis issues for field settings*. Chicago.
- Corporate Research Associates. (2004). Cancer patient navigation. Evaluation findings Retrieved July,10, 2006, from <http://www.cancercare.ns.ca/media/documents/PatientNavigationEvaluationFindings.pdf>

- D'Amour, D. (1997). *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec*. Unpublished Thèse de doctorat, Université de Montréal, Montréal.
- D'Amour, D. (2002). La collaboration professionnelle : un choix obligé. In O. Goulet & C. Dallaire (Eds.), *Les soins infirmiers. Vers de nouvelles perspectives*. Boucherville: Gaétan Morin Éditeur.
- D'Amour, D., Goulet, L., Pineault, R., Labadie, J. F., & Remondin, M. (2003). Étude comparée de la collaboration interorganisationnelle et de ses effets : le cas des services en périnatalité. Retrieved June,5, 2004, from http://www.ferasi.umontreal.ca/fra/07_info/rapport%20DD%20R03-07.pdf
- Damanpour, F. (1991). Organizational innovation: A meta-analysis of effects of determinants and moderators. *Academy of Management Journal*, 34(3), 555-590.
- de Serres, M., & Beauchesne, M. (2000). *L'intervenant pivot en oncologie. Un rôle d'évaluation, d'information et de soutien pour le mieux-être des personnes atteintes de cancer*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux. Conseil québécois de lutte contre le cancer. .
- Denis, J.-L., Hébert, Y., Langley, A., Lozeau, D., & Trottier, L. H. (2002). Explaining diffusion patterns for complex health care innovations. *Health Care Management Review*, 27(3), 60-73.
- Denis, J.-L., Lamothe, L., & Langley, A. (2001). The dynamics of collective leadership and strategic change in pluralistic organizations. *Academy of Management Journal*, 44(4), 809-837.
- Denis, J.-L., Langley, A., & Rouleau, L. (2007). Strategizing in pluralistic contexts: Rethinking theoretical frames. *Human Relations*, 60(1), 179-215.
- Dent, M. (2003). Managing doctors and saving a hospital: Irony, rhetoric and actor networks *Organization* 10(1), 107-127.

- Denzin, N., & Lincoln, Y. S. (1998). Emerging the field of qualitative research. In N. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Strategies of qualitative inquiry* (pp. 1-34). London: Sage Publications.
- Desbiens, F., & Dagenais, C. (2001). De l'innovation au changement : les leçons tirées des projets québécois du Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS). Retrieved May, 16, 2006, from <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2001/01-713.pdf>
- Dohan, D., & Schrag, D. (2005). Using navigators to improve care of underserved patients : Current practices and approaches. *Cancer*, 104(4), 848-855.
- Doll, R., Barroetavena, M. C., Ellwood, A.-L., Fillion, L., Habra, M. E., Linden, W., et al. (2007). The cancer care navigator. Toward a conceptual framework for a new role in oncology. *Continuing care*, 6(4), 28-35.
- Doll, R., Stephen, J., Barroetavena, M. C., Linden, W., Poole, G., & Fyles, G. (2005). Patient navigation in cancer care. Final report. Retrieved May, 22, 2006, from <http://www.bccancer.bc.ca/NR/rdonlyres/F888FDE0-799D-4C98-9A1B-189E91E422D9/15722/WebSummaryNavigation.pdf>
- Dopson, S., Fitzgerald, L., Ferlie, E., Gabbay, J., & Locock, L. (2002). No magic targets! Changing clinical practice to become more evidence based. *Health Care Management Review*, 27(3), 35-47.
- Eisenhardt, K. M. (1989). Building theories from case study research. *Academy of Management Review*, 14(4), 532-550.
- Farber, J. M., Deschamps, M., & Cameron, R. (2002). *Investigation and Assessment of the navigator role in meeting the information, decisional and educational needs of women with breast cancer in Canada*. Ottawa: Health Canada.
- Ferlie, E., Fitzgerald, L., Wood, M., & Hawkins, C. (2005). The nonspread of innovations: The mediating role of professionals. *Academy of Management Journal*, 48(1), 117-134.

- Fillion, L. (2005, February, 23). *Implementation of an "infirmière pivot en oncologie" (IPO)" for head and neck cancer in Quebec City area (region 03)* Paper presented at the Navigation and self-management innovative approaches to managing chronic conditions, Vancouver.
- Fillion, L., de Serres, M., Lapointe-Goupil, R., Bairati, I., Gagnon, P., Deschamps, M., et al. (2006). Implementing the role of patient-navigator nurse at a university hospital centre. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 16(1), 11-17.
- Fitch, M., & Mings, D. (2003). Cancer nursing in Ontario: Defining nursing roles. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 13(1), 28-44.
- Fitzgerald, L., Ferlie, E., Wood, M., & Hawkins, C. (2002). Interlocking interactions, the diffusion of innovations in health care. *Human Relations*, 55(12), 1429-1449.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Bate, P., Mcfarlane, F., & Kiriakidou, O. (2005). *Diffusion of innovations in health service organisations*. Massachusetts: Blackwell Publishing.
- Grimshaw, J. M., Shirran, L., Thomas, R., Mowatt, G., Fraser, C., Bero, L., et al. (2001). Changing provider behavior: An overview of systematic reviews of interventions. *Medical Care*, 39(8 Suppl 2), 45.
- Hage, J. (1999). Organizational innovation and organizational change. *Annual Reviews Sociology*, 25(1), 597-622.
- Hede, K. (2006). Agencies look to patient navigators to reduce cancer care disparities. *Journal of the National Cancer Institute*, 98(3), 157-159.
- Hinds, P. S., Vogel, R. J., & Clarke-Steffen, L. (1997). The possibilities and pitfalls of doing a secondary analysis of a qualitative data set. *Qualitative Health Research*, 7(3), 408-424.
- Huxman, C., & Vangen, S. (2000). Leadership in the shaping and implementation of collaboration agendas: how things happen in a (not

quite) joined-up world. *Academy of Management Journal*, 43(6), 1159-1175.

Jarzabkowski, P., Balogun, J., & Seidl, D. (2007). Strategizing: The challenges of a practice perspective. *Human Relations*, 60(1), 5-27.

Koroukian, S. M., Murray, P., & Madigan, E. (2006). Comorbidity, disability, and geriatric syndromes in elderly cancer patients receiving home health care. *Journal of clinical oncology*, 24(15), 2304-2310.

Langley, A., Denis, J.-L., & Lamothe, L. (2003). Process research in healthcare : Towards three-dimensional learning. *Policy and Politics*, 31(2), 195-206.

Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité dans les méthodes qualitatives. In J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Meyer & A. Pires (Eds.), *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 365-389). Boucherville: Gaetan Morin Éditeur.

Latimer, E. J., Crabb, M. R., Roberts, J. G., Ewen, M., & Roberts, J. (1998). The patient care travelling record in palliative care : Effectiveness and efficiency. *Journal of Pain and Symptom Management*, 16(1), 41-51.

Latour, B. (1988). *The Pasteurization of France*. Cambridge: Harvard University Press.

Latour, B. (1992). *Aramis ou l'amour des techniques*. Paris: La Découverte.

Latour, B. (2005a). *La science en action. Introduction à la sociologie des sciences*. Paris: Édition La Découverte.

Latour, B. (2005b). *Reassembling the social. An introduction to Actor-network-theory*. New York: Oxford University Press.

Lehoux, P., Sicotte, C., & Denis, J.-L. (1998). L'informatisation du dossier médical et ses (détr)acteurs. *Sciences sociales et Santé*, 16(1), 81-121.

- Mead, N., & Bower, P. (2002). Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Education and Counselling*, 48(1), 51-61.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2 ed.). Paris: De Boeck Université.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2003). La lutte contre le cancer dans les régions. Un premier bilan. Retrieved December, 10, 2003, from <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/fb143c75e0c27b69852566aa0064b01c/a32c2ea1f943a28485256e7b00504064?OpenDocument>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004a). Besoins des personnes atteintes de cancer et de leurs proches au Québec. Recommandation. Avis des représentants de la population atteinte de cancer et des proches au Québec. Retrieved March, 6, 2005, from http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/cancer/download.php?id=151002,102,2
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004b). Pour optimiser la contribution des infirmières à la lutte contre le cancer au Québec. Retrieved December, 12, 2004, from http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/cancer/download.php?f=ceedfc80a4cb5f5b25b8ac6a92bf9049
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2007). Direction de la lutte contre le cancer - Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer. Retrieved December 12, 2007, from <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-902-03.pdf>
- Morgan, D. (1998). Practical strategies for combining qualitative and quantitative methods: Application to health research. *Qualitative Health Research*, 8(3), 362-376.

National Cancer Institute. (2005). NCI's patient navigator research program : Fact sheet Retrieved October, 10, 2006, from <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/PatientNavigator>

Oxman, A. D., Thomson, M. A., Davis, D. A., & Haynes, R. B. (1995). No magic bullets: A systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *CMAJ*, *153*(10), 1423-1431.

Potvin, L., & Golberg, C. (2006). Deux rôles joués par l'évaluation dans la transformation de la pratique en promotion de la santé. In M. O'Neil, S. Dupéré, A. Pederson & I. Rootman (Eds.), *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques* (pp. 457-473). Québec: Presses de l'Université Laval.

Provan, K. G., & Milward, H. B. (2006). Health services delivery networks: What do we know and where should we be headed? *Healthcare Papers*, *7*(2), 32-36.

Provan, K. G., Milward, H. B., & Isett, K. R. (2002). Collaboration and integration of community-based health and human services in a non profit managed care system. *Health Care Management Review*, *27*, 21-32.

Richards, L. (1999). *Using NVivo in qualitative research*. London: Sage.

Roberge, D., Denis, J.-L., Cazale, L., Comtois, E., Pineault, R., Touati, N., et al. (2004). Assesment of the integrated network of oncology care and services : The Montréal experience. Retrieved July 20, 2006, from http://www.chsrf.ca/final_research/ogc/pdf/roberge_2_e.pdf#search=%22vignette%20cazale%20tremlay%22

San Martin Rodriguez, L. (2007). *Évaluation des effets de la collaboration interprofessionnelle chez les professionnels et chez les patients dans les unités d'hospitalisation en oncologie et en hématologie*. Unpublished Thèse de doctorat, Université de Montréal, Montréal.

Sandoval, G. A., Brown, A. D., Sullivan, T., & Green, E. (2006). Factors that influence cancer patients' overall perceptions of the quality of care. *International Journal for Quality in Health Care*, *18*(4), 266-274.

- Sanson-Fisher, R., Girgis, A., Boyes, A., Bonevski, B., Burton, L., & Cook, P. (2000). The unmet supportive care needs of patients with cancer. *Cancer*, 88(1), 226-237.
- Savage, C., & Hryniuc, W. (2006). Disconnects and waiting times. Sleepless in cancer land. *Cancer Advocacy Coalition of Canada. 2006 Report card on cancer in Canada* Retrieved June, 18, 2007, from <http://www.canceradvocacy.ca/reportcard/2006/DISCONNECTS%20AND%20WAITING%20TIMES%20-%20CACC%20REPORT%20CARD%20ON%20CANCER%202006.pdf>
- Savage, C., & Hryniuc, W. (2007). Disconnects and wait times. Report card on cancer in Canada 2006. Retrieved October, 15, 2006, from <http://www.canceradvocacy.ca/reportcard/2006/report.card.2006.pdf>
- Scholz, R. W., & Tietje, O. (2002). *Embedded case study methods integrating quantitative and qualitative knowledge* Thousand Oaks: Sage Publications.
- Sloan, J. A., Scott-Findlay, S., Nemecek, A., Blood, P., Trylinski, C., Whittaker, H., et al. (2004a). Mapping the journey of cancer patients through health care system. Part 1: Developing the research question. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 14(3), 183-186, 188.
- Sloan, J. A., Scott-Findlay, S., Nemecek, A., Blood, P., Trylinski, C., Whittaker, H., et al. (2004b). Mapping the journey of cancer patients through the health care system. Part 2: Methodological approaches and basic findings. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 14(4), 224-232.
- Stewart, M., Brown, J. B., Donner, A., McWhinney, I., Oates, J., Weston, W., et al. (2000). The impact of patient-centred care on outcomes. *Journal of Family Practice*, 49(9), 796-804.
- Sussman, J., Howell, D., O'Brien, M. A., & Whelan, T. (2004). *An evaluation of the effectiveness of a specialized nursing case management model in coordinating supportive cancer care in the community - Final Report* Hamilton, Ontario: The supportive cancer care research unit

- Tinmouth, A., Macdougall, L., Fergusson, D., Amin, M., Graham, I. D., Hebert, P. C., et al. (2005). Reducing the amount of blood transfused : A systematic review of behavioral interventions to change physicians' transfusion practices. *Archives of Internal Medicine*, 165(8), 845-852.
- Touati, N., Roberge, D., Denis, J. L., Cazale, L., Pineault, R., & Tremblay, D. (2006). Clinical leaders at the forefront of change in health-care systems: advantages and issues. Lessons learned from the evaluation of the implementation of an integrated oncological services network. *Health services management research*, 19(2), 105-122.
- Valentine, N. B., de Silva, A., Kawabata, K., Darby, C., Murray, C. J. L., & Evans, D. B. (2003). Health System Responsiveness: Concepts, Domains and Operationalization. In C. J. L. Murray & D. B. Evans (Eds.), *Health systems performance assessment : Debates, methods and empirism* (pp. 573-596). Geneva: World Health Organization.
- Van der Maren, J. M. (1996). *Méthodes de recherche pour l'éducation* (2 ed.). Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Whelan, T., Grunfeld, E., Sussman, J., Abelson, J., Willan, A., Sellick, S., et al. (2003). *An Evaluation of continuity of cancer care through regional supportive care networks*. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation.
- WHO. (2000). The world health report 2000 - Health systems: improving performance. Retrieved July, 20, 2006, from www.who.int/whr/2000/en/
- WHO. (2002). National cancer control programmes. Policies and managerial guidelines. Retrieved May, 7, 2003, from <http://www.who.int/cancer/publications/en/#guidelines>
- Yin, R. K. (2003). *Case study research : design and methods* (3 ed.). Newbury Park: Sage Publications.

Chapitre 5 : La discussion

Trois thèmes principaux sont discutés dans ce dernier chapitre de la thèse. Premièrement, la contribution au développement des connaissances théoriques, méthodologiques et appliquées est présentée. Par la suite, les aspects liés à la qualité et aux limites de l'étude sont soulevés. Finalement, les recommandations pour la pratique et la recherche sont formulées.

Les contributions au développement des connaissances

La contribution théorique

La contribution théorique est discutée en quatre points. Premièrement, les résultats de cette étude montrent que la traduction de l'innovation dans les pratiques dépend du développement d'une synergie entre les pratiques professionnelles, les pratiques organisationnelles et les pratiques de gouvernance. La capacité de répondre aux besoins des patients exige des changements qui obligent à renégocier les frontières qui séparent les paliers hiérarchiques et les différentes représentations qu'ont les professionnels de ce que devrait être une réponse appropriée aux besoins des patients (Glouberman & Mintzberg, 2001a). Les résultats de notre analyse montrent clairement que le changement lié à l'innovation ne suit pas une trajectoire linéaire ascendante (Ham, 2003) ou descendante (Lewis & Seibold, 1993). L'atteinte des objectifs à l'origine de la genèse d'une innovation organisationnelle dans les milieux cliniques oblige à reconnaître le parcours anarchique de la traduction et son

interdépendance avec les aspects professionnels et organisationnels (Van de Ven, Angle, & Poole, 2000; Wolfe, 1994).

La principale contribution théorique de cette étude est la mise en évidence de cinq dimensions déterminantes de la traduction de l'innovation dans les pratiques. Ces cinq dimensions sont : 1) la signification donnée au projet, 2) la présence d'un leadership de compétence et d'autorité, 3) l'engagement des acteurs à tous les niveaux de l'organisation, 4) la collaboration de l'équipe interdisciplinaire en oncologie et 5) la marge de manœuvre quant aux ressources. Ces dimensions comportent des éléments situés à l'interface entre l'organisation et la clinique. Elles sont interdépendantes et aucune ne peut expliquer à elle seule les différentes réponses individuelles ou organisationnelles à l'innovation. L'appréciation de ces dimensions dans les sites à l'étude a permis d'identifier deux différents modes de traduction de l'innovation dans les pratiques, soit le mode de traduction optimal et un mode de traduction mitigé.


En lien avec les fondements de la TAR (Akrich, Callon, & Latour, 2002a, 2002b; Callon, 1986b; Latour, 1989, 2005b), la traduction optimale de l'innovation dans la pratique est un processus qui se construit au fur et à mesure que les acteurs ayant des schèmes cognitifs, des valeurs et des intérêts multiples acceptent de collaborer à l'actualisation d'un projet. Les professionnels ne peuvent être considérés comme des receveurs passifs d'une innovation

préfabriquée qui s'impose à la suite d'une décision au sommet hiérarchique. Si l'innovation n'est pas prise en main par des acteurs réunissant diverses expertises, des ressources multiples et des sources d'influence variées, elle ne peut atteindre les objectifs à l'origine de sa genèse. Les résultats confirment que les pratiques professionnelles sont influencées par l'innovation organisationnelle et que réciproquement, ces pratiques influencent le déploiement de celle-ci. L'évolution des nouveaux rôles professionnels ne peut être abordée sans tenir compte des conditions organisationnelles spécifiques à chaque milieu. Tel que le soulignent deux revues des écrits sur le changement dans les milieux cliniques, la recherche d'une solution miracle applicable à tous apparaît vaine, voire inutile (Oxman, Thomson, Davis, & Haynes, 1995). Cependant, il existe un vaste éventail de conditions qui, si elles sont aménagées de manière propice, peuvent donner lieu à des transformations en profondeur des pratiques professionnelles et des résultats chez les patients.

La deuxième contribution de l'analyse de la traduction de la fonction d'IPO dans les équipes d'oncologie dépasse le cadre strict des pratiques cliniques reliées à la profession infirmière. L'actualisation d'une telle fonction exige la négociation d'alliances fondées sur la collaboration interprofessionnelle et inter organisationnelle. Or, la collaboration est un phénomène qui ne va pas de soi et auquel les acteurs du système de santé sont souvent mal préparés (D'Amour, 1997, 2002; D'Amour, Beaulieu, San Martin

Rodriguez, & Ferrada-Videla, 2004). En même temps que sont prises en considération les différenciations et les spécialisations de chacun (individus ou groupes), les négociations doivent permettre d'identifier des espaces partagés et la commensurabilité des interventions auprès du patient sans qu'aucun acteur ne subordonne les autres (Callon, 1991). Ces négociations sur et dans les pratiques sont porteuses de sens à partir du moment où l'organisation du travail, basée sur des principes de collaboration, n'est plus un choix obligé mais une solution qui est le reflet des valeurs professionnelles orientées vers une réponse plus satisfaisante aux besoins des patients.


La troisième contribution porte sur le leadership et l'innovation. À l'instar de nombreux auteurs, les résultats montrent l'importance du leadership pour le pilotage du changement lié à l'innovation (Denis, Lamothe, & Langley, 2001; Desbiens & Dagenais, 2001; Ham, 2003; Touati et al., 2006). La création de relations d'alliances collaboratives exige que l'innovation soit portée par des leaders dont la légitimité et l'autorité sont reconnues. Il est reconnu que les projets les mieux planifiés peuvent échouer, faute d'avoir été suffisamment portés par des leaders convaincus et engagés à long terme (Kanter, 2006; Latour, 1992). La présence de leaders stimule les professionnels à adopter une conduite de changement davantage en lien avec les objectifs poursuivis par l'innovation. Il semble avantageux d'avoir un leadership partagé entre plusieurs personnes capables d'identifier, d'interpréter et de réinterpréter les controverses



selon une approche étapiste de résolution de problème à travers le temps et en fonction des besoins des différents acteurs (individus ou groupes) concernés par l'innovation.

Des études montrent qu'en situation d'interdépendance, les interactions autour de la résolution des controverses permettent d'ouvrir la discussion, de gérer les différentes significations données à un projet par les différents acteurs et de trouver des solutions satisfaisantes pour l'ensemble de parties prenantes (Alper & Tjosvold, 1998). Les stratégies des leaders doivent donc être suffisamment directives pour donner un sens au changement tout en étant adaptées aux dynamiques locales et à leur évolution à travers le temps.

Ces constats sont en lien avec le fait que le point de départ de l'innovation réfère à l'élaboration d'une signification partagée qui repose sur des schèmes cognitifs, des normes de pratique, des valeurs et des intérêts qui modulent la mobilisation des acteurs (Akrich, Callon, & Latour, 2002a). Les résultats de cette étude font bien ressortir l'effet mobilisateur de la vision portée par les leaders qui s'appuie sur des valeurs de respect des patients et d'une approche clientèle plutôt que sur des motifs d'ordre budgétaire ou de productivité du personnel. Selon la perspective de Freidson, le travail fondé sur de telles valeurs serait une question de survie pour le modèle de coordination professionnel du travail. Il avance que ce professionnalisme permet de prendre



en compte l'existence dans des organisations complexes, des valeurs altruistes auxquelles les professionnels adhèrent dans les milieux médicaux (Freidson, 2001). Pour maximiser le changement lié à l'innovation, les promoteurs de nouvelles idées devraient s'assurer que les projets qu'ils défendent sont en lien avec les valeurs des professionnels et en conséquence, centrée sur les patients. Selon cette perspective, la logique professionnelle peut représenter un levier important de la transformation des pratiques dans les réseaux de services.

L'analyse montre que la proximité des leaders avec le niveau opérationnel, le niveau de gestion et le niveau stratégique a permis le pilotage du processus de traduction à partir d'un niveau micro des pratiques individuelles sans nier les aspects macro reliés à la performance organisationnelle. Ces résultats montrent que si les cliniciens peuvent être les leaders d'un changement de l'offre de services, la stabilisation de nouvelles pratiques a besoin de leviers à tous les niveaux du système.

La quatrième contribution porte sur la temporalité du changement lié à l'innovation. Les résultats de cette étude montrent que la création d'alliances collaboratives dans les réseaux autour de l'innovation revêt un caractère complexe dont l'aboutissement prend du temps. En effet, la cohabitation de l'innovation et de la pratique s'inscrit dans un processus d'apprentissage individuel et collectif (Addicott, McGivern, & Ferlie, 2006; Brown & Duguid,

1991). Ce processus d'apprentissage se révèle une charge supplémentaire pour les professionnels. Ils doivent avoir le temps nécessaire pour acquérir de nouvelles connaissances et de nouvelles habiletés tant par une formation suffisante, adaptée à leurs besoins et offerte par des personnes reconnues pour leur expertise.

Il faut aussi du temps pour informer, négocier, s'ajuster et évaluer les gains en cours de route (Reay, Golden-Biddle, & Germann, 2006). Les résultats montrent que dans plusieurs milieux, les professionnels ont mis trois ans pour s'entendre sur leur mode de fonctionnement autour du patient. Au moment de l'étude, soit cinq ans après son introduction, l'innovation n'a pas encore atteint son plein potentiel dans l'ensemble des sites, en dépit des efforts consentis pour soutenir chacun des milieux. Les études classiques sur la diffusion des innovations montrent que le changement des pratiques peut prendre jusqu'à une dizaine d'années pour atteindre sa pérennité (Rogers, 2003).

Les résultats de la présente étude confirment l'idée qu'une meilleure compréhension de la manière dont l'innovation se traduit dans des organisations pluralistes oblige à renoncer aux cloisonnements coutumiers établis entre la pratique, l'organisation et la gouvernance (Amblard, Bernoux, Herreros, & Livian, 2005; Latour, 2005b). L'innovation en pratique est le résultat d'un processus complexe, non linéaire et évolutif fondé sur l'interaction entre les pratiques professionnelles d'acteurs autonomes mais interdépendants, et en

fonction des conditions, des ressources et des processus organisationnels dans lesquels l'innovation se déploie.

La contribution méthodologique

La contribution méthodologique de cette étude est de deux ordres. La première concerne le recours à la TAR pour investiguer les microprocessus de changement de l'offre de services de santé et les résultats alors que la deuxième concerne le champ de la recherche sur la réactivité des systèmes de santé.

Traditionnellement, les études sur l'innovation dans l'organisation des systèmes de santé se sont concentrées sur les aspects structurels de niveau macro plutôt que sur les aspects micro des interactions entre les individus dans les équipes locales et les relations entre les professionnels et les patients (Ferlie, Fitzgerald, Wood, & Hawkins, 2005; Fitzgerald, Ferlie, Wood, & Hawkins, 2002). Le recours à la TAR qui ne met pas de frontières *a priori* entre les acteurs en situation d'interdépendance a permis une analyse des pratiques localisées à l'interface entre la clinique et l'organisation. Nos résultats montrent, tel que l'avancent certains auteurs, qu'il s'agit d'une voie prometteuse pour mieux comprendre l'évolution d'une innovation et son potentiel de changement effectif de l'offre de services de santé (Jarzabkowski, Balogun, & Seidl, 2007). La TAR fournit un angle d'approche qui suggère que

le changement des pratiques professionnelles et organisationnelles peut exister seulement si celles-ci sont supportées par des réseaux d'acteurs dont les intérêts sont satisfaits. La TAR permet donc une perspective complémentaire à l'approche de diffusion qui voit les innovations comme des entités préfabriquées qui se propagent dans un environnement que l'on conçoit stable. Selon la perspective de la TAR, l'innovation s'actualise à long terme et doit s'adapter aux pratiques déjà en place qui sont porteuses des valeurs des personnes et des institutions.

Le deuxième apport méthodologique concerne le concept de réactivité et sa mesure. À notre connaissance, cette étude est une première expérimentation de l'application du concept de réactivité aux services en cancer. Bien qu'à l'origine, le questionnaire de réactivité a été élaboré pour évaluer la réactivité auprès de populations générales (Valentine, de Silva et al., 2003; WHO, 2005), nos résultats montrent que la majorité des items sont jugés très importants ou importants par les personnes atteintes de cancer. Le contenu du questionnaire de réactivité reflète majoritairement les attentes des personnes atteintes de cancer envers le système de santé sauf en ce qui concerne la promptitude de l'attention, le choix du dispensateur de services et l'aspect concernant le soutien religieux.

En effet, la promptitude telle que définie par l'OMS est un indice du délai d'accès aux services pour une population générale (WHO, 2001a). Il ne

tient pas compte de la distinction entre l'accès à des services de routine chez une population relativement en bonne santé versus l'accès à des services pour des raisons de détérioration de l'état de santé qui mettent en jeu la qualité de vie et même la survie des personnes. Dans le contexte des services en cancer, le délai d'accès aux services est considéré comme une variable déterminante de la qualité de la réponse aux besoins des patients (Savage & Hryniuc, 2007) et non comme une dimension de la réactivité. La nécessité de faire une distinction entre la promptitude de l'attention des soins de routine et celle des soins urgents était une recommandation des experts consultés sur la conceptualisation et la mesure de la réactivité. Quant à la dimension du choix du dispensateur de services, ce même comité d'experts avait soulevé l'idée que des contraintes financières ou géographiques pouvaient influencer le choix du dispensateur de services et que la pertinence de cette dimension avait besoin d'être explorée davantage. Quant à l'item sur le soutien dans les pratiques religieuses, nos résultats amènent à remplacer le libellé de la question.

Par ailleurs, la majorité des écrits sur la navigation des services en cancer reconnaissent l'importance de la continuité des services en cancer tout au long du parcours de la maladie (de Serres & Beauchesne, 2000; Dohan & Schrag, 2005; Farber, Deschamps, & Cameron, 2002; National Cancer Institute, 2005). Il est possible que la continuité puisse expliquer une partie de la variance de la réactivité des services en cancer. Bramestfeld et ses collaborateurs (2007)

qui ont étudié la réactivité de services en santé mentale, abondent dans le même sens. Selon ces auteurs, la réactivité des services aux personnes atteintes de maladies chroniques devrait comporter des éléments de continuité des soins.

L'évaluation de la réactivité des services en cancer représente une innovation en soi. L'analyse et le développement de ce concept n'ont pas atteint leur maturité (Rodgers & Knalf, 2000). La contribution de cette étude est de fournir un instrument valide pour mesurer la réactivité des services en cancer. Nos résultats montrent que le questionnaire est un instrument de mesure bien accepté par les patients, il est relativement court et s'administre bien sous forme d'enquête postale. Il permet de détecter des différences de la réponse aux besoins des patients en fonction de leurs caractéristiques individuelles, leur utilisation des services et la continuité des soins. Dans un contexte de transformation des services centrés sur une meilleure réponse aux besoins des personnes par des soins globaux (Fitch, 2000; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007; Whelan et al., 2003), la mesure de la réactivité des services pourrait être un instrument de pilotage utile pour comparer l'efficacité des innovations à travers le temps et dans des lieux différents. Par la perspective qu'elle permet d'évaluer, la réactivité des services en cancer s'inscrit de manière complémentaire aux instruments portant sur la satisfaction des patients et la qualité de vie.

La contribution pour le développement de la fonction d'IPO

Les résultats montrent que l'intervention précoce de l'IPO a un effet significativement positif sur la communication entre les professionnels et les patients et sur les soins centrés sur la personne. Plus spécifiquement, ces dimensions de la réactivité sont mieux actualisées lorsque le contact entre l'IPO et le patient a lieu à l'intérieur d'un délai de deux semaines suivant l'annonce du diagnostic. Les patients ayant bénéficié de ce contact précoce rapportent une meilleure réponse à leurs besoins d'être écoutés, informés et de participer à la prise de décision sur les soins qui les concernent. L'intervention précoce de l'IPO fait une différence sur ces aspects de l'offre de soins qui sont jugés importants par les patients.

Les travaux de Degner ont en effet démontré que 87% des patients veulent jouer un rôle actif dans les décisions qui concernent leur traitement et qu'un des éléments clés de cette collaboration est la qualité de l'information qu'ils reçoivent (Davison et al., 2002b; Degner et al., 1997; Hack, Degner, Watson, & Sinha, 2006). Une participation active aux décisions de soins est associée à une meilleure qualité de vie et à un meilleur état fonctionnel physique et social. L'association entre un contact précoce de l'IPO et une réactivité plus élevée est congruente avec des études qui ont démontré que les stratégies de coping autour de l'annonce du diagnostic prédisent l'adaptation à la maladie pour une période pouvant aller jusqu'à trois ans (Hack & Degner, 2004).

Les résultats montrent aussi que l'intervention précoce de l'IPO, soit dans les deux semaines suivant le diagnostic, est significativement associée à une réponse plus centrée sur la personne. Une réponse centrée sur la personne réfère aux aspects de l'offre de services portant sur la globalité du soutien et l'encouragement de la participation des proches selon la volonté de la personne. Selon Laine et Davidoff, (1996) des soins centrés sur la personnes sont « *closely congruent with, and responsive to patients' want, needs and preferences* ». Bien que les effets des soins centrés sur le patient aient besoin d'être documentés davantage, certaines études rapportent qu'ils sont associés à une meilleure adhésion au traitement (Clifford, Barber, Elliott, Hartley, & Horne, 2006) et à une satisfaction plus élevée de la clientèle (Mead & Bower, 2002; Stewart et al., 2000).

Les résultats de l'analyse qualitative montrent que même si la fonction d'IPO est clairement définie de manière normative, son rôle est sujet à diverses interprétations et se traduit de manière différente selon les conditions des différents milieux. Tel que rapporté dans d'autres études, l'exercice de cette nouvelle fonction dans les équipes interdisciplinaires est entravé par les difficultés de changer les pratiques, les attentes incompatibles ou contradictoires de la part des médecins, des promoteurs du projet et des IPO ainsi que le manque de ressources organisationnelles pour soutenir les personnes qui exercent ces nouveaux rôles (Bacharach, Bamberger, & Conley,

1990; Farber, Deschamps, & Cameron, 2002; Willard & Luker, 2007; Woods, 1998). Le défi est de trouver un juste équilibre entre un niveau de formalisation suffisamment élevé pour structurer la pratique de manière à réaliser les objectifs spécifiques liés à la fonction d'IPO et un niveau de flexibilité suffisant pour permettre le développement de l'autonomie professionnelle de l'infirmière dans les équipes interdisciplinaires.

Nos résultats convergent avec ceux d'autres études à l'effet que le déploiement de nouveaux rôles infirmiers passe notamment par la création d'alliances collaboratives avec les médecins (D'Amour et al., 2007; Woods, 1998). Ces alliances dépendent de la représentation que se font les médecins du rôle de l'IPO. Lorsque l'IPO est vue comme une professionnelle ayant une expertise complémentaire et spécifique, la collaboration est facilitée alors que dans les cas où son intervention est vue comme une intrusion dans la relation entre le médecin et le patient, la collaboration ne peut s'établir. Le développement de la collaboration dans les réseaux s'inscrit dans un processus où les personnes doivent apprendre à se faire confiance et à travailler ensemble (D'Amour, Tremblay, & Bernier, 2006). La reconnaissance du rôle professionnel de l'IPO ne peut être maximisée sans un niveau de compétence élevé. La formation continue, le mentorat clinique et le soutien clinique entre pairs et la certification en oncologie sont des stratégies qui ont contribué à la crédibilité des IPO et à leur efficacité. Le sentiment de compétence et

l'autonomie professionnelle sont apparus deux facteurs importants d'intéressement des infirmières dans l'exercice du rôle. Le déploiement du rôle ne peut donc se réaliser en dehors d'une logique professionnelle qui valorise le savoir et l'autonomie de la prise de décision.

Les qualités et les limites de l'étude

La qualité et les limites d'une étude sont des enjeux majeurs de tout processus de recherche parce qu'ils déterminent la validité des conclusions d'une étude (Miles & Huberman, 2003; Ratcliffe & Gonzalez-del-Valle, 1986). Le recours à une méthode de recherche mixte posait le défi supplémentaire d'associer les critères de qualité traditionnels de l'approche quantitative avec ceux adaptés à l'évaluation de la véracité et de l'authenticité de la recherche naturaliste dont fait partie l'étude de cas (Miles & Huberman, 2003; Scholz & Tietje, 2002; Yin, 2003). Il a fallu composer avec une multiplicité de critères de qualité liés à la méthodologie qualitative (Guba & Lincoln, 1989; Laperrière, 1997; Miles & Huberman, 2003; Van der Maren, 1996) et quantitative (Brink & Wood, 1998; Nunnally & Bernstein, 1994). En l'absence de consensus quant à la définition des critères de qualité de la recherche qualitative et quantitative, nous avons utilisé ceux définis par Miles et Huberman (2003) pour s'assurer de la rigueur dans la construction de la chaîne de preuves de cette étude. Ces critères sont l'objectivité, la fiabilité, la validité interne et la validité externe.

L'objectivité

L'objectivité visait à s'assurer que les données, les interprétations et les constats de l'étude sont le fruit d'une investigation systématique plutôt que de l'imagination des investigateurs. Il fallait d'abord se prémunir contre les biais de la réciprocité des effets du chercheur sur les milieux. Cette étude a été réalisée dans le cadre d'un programme de recherche appliqué en administration des services infirmiers (FERASI, 2005). Ce programme prévoit une résidence de recherche en partenariat avec les milieux cliniques agissant à titre de partenaire décideur. Cette étude a donc été réalisée dans le cadre d'une résidence d'une durée de cinq ans sur le site où le Centre intégré de lutte contre le cancer de la Montérégie (CICM) est hébergé. La résidence de recherche fournit un accès privilégié aux milieux, permet de capter « *in vivo* » l'évolution des enjeux du terrain et favorise le transfert de connaissances chercheurs/décideurs/cliniciens. Toutefois, une telle proximité comporte toujours le risque d'altérer le sens critique du chercheur (Van der Maren, 1996). Ainsi, il a été établi explicitement que l'investigatrice principale et les membres du CICM entretiennent des relations professionnelles fondées sur la confiance et la convivialité tout en respectant son indépendance en tant que chercheur (Ferlie, 2001).

Trois stratégies ont été utilisées pour s'assurer d'un maximum de contrôle par rapport aux biais inévitablement induits par la subjectivité de toute étude qualitative (Guba & Lincoln, 1989). Premièrement, la participation observante a été privilégiée à l'observation participante (Van der Maren, 1996). La participation observante se caractérise par une présence discrète sur le terrain sans que le chercheur n'intervienne directement dans les événements alors que l'observation participante implique qu'il partage l'expérience vécue par les personnes dans leur contexte. Une deuxième stratégie portait sur la systématisation de l'observation et de l'analyse à partir d'un guide fondé sur des concepts clairement définis. De plus, le recours à la TAR favorisait le recul en supportant l'émergence de liens et de propositions à partir d'une théorie solidement établie. Finalement, la triangulation a permis de comparer les résultats en obtenant une corroboration de données qualitatives invoquées (documentation) avec les données provoquées (entrevues) (Laperrière, 1997; Van der Maren, 1996).

La fiabilité

La fiabilité vise à s'assurer que les procédures de l'approche qualitative sont cohérentes et suffisamment stables pour que les interprétations et les propositions émergentes soient vraisemblables (Miles & Huberman, 2003). Il s'agit de fournir une trace écrite (*audit trail*) de ce qui a été fait et d'évaluer la pertinence des décisions méthodologiques. Pour ce faire, les caractéristiques

des sites d'étude et des sujets, les concepts, les variables et les codes d'analyse ont été décrits. Tout le matériel (entrevues, notes de terrain, base de données qualitative) de l'étude a été intégré dans une base de données formelle informatisées pouvant être consultée à tout moment par les directeurs de recherche. La supervision de toutes les étapes de recherche par les directeurs académiques et le contenu exhaustif de cette thèse constituent un référent à l'évaluation de la fiabilité de l'étude.

La validité interne

La validité interne d'une étude qualitative réfère au degré de concordance entre les résultats et les réalités complexes du milieu naturel (Laperrière, 1997). Un des défis de la présente étude était d'assurer la qualité du codage des données de manière à donner à un examinateur externe une « *présence par procuration* » dans l'investigation (Miles et Huberman, p. 504). Dans un premier temps, une liste de code définis à partir du modèle conceptuel a permis d'élaborer une première grille de codage générale portant sur le contexte, le contenu et les processus (Pettigrew, 1997). Cette grille a été stabilisée lors d'un processus récursif de révision et de clarification des codes pour résister au codage de l'ensemble des données. La technique de double codage intra-codeur a été appliquée de sorte que les données ont été codées au fur et à mesure de leur collecte puis soumise à un recodage de l'ensemble du matériel après la fin de la collecte (Miles & Huberman, 2003).

Quant à la validité interne d'une étude quantitative, elle peut être influencée par la puissance statistique, le choix des tests d'analyses et le respect des postulats à la base de ces tests (Field, 2005). La puissance statistique réfère à la capacité de détecter une différence significative entre deux groupes lorsque cette différence est réelle dans la population. Dans cette étude, une attention particulière a été apportée à la taille de l'échantillon, aux qualités psychométriques des instruments de mesure et aux procédures des tests statistiques. Ces aspects peuvent affecter la capacité d'une étude à identifier des différences entre des groupes (Brink & Wood, 1998; Burns & Grove, 2001).

Pour les analyses de variance, le calcul de la taille de l'échantillon minimale a été établi à 377 sujets considérant une marge d'erreur à 5% et un intervalle de confiance à 95%. La taille échantillon ($n = 538$) apparaissait donc appropriée. Toutefois, l'hétérogénéité des sujets d'une étude peut nécessiter un échantillon de plus grande taille. La constitution de l'échantillon n'a pas permis un contrôle optimal de l'homogénéité des sujets, ce qui constitue une des principales limites de cette étude. Un échantillon de convenance ne permet pas un contrôle optimal des variables confondantes de sorte que l'homogénéité entre les groupes de comparaison ne peut être totalement assurée. Plusieurs variables potentiellement confondantes relevant des caractéristiques des patients ont été contrôlées. Par contre, le niveau de scolarité, la perception de l'état de santé au moment du questionnaire et le stade du cycle de traitement

anti-cancéreux sont des variables pouvant influencer les mesures de perception des sujets sur la capacité des services à répondre à leurs besoins qui n'ont pas été contrôlés dans la présente étude.

Une autre limite de cette étude est reliée aux qualités psychométriques du questionnaire de réactivité des services en cancer. Cet instrument traduit et adapté aux services en cancer était utilisé pour la première fois. Les qualités psychométriques ont été évaluées de sorte que la sensibilité, la structure factorielle, la consistance interne et ses capacités discriminantes ont pu être démontrées. La consistance interne du questionnaire ($\alpha = 0,83$) est jugée excellente selon les critères de Bersntein et Nunally (1994). La consistance interne de la sous-échelle environnement ($\alpha = 0,69$) est inférieure à la limite de 0,70 généralement acceptée mais elle peut être jugée acceptable compte tenu qu'il s'agit d'un instrument en développement. L'analyse factorielle permettant de juger de la validité de construit du concept de réactivité a montré que les variables portant sur les aspects non médicaux des services en cancer expliquent 42% de la variance de la réactivité des services en cancer. Ce résultat est appréciable mais se situe en dessous du pourcentage (70% à 73%) de variance démontré dans d'autres études (de Silva & Valentine, 2000; Hsu, Chen, Hu, Yip, & Shu, 2006). Il reste donc un pourcentage de la variance non expliqué par les variables du questionnaire. Il est impossible de savoir comment ces facteurs de variance influencent la validité des résultats de la présente étude.

La validité externe

La validité externe concerne la généralisation des résultats de cette étude à d'autres contextes sociaux, culturels, temporels. Dans la présente étude, la généralisation est analytique plutôt que statistique. Elle repose sur la possibilité que l'on puisse extrapoler les résultats et les appliquer à d'autres situations semblables et sur sa capacité à alimenter des théories formelles (Eisendhardt, 1989).

La validité externe des résultats peut être influencée par la représentativité du cas. La Montérégie est une région socio-sanitaire dont les caractéristiques et les processus de l'offre de services en cancer peuvent ressembler à ceux d'autres pays industrialisés. Les conditions dans lesquelles se déploie l'innovation s'apparentent à celles observées par d'autres chercheurs qui se sont intéressés au changement lié à l'innovation de 40 projets d'adaptation des services de santé au Québec (Desbiens & Dagenais, 2001). Toutefois, la présence d'un leadership individuel et collectif fort qui caractérise cette région a clairement modulé la création des relations d'alliances collaboratives par rapport au projet. Les travaux de D'Amour ont en effet démontré une association positive entre un leadership assumé par une instance centrale forte et la collaboration interprofessionnelle dans les milieux cliniques (D'Amour, Goulet, Pineault, Labadie, & Remondin, 2003). La transférabilité

des résultats de l'étude à un autre milieu devrait être réalisée dans la limite d'une bonne connaissance du style de leadership présent ou à consolider.

Une autre limite de l'étude concerne la perspective de l'analyse des pratiques qui a été utilisée pour établir les modes de traduction de la fonction d'IPO. L'angle d'approche a permis d'identifier des facteurs et des processus organisationnels qui permettent d'optimiser la traduction de l'innovation dans les pratiques. L'analyse portait donc sur la traduction et n'avait pas pour but de documenter finement la nature des pratiques de soins. Les résultats montrent que le mode de traduction permet d'identifier des variations de la réactivité des services de santé. Par contre, il est probable que dans un même mode de traduction, il y ait des variations des pratiques entre les individus et entre les organisations. Ces variations pourraient contribuer à expliquer le niveau de réactivité mais n'ont pas été prises en considération compte tenu des objectifs de la présente étude.


Les recommandations pour la pratique

Une des conclusions les plus importantes que l'on puisse tirer de cette étude est la reconnaissance d'une interdépendance entre le changement des pratiques professionnelles et le changement des pratiques organisationnelles pour maximiser la réponse aux besoins des patients atteints de cancer. Les conditions organisationnelles ont un effet déterminant sur la coordination des

soins et en conséquence, sur la capacité de la réponse aux besoins des patients. Les promoteurs de l'innovation gagnent à considérer le déploiement de la fonction d'IPO comme un réseau en construction. Ils doivent s'armer de patience et investir dans le développement d'un contexte pour soutenir les professionnels dont les pratiques sont directement touchées.

Les buts poursuivis par l'innovation seront d'autant plus réussis si d'une part, l'introduction d'une innovation n'est pas uniquement l'affaire des décideurs et des gestionnaires et que d'autre part, ceux-ci en assurent le pilotage bien au-delà du moment où elle est introduite dans les milieux. Les professionnels au niveau des opérations doivent être impliqués dans tout le processus depuis le premier stade où l'on cherche à définir plus clairement le problème et sa solution. C'est à ce moment qu'il est possible d'identifier les différentes significations données à l'innovation et qu'il est possible de définir un enjeu susceptible de fixer les divers intérêts.


Étant donné les variations de la configuration des conditions organisationnelles d'un milieu à l'autre et à travers le temps, le pilotage de l'innovation doit être assuré par des leaders dont la légitimité est reconnue. La présence d'un leadership fort est une condition cruciale pour la création d'alliances fondées sur la collaboration. Il s'agit de développer un leadership de réseau où les responsables de gouverne, les gestionnaires et les cliniciens



collaborent à un projet commun. La gouvernance clinique permet le développement d'espaces partagés entre les différents paliers du système de soins alors que le développement de la collaboration interprofessionnelle vise les cliniciens au niveau des opérations (Nicola, 2006).

Il est important de développer des stratégies qui permettent aux professionnels des équipes interdisciplinaires de développer des espaces d'action partagés de manière à articuler le travail de l'IPO et de l'ensemble des intervenants. Les résultats montrent que la conjugaison de différentes stratégies permettent les discussions et les échanges de connaissances telles que des ateliers sur le travail en interdisciplinarité, le soutien clinique par des leaders cliniques reconnus comme des experts par les professionnels (Oxman, Thomson, Davis, & Haynes, 1995). Les mécanismes de coordination pour soutenir la collaboration inter professionnelle et organisationnelle (réunions cliniques interdisciplinaires, réunions administratives, protocoles, outils de continuité de soins) peuvent susciter la création de relations d'alliances collaboratives dans un réseau de services en cancer (Oandasan et al, 2006).

Une des stratégies d'intéressement peu soulevée dans les écrits est l'effet médiateur des patients dans le déploiement du rôle de l'IPO. Les résultats de cette étude montrent que les professionnels et les gestionnaires sont particulièrement motivés lorsque les patients rapportent les effets positifs des



interventions de l'IPO. Trop souvent, ces témoignages sont anecdotiques et peu publicisés. L'introduction de nouvelles innovations devrait intégrer systématiquement la perspective des patients qui peuvent témoigner « de facto » de la plus value d'une innovation et prévoir des mécanismes de diffusion de ces témoignages.

La dernière recommandation de cette étude pour les praticiens porte sur l'évaluation de l'efficacité de l'innovation. L'évaluation aurait pour finalité de soutenir les processus de transformation des systèmes de santé en cours et de faciliter les logiques de changement (Contandriopoulos, Champagne, Denis, & Avargues, 2000; Potvin & Golberg, 2006). L'évaluation serait elle-même porteuse de changement en permettant la négociation et l'interaction dans un système dans lequel interagissent de nombreux acteurs. Ce mécanisme est d'autant plus important étant donné la réciprocité des influences entre la fonction d'IPO et les conditions de sa mise en œuvre. Dans un tel contexte, l'instrument de mesure de la réactivité des services de santé est un indicateur utile pour le pilotage de la capacité des systèmes de santé à répondre aux besoins des personnes atteintes de cancer surtout dans un contexte de transformation importante de l'offre de soins (Bramesfeld, Wedegartner, Elgeti, & Bisson, 2007; Lamarche et al., 2003; Pineault et al., 2005).

Les recommandations pour la recherche

Le chemin parcouru dans la présente étude permet de formuler des recommandations pour la réalisation de recherches futures sur le déploiement des innovations dans les milieux cliniques et plus spécifiquement sur la fonction d'IPO.

Les résultats de cette étude ont permis d'identifier deux modes de traduction de l'innovation qui se différencient à partir de cinq dimensions conceptuelles, soit : la signification donnée à l'innovation, la présence de leaders, l'engagement des acteurs à tous les niveaux du système, la collaboration dans les équipes interdisciplinaires et la marge de manœuvre quant aux ressources. D'autres études sont nécessaires pour déterminer les composantes de ces dimensions et développer des instruments de mesure permettant de les évaluer systématiquement.

Le modèle de coordination où la fonction d'IPO est intégrée à l'organisation hospitalière des cliniques d'oncologie montre une efficacité pour améliorer la capacité des services à répondre aux besoins des patients. D'autres modèles de navigation suggèrent un modèle où l'infirmière est intégrée à la structure des services de première ligne (Corporate Research Associates, 2004; Sussman, Howell, O'Brien, & Whelan, 2004). Il est reconnu que différents modèles de coordination professionnels ont un effet différent sur la

performance des services de santé (Lamarche et al., 2003). Compte tenu des ressources investies dans le développement de cette fonction, il serait important de comparer l'efficacité de différents modèles de navigation et d'envisager leur complémentarité afin de maximiser les résultats pour les patients.

Cette étude montre que la réactivité des services en cancer est un indicateur de performance des services permettant de détecter des différences selon le mode de traduction de l'innovation. Il pourrait être utilisé comme mesure pour comparer les résultats d'autres innovations dans l'organisation des services en cancer comme par exemple l'efficacité des équipes interdisciplinaires. Cette utilisation suggère de continuer l'étude du concept de réactivité, de ses antécédents et ses conséquences sur le système de santé et la santé des personnes (individus et populations). Il serait nécessaire d'identifier les variables expliquant un plus grand pourcentage de la variance de la réactivité.

Une dernière recommandation concerne la recherche sur la diffusion des innovations dans les services de santé. Traditionnellement, les chercheurs se sont intéressés aux innovations en se concentrant sur leur rythme de diffusion (Anderson, De Dreu, & Nijstad, 2004; Rogers, 2003). Il existe un corps de connaissances important sur les facteurs et les processus qui favorisent ou entravent la diffusion des innovations (Fleuren, Wieffermink, & Paulussen,

2004; Trisha Greenhalgh, Robert, Bate, Mcfarlane, & Kiriakidou, 2005; Länsisalmi, Kivimäki, Aalto, & Ruoranen, 2006).

Or, les résultats de cette étude confirment l'idée que l'adoption des innovations ne garantit pas un changement effectif et durable des pratiques cliniques (Denis, Hébert, Langley, Lozeau, & Trottier, 2002) surtout si l'innovation exige un nouveau partage des tâches entre les professionnels (Ferlie, Fitzgerald, Wood, & Hawkins, 2005). D'autres études sont nécessaires pour identifier les stratégies d'intéressement des professionnels au renouvellement de l'offre de soins. Si cette priorité est le signe d'un besoin non comblé à l'égard du passage des innovations dans les pratiques professionnelles, elle témoigne aussi de la complexité d'étudier de tels phénomènes. Tel que le suggère cette étude, l'analyse de la cohabitation des pratiques professionnelles et organisationnelles est une avenue de recherche qui permettrait de mieux comprendre l'évolution des professions et leur potentiel d'innovation.

Conclusion

Le but de cette étude était de mieux comprendre comment les innovations organisationnelles se traduisent dans les milieux cliniques. A partir de l'introduction de la fonction d'infirmière pivot en oncologie abordée comme une telle innovation, cette étude a analysé de façon systématique le déploiement et les effets de cette nouvelle fonction. Plus spécifiquement, le processus de recherche a permis de définir des conditions organisationnelles et systémiques propices permettant à ce nouveau rôle de se traduire concrètement dans les pratiques et d'analyser la valeur ajoutée de cette innovation professionnelle et organisationnelle sur la réactivité des services en cancer.

Les résultats montrent la contribution significative de la fonction d'IPO à la capacité des services en cancer de répondre aux besoins des personnes atteintes de cette maladie. Les résultats révèlent cinq dimensions permettant d'expliquer les variations de la traduction de la fonction d'IPO dans les pratiques : la signification donnée au projet, la présence d'un leadership reconnu légitime, l'engagement des acteurs à tous les niveaux de l'organisation, la collaboration interprofessionnelle de l'équipe d'oncologie et la marge de manœuvre permettant l'engagement organisationnel. La configuration de ces dimensions s'illustre par deux modes de traduction. La « Traduction optimale », fondée sur la collaboration, favorise l'intégration de nouvelles pratiques de coordination par les équipes de soins alors que la « Traduction mitigée », caractérisée par des relations d'alliances fondées sur l'indépendance est moins propice au changement.

Les constats encouragent les promoteurs à voir l'innovation comme un réseau qui se construit au fur et à mesure que des acteurs hétérogènes s'intéressent et se mobilisent autour d'un projet commun. Il s'agit d'une action collective qui exige l'implication de leaders légitimes, qui prend du temps et des ressources diversifiées pour lier solidement le réseau d'acteurs qui supporte l'innovation. L'échec ou la réussite d'une innovation ne s'explique donc pas seulement à partir de ses caractéristiques intrinsèques mais plutôt en fonction du degré de cohésion qu'elle suscite dans un réseau d'acteurs hétérogènes qui s'intéressent à une idée et vont collaborer à son actualisation.

La traduction de la fonction d'IPO s'actualise différemment selon les conditions locales des différents milieux. La fonction d'IPO est maximisée lorsque les conditions organisationnelles sont propices à l'intégration des composantes du rôle liées aux pratiques de soins infirmiers en matière d'évaluation de l'état de santé, d'enseignement et de promotion de la santé et de soutien ainsi qu'aux composantes en lien avec la coordination des services et l'aide à la navigation. Il semble que tout morcellement des rôles liés à la fonction d'IPO serait réducteur en terme d'effets sur la réponse aux besoins des patients. Le leadership des IPO devrait être soutenu dans ce sens.

La fonction d'IPO se situe à l'interface entre la clinique et l'organisation des services. L'investigation du déploiement de cette fonction met à jour de manière explicite les processus par lesquels les soins infirmiers participent et contribuent à la capacité des services de santé de répondre aux besoins des personnes (individus et populations). Il importe que les promoteurs de ces innovations mettent en place les conditions aux déploiements de tels rôles afin de maximiser la contribution des infirmières à la structuration de l'offre de services en cancer. Leur contribution doit être vue à la fois comme une émancipation de la profession infirmière et à la fois comme une stratégie qui dépasse le strict projet professionnel.

Sur le plan conceptuel, le chemin parcouru dans cette étude montre que la conceptualisation de l'innovation et du contexte de mise en œuvre comme des réseaux mutuellement constitutifs permet une meilleure compréhension de l'indissociabilité entre l'organisation des services de santé, leur prestation et les résultats pour les patients. Une organisation appropriée apparaît aussi importante que l'intervention professionnelle elle-même. Le recours à la TAR a permis l'émergence de ce constat. La plateforme d'action créée par l'innovation clinique et organisationnelle est un lieu privilégié d'expression du leadership infirmier autant que de renouveau des pratiques autour de l'offre de services en cancer.

Selon les statistiques actuelles, d'ici 2015, 50% de la population sera atteinte d'un cancer. Les systèmes de santé seront soumis à une pression

énorme et il est clair que les modes de prestation actuels ne pourront répondre aux besoins des personnes touchées dans toute leur globalité par la maladie. Le système de santé et les patients bénéficient directement de la valeur ajoutée d'innovation telle que l'IPO. Il est important que d'autres études contribuent à la définition de la fonction d'IPO, à l'investigation des conditions qui maximisent un potentiel et finalement, à déterminer les indicateurs de résultats sur l'état de santé et sur la performance des systèmes pertinents à l'évaluation de ces fonctions. La recherche en administration des services infirmiers doit participer explicitement à des expérimentations touchant les pratiques localisées à l'interface de la clinique et de l'organisation.

Références

- Aalto, A.-M. (2000). Measuring the responsiveness of the health care system in the World health report 2000. In Häkkinen, U.; Ollila, E. What does it tell us about health systems? - An analyses by Finnish experts. Retrieved July, 20, 2006, from <http://www.stakes.fi/EN/Julkaisut/Julkaisu.htm?ProductId=7616>
- Abbott, A. (1988). *The system of professions: An essay on the division of expert labor*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Abernathy, W. J., & Utterback, J. M. (1978). Patterns of industrial innovation. *Technology Review*, 89(7), 41-47.
- Abrahamson, E. (1991). Managerial fads and fashions: The diffusion and rejection of innovations. *Academy of Management Review*, 16(3), 586-634.
- Abrahamson, E., & Fairchild, G. (1999). Management fashion : lifecycles, triggers, and collective learning processes. *Administrative science quarterly*, 44, 708-740.
- Adams, S., & Berg, M. (2004). The nature of the Net: constructing reliability of health information on the Web. *Journal: Information Technology & People*, 17(2), 150-170.
- Addicott, R., McGivern, G., & Ferlie, E. (2006). Networks, organizational learning and knowledge management: NHS cancer networks. *Public money & management*, 26(2), 87-94.
- Aiken, M., & Hage, J. (1971). The organic organization and innovation. *Sociology*, 5, 63-82.
- Akrich, M., Callon, M., & Latour, B. (2002a). The key to success in innovation part I. The art of interessement. *International Journal of Innovation Management*, 6(2), 187-206.
- Akrich, M., Callon, M., & Latour, B. (2002b). The key to success in innovation part II. The art of choosing good spokespersons. *International Journal of Innovation Management*, 6(2), 207-225.

- Alange, S., Jacobsson, S., & Jarnehammar, A. (1998). Some aspects of an analytical framework for studying organizational innovations. *Technology Analysis and Strategic Management*, 10, 3-21.
- Alper, S., & Tjosvold, D. (1998). Interdependence and controversy in group decision making: Antecedents to effective self managing teams. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 74(1), 33-52.
- Alter, C., & Hage, J. (1993). *Organizations working together*. Newbury Park: Sage Publications.
- Alter, N. (2000). *L'innovation ordinaire*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Amblard, H., Bernoux, P., Herreros, G., & Livian, Y.-F. (2005). *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*. Paris: Éditions du Seuil.
- Anderson, N., De Dreu, C., & Nijstad, B. A. (2004). The routinization of innovation research: A constructively critical review of the state-of-the-science. *Journal of Organizational Behavior*, 24(2), 147-173.
- Argyris, C. (1987). Review Essay : First-and second-order errors in managing strategic change : The role of organizational defensive routines. In A. Pettigrew (Ed.), *The management of strategic change*. Oxford: Basil Blackwell.
- Arndt, M., & Bigelow, B. (2000). Presenting structural innovation in an institutional environment: Hospitals use of impression management. *Administrative Science Quarterly*, 45(3), 494-522.
- Ashbury, F. D., Findlay, H., Reynolds, B., & McKerracher, K. (1998). A Canadian survey of cancer patients' experiences: Are their needs being met? *Journal of Pain Symptom Management*, 16(5), 298-306.
- Atkinson, C. J. (2002). The multidimensional systemic representation of actors networks: Modeling breast cancer treatment decision making. *Proceedings of the 35th Hawaii International Conference on System Sciences*.

- Bacharach, S. B., Bamberger, P., & Conley, S. (1990). Work processes, roles conflict and role overload. The case of nurses and engineers in the public sector. *Work and occupations*, 17(2), 199-228.
- Bakker, D., Fitch, M. I., Green, E., Butler, L., & Olson, K. (2006). Oncology nursing: Finding the balance in a changing health care system. *Canadian oncology nursing journal*, 16(2), 79-98.
- Balducci, L. (2003). New paradigms for treating elderly patients with cancer: the comprehensive geriatric assessment and guidelines for supportive care. *The Journal of supportive oncology*, 1(4 Suppl 2), 30-37.
- Balducci, L. (2006). Management of cancer in the elderly. *Oncology*, 20(2), 135-143.
- Barley, S. R. (1996). Technicians in the workplace: Ethnographic evidence for bringing work into organizational studies. *Administrative Science Quarterly*, 41(3), 404-441.
- Barley, S. R., & Tolbert, P. S. (1997). Institutionalization and Structuration: Studying the Links between Action and Institution. *Organization Studies*, 18(1), 93-117.
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186-3191.
- Bell, B. S., & Kozlowski, S. W. J. (2002). A typology of virtual teams: Implications for effective leadership. *Group and Organization Management*, 27(1), 14-49.
- Berwick, D. M. (2003). Disseminating innovations in health care. *JAMA*, 289(15), 1969-1975.
- Bisset, S., & Potvin, L. (2007). Expanding our conceptualization of program implementation: lessons from the genealogy of a school-based nutrition program. *Health Education Research*, 22(5), 737-746.

- Bolland, J., & Wilson, J. (1994). Three faces of coordination: A model of interorganizational relations in community-based health and human services. *Health Services Research, 29*(3), 341-366.
- Bouchard, C., & (GTIS). (1999). *Recherche en sciences humaines et sociales et innovations sociales. Contribution à une politique de l'immatériel.*
- Bramesfeld, A., Klippel, U., Seidel, G., Schwartz, F. W., & Dierks, M. L. (2007). How do patients expect the mental health service system to act? Testing the WHO responsiveness concept for its appropriateness in mental health care. *Social science & medicine.*
- Bramesfeld, A., Wedegartner, F., Elgeti, H., & Bisson, S. (2007). How does mental health care perform in respect to service users' expectations? Evaluating inpatient and outpatient care in Germany with the WHO responsiveness concept. *BMC Health Services Research, 7*(1), 99.
- Brazil, K., Whelan, T., O'Brien, M., Sussman, J., Pyette, N., Bainbridge, D., et al. (2003). Coordinating supportive cancer care in the community - Final report. Retrieved May, 4, 2004, from http://www-fhs.mcmaster.ca/slru/sccru/FINAL_COORD_SCC_REPORT_MARCH_20031.pdf.
- Brédart, A., Coens, C., Aaronson, N., Chie, W. C., Efficace, F., Conroy, T., et al. (2007). Determinants of patient satisfaction in oncology settings from European and Asian countries: preliminary results based on the EORTC IN-PATSAT32 questionnaire. *European journal of cancer, 43*(2), 323-330.
- Brédart, A., Razavi, D., Robertson, C., Brignone, S., Fonzo, D., Petit, J. Y., et al. (2002). Timing of patient satisfaction assessment: effect on questionnaire acceptability, completeness of data, reliability and variability of scores. *Patient education and counseling, 46*(2), 131-136.
- Brink, P. J., & Wood, M. J. (1998). *Advanced design in nursing research* (2 ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Brown, J. S., & Duguid, P. (1991). Organizational learning and communities-of-practice: Toward a unified view of working, learning and innovation

Organization Science, 2(1), 40-57.

Burns, N., & Grove, S. K. (2001). *The practice of nursing research. Conduct, critique & utilization* (4 ed.). Philadelphia: W.B. Saunders Company.

Burns, T., & Stalker, G. M. (1961). *The management of innovation*. London: Tavistock.

Callon, M. (1986a). Éléments pour une sociologie de la traduction : la domestication des coquilles St-Jacques et des marins pêcheurs dans la baie de St. Brieuc. *L'Année Sociologique*, 36(numéro spécial La sociologie des Sciences et des Techniques), 169-208.

Callon, M. (1986b). Some elements in a sociology of translation : Domestication of the scallops and fishermen of St Brieuc Bay. In J. Law (Ed.), *Action, Belief and Power* (pp. 196-233). London: Routledge.

Callon, M. (1991). Techno-economic networks and irreversibility. In J. Law (Ed.), *A Sociology of Monsters : Essays on Power, Technology, and Domination* (pp. 132-164). London: Routledge.

Callon, M., Lacousme, P., & Barthe, Y. (2001). *Agir dans un monde incertain*. Paris: Édition du Seuil.

Canadian Strategy for Cancer Control. (2002). Canadian Strategy for Cancer Control : Supportive Care/Cancer rehabilitation. Retrieved October 7, 2007, from <http://209.217.127.72/csccl/pdf/finalsupportiveJan2002.pdf>.

Canadian Strategy for Cancer Control. (2005). Why the need for a shift in focus in our cancer care system? *Canadian Strategy for Cancer Control Bulletin*, 1(Special Issue), 1-4.

Canadian Strategy for Cancer Control. (2006). The canadian strategy for cancer control: A cancer plan for Canada. Discussion paper. Retrieved July 5, 2006, from http://www.cancer.ca/vgn/images/portal/cit_86751114/10/2/1404842209cw_CSCC_Discussion_Paper_July_2006_v2.pdf

- Cancer Advocacy Coalition of Canada. (2004). Cancer Advocacy Coalition of Canada. Report Card. Retrieved September 4, 2007, from <http://www.canceradvocacy.ca/reportcard/2004/cancer-advocacy-coalition-report-card-2004.pdf>
- Cancer Care Nova Scotia. (2006). The role of patient navigator. Retrieved July, 20, 2006, from <http://www.cancercare.ns.ca/media//documents/RoleOfPatientNavigatorFactSheet.pdf>
- Cancer Care Ontario. (2005). Plan pour la lutte contre le cancer en Ontario 2005-2008. Résumé. Retrieved July, 20, 2006, from <http://www.cancercare.on.ca/documents/OntarioCancerPlanResume.pdf>
- Castel, P., & Friedberg, E. (2004). Institutional change as an interactive process : the modernization of the French cancer centers. Retrieved December 6, 2006, from http://web.mit.edu/~sdavies/MacData/afs.course.lockers/other/econsocseminar/www/Mod_Cancer_Centers.pdf
- Catell, R. B. (1966). The scree test for the number of factors *Multivariate Behavioral Research*, 1, 245-276.
- Catt, S., Fallowfield, L., Jenkins, V., Langridge, C., & Cox, A. (2005). The informational roles and psychological health of members of 10 oncology multidisciplinary teams in UK. *British Journal of Cancer*, 93, 1092-1097.
- Cazale, L., Tremblay, D., Roberge, D., Touati, N., Denis, J.-L., & Pineault, R. (2006). Development and application of a clinical vignette to assess the quality of cancer care. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 54(5), 407-420.
- Champagne, F. (2002). La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé. Retrieved May, 8, 2005, from http://www.hc-sc.gc.ca/francais/pdf/romanow/39_Champagne_F.pdf

- Clarke, S. A., Booth, L., Velikova, G., & Hewison, J. (2006). Social support: gender differences in cancer patients in the United Kingdom. *Cancer nursing, 29*(1), 66-72.
- Clifford, S., Barber, N., Elliott, R., Hartley, E., & Horne, R. (2006). Patient-centred advice is effective in improving adherence to medicines. *Pharm World Sci, 28*(3), 165-170.
- Cloutier, J. (2003). *Qu'est-ce que l'innovation sociale? Collection Working Papers*. Montréal: Cahiers du CRISES. Université du Québec à Montréal.
- Cockerill, R., Jaglal, S., Lemieux-Charles, L., Chambers, L., Brazil, K., & Cohen, C. (2006). Components of Coordinated Instruments to Assess Care Givers' and Care Recipients' Experiences with Networks of Dementia Care. *Dementia: International Journal of Social Research and Practice, 5*(1), 51-65.
- Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. (1988). *Rapport de la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*. Québec: Publications du Québec.
- Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux [ou Commission Clair]. (2000). *Les solutions émergentes. Rapport et recommandations*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. (2002). Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada. Retrieved June, 10, 2005, from <http://www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/romanow/hcc0086.html>
- Comtois, E., & al, e. (2003). *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 Lemoyne.
- Contandriopoulos, A.-P. (1999). La régulation d'un système de soins sans murs. In *La santé demain : vers un système de soins sans murs*. Paris: Economica.

- Contandriopoulos, A.-P. (2003). Inertie et changement. *Rupture, revue transdisciplinaire en santé*, 9(2), 4-31.
- Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Denis, J.-L., & Avargues, M. C. (2000). L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 48, 517-539.
- Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., Rodriguez, C., & Touati, N. (2003). The integration of health care: Dimensions and implementation. *Working Paper* Retrieved June 14, 2004, from <http://www.gris.umontreal.ca/rapportpdf/N04-01.pdf>
- Cook, T. D., & Campbell, D. T. (1979). *Quasi-experimentation: Design and analysis issues for field settings*. Chicago.
- Corporate Research Associates. (2004). Cancer patient navigation. Evaluation findings Retrieved July,10, 2006, from <http://www.cancercare.ns.ca/media/documents/PatientNavigationEvaluationFindings.pdf>
- CSCC. (2006). The canadian strategy for cancer control: A cancer plan for Canada. Discussion paper. Retrieved July, 2006, from http://www.cancer.ca/vgn/images/portal/cit_86751114/10/2/140484220_9cw_CSCC_Discussion_Paper_July_2006_v2.pdf
- D'Amour, D. (1997). *Stucturation de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec*. Unpublished Thèse de doctorat, Université de Montréal, Montréal.
- D'Amour, D. (2002). La collaboration professionnelle : un choix obligé. In O. Goulet & C. Dallaire (Eds.), *Les soins infirmiers. Vers de nouvelles perspectives*. Boucherville: Gaétan Morin Éditeur.
- D'Amour, D., Beaulieu, M. D., San Martin Rodriguez, L., & Ferrada-Videla, M. (2004). Key Elements of Collaborative Practice & Frameworks: Conceptual Basis for Interdisciplinary Practice. In I. e. a. Oandasan (Ed.), *Interdisciplinary Education For Collaborative, Patient-Centred Practice. Research and Findings Report* (pp. 64-98). Ottawa: Santé Canada.

- D'Amour, D., Goulet, L., Pineault, R., Labadie, J. F., & Remondin, M. (2003). Étude comparée de la collaboration interorganisationnelle et de ses effets : le cas des services en périnatalité. Retrieved June,5, 2004, from http://www.ferasi.umontreal.ca/fra/07_info/rapport%20DD%20R03-07.pdf
- D'Amour, D., Morin, D., Dubois, C.-A., Lavoie-Tremblay, M., Dallaire, C., & Cyr, G. (2007). Évaluation d'un programme d'intéressement au titre d'infirmière praticienne spécialisée Retrieved November, 10, 2007, from http://www.ferasi.umontreal.ca/fra/07_info/Rapport%20MSSS%20%20IPS.pdf
- D'Amour, D., Tremblay, D., & Bernier, L. (2006). Les pratiques professionnelles de réseaux: l'intégration au delà des structures. In *Le système sociosanitaire au Québec. Gouverne, régulation et participation* (pp. 273-287). Boucherville: Gaétan Morin
- Daft, R. L. (1982). Bureaucratic versus Nonbureaucratic Structure and the Process of Innovation and Change. In S. B. Bacharach (Ed.), *Research in the Sociology of Organizations* (pp. 129-166). Greenwich: JAI Press Inc.
- Dagenais, C., & Desbiens, F. (2005). L'expérience du Fonds d'adaptation des services de santé (FASS) au Québec : une occasion d'apprentissage sur les processus d'introduction de l'innovation et de gestion du changement *La Revue de l'innovation: La Revue de l'innovation dans le secteur public*, 10(3), 1-17.
- Damanpour, F. (1991). Organizational innovation: A meta-analysis of effects of determinants and moderators. *Academy of Management Journal*, 34(3), 555-590.
- Damanpour, F., & Schneider, M. (2006). Phases of the Adoption of Innovation in Organizations: Effects of Environment, Organization and Top Managers. *British Journal of Management*, 17(3), 215-236.
- Damanpour, F., & Wischnevsky, J. (2006). Research on innovation in organizations: Distinguishing innovation-generating from innovation-

adopting organizations. *Journal of Engineering and Technology Management*, 23(4), 269-291.

Darby, C., Valentine, N. B., Murray, C. J. L., & de Silva, A. (2001). World Health organization (WHO): Strategy on measuring responsiveness. GPE Discussion Paper Series No 23. Retrieved July 20, 2006, from <http://www.who.int/healthinfo/paper23.pdf>

Dargentas, M., & Le Roux, D. (2005). Potentials and Limits of Secondary Analysis in a Specific Applied Context: The Case of EDF—Verbatim. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research [On-line Journal]*, 6(1), Available at: <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/1-05/05-1-40-e.htm> 6(1).

Davison, B. J., Gleave, M. E., Goldenberg, S. L., Degner, L. F., Hoffart, D., & Berkowitz, J. (2002a). Assessing Information and Decision Preferences of Men With Prostate Cancer and Their Partners. *Cancer Nursing*, 25(1), 42-49.

Davison, B. J., Gleave, M. E., Goldenberg, S. L., Degner, L. F., Hoffart, D., & Berkowitz, J. (2002b). Assessing information and decision preferences of men with prostate cancer and their partners. *Cancer Nursing*, 25(1), 42-49.

De Sanctis, G., & Monge, P. (1998). Communications processes for virtual organizations. *Organization Science*, 10(3), 693-703.

de Serres, M., & Beauchesne, M. (2000). *L'intervenant pivot en oncologie. Un rôle d'évaluation, d'information et de soutien pour le mieux-être des personnes atteintes de cancer*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux. Conseil québécois de lutte contre le cancer. .

de Silva, A. (2000). A framework for measuring responsiveness. GPE Discussion Paper Seires No. 32. Retrieved July, 20, 2006, from http://www3.who.int/whosis/discussion_papers/pdf/paper32.pdf

de Silva, A., & Valentine, N. B. (2000). Measuring responsiveness : results of a key informants survey in 35 countries. GPE Discussion Paper Series No

21. Retrieved July, 20, 2006, from
<http://www.who.int/responsiveness/summaryreports/paper21.pdf>

De Weerd-Nederhof, P. C. (2001). Qualitative case study research. The case of a PhD research project on organising and managing new product development systems *Management Decision*, 39(7), 513-538.

Degner, L., Kristjanson, L., Bowman, D., Sloan, J., Carriere, K. C., O'Neil, J., et al. (1997). Information needs and decisional preferences in women with breast cancer. *JAMA*, 277(18), 1485-1492.

Demers, C., & Charbonneau, M. (2001). *La stratégie discursive d'Hydro-Québec dans la controverse écologique de Grande-Baleine*. Paper presented at the Actes électroniques de la 10ième conférence de l'Association internationale de management stratégique, Québec.

Denis, J.-L. (2002). Gouvernance et gestion du changement dans le système de santé au Canada. Retrieved December, 10, 2002, from http://www.hc-sc.gc.ca/francais/pdf/romanow/36_Denis_F.pdf

Denis, J.-L., Hébert, Y., Langley, A., Lozeau, D., & Trottier, L. H. (2002). Explaining diffusion patterns for complex health care innovations. *Health Care Management Review*, 27(3), 60-73.

Denis, J.-L., Lamothe, L., & Langley, A. (2001). The dynamics of collective leadership and strategic change in pluralistic organizations. *Academy of Management Journal*, 44(4), 809-837.

Denis, J.-L., Lamothe, L., Langley, A., & Valette, A. (1999). The struggle to redefine boundaries in health care systems. In D. Brock, M. Powell & C. R. Hinnings (Eds.), *Restructuring the professional organization. Accounting, health care and law* (pp. 105-130). New York: Routledge.

Denis, J.-L., Langley, A., & Cazale, L. (1995). Peut-on transformer les anarchies organisées? *Rupture, revue transdisciplinaire en santé*, 2(2), 165-189.

- Denis, J.-L., Langley, A., & Rouleau, L. (2007). Strategizing in pluralistic contexts: Rethinking theoretical frames. *Human Relations*, 60(1), 179-215.
- Dent, M. (2003). Managing doctors and saving a hospital: Irony, rhetoric and actor networks *Organization* 10(1), 107-127.
- Denzin, N., & Lincoln, Y. S. (1998). Emerging the field of qualitative research. In N. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Strategies of qualitative inquiry* (pp. 1-34). London: Sage Publications.
- Desbiens, F., & Dagenais, C. (2001). De l'innovation au changement : les leçons tirées des projets québécois du Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS). Retrieved May, 16, 2006, from <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2001/01-713.pdf>
- DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*, 48(147-160).
- DOH. (2004). The NHS cancer plan and the new NHS: Providing a patient-centred service. Retrieved March, 22, 2005, from http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4092531
- Dohan, D., & Schrag, D. (2005). Using navigators to improve care of underserved patients : Current practices and approaches. *Cancer*, 104(4), 848-855.
- Doll, R., Barroetavena, M. C., Ellwood, A.-L., Fillion, L., Habra, M. E., Linden, W., et al. (2007). The cancer care navigator. Toward a conceptual framework for a new role in oncology. *Continuing care*, 6(4), 28-35.
- Doll, R., Stephen, J., Barroetavena, M. C., Linden, W., Poole, G., & Fyles, G. (2005). Patient navigation in cancer care. Final report. Retrieved May, 22, 2006, from <http://www.bccancer.bc.ca/NR/rdonlyres/F888FDE0-799D-4C98-9A1B-189E91E422D9/15722/WebSummaryNavigation.pdf>

- Dopson, S., Fitzgerald, L., Ferlie, E., Gabbay, J., & Locock, L. (2002). No magic targets! Changing clinical practice to become more evidence based. *Health Care Management Review*, 27(3), 35-47.
- Doucet, H. (2002). *L'éthique de la recherche. Guide pour le chercheur en sciences de la santé*. Montréal: Les presses de l'Université de Montréal.
- Doumit, G., Gattellari, M., Grimshaw, J., & O'Brien, M. A. (2007). Local opinion leaders : Effects on professional practice and health care outcomes. *The Cochrane database of systematic reviews*(1).
- Downs, J., G.W., & Mohr, L. B. (1976). Conceptual issues in the study of innovation. *Administrative Science Quarterly*, 21(4), 700-714.
- Eisenhardt, K. M. (1989a). Building theories from case study research. *Academy of Management Review*, 14(4), 532-550.
- Eisenhardt, K. M. (1989b). Making fast strategic decisions in high-velocity environments. *Academy of Management Journal*, 32(3), 543-576.
- Evashwick, C. (1989). Creating the continuum of care. *Health Matrix*, 7(1), 30-39.
- Farber, J. M., Deschamps, M., & Cameron, R. (2002). *Investigation and Assessment of the navigator role in meeting the information, decisional and educational needs of women with breast cancer in Canada*. Ottawa: Health Canada.
- FERASI, C. (2005). Bâtir sur le passé pour mieux se projeter dans l'avenir. Retrieved 30 novembre, 2007, from http://www.ferasi.umontreal.ca/fra/07_info/Rapport%20complet%20FERASI%202001-2005%20et%202005-2011.pdf
- Ferlie, E. (2001). Organization studies. In N. Fulop, P. Allen, A. Clark & N. Black (Eds.), *Studying the organization and the delivery of the health services: research methods*. London: Routledge.

- Ferlie, E., Fitzgerald, L., Wood, M., & Hawkins, C. (2005). The nonspread of innovations: The mediating role of professionals. *Academy of Management Journal*, 48(1), 117-134.
- Ferlie, E., & Pettigrew, A. (1996). Managing through networks: some issues and implications for the NHS. *British journal of management*, 7(Special issue), 81-99.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS* (2 ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Fillion, L. (2005, February, 23). *Implementation of an "infirmière pivot en oncologie" (IPO)" for head and neck cancer in Quebec City area (region 03)* Paper presented at the Navigation and self-management innovative approaches to managing chronic conditions, Vancouver.
- Fillion, L., de Serres, M., Lapointe-Goupil, R., Bairati, I., Gagnon, P., Deschamps, M., et al. (2006). Implementing the role of patient-navigator nurse at a university hospital centre. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 16(1), 11-17.
- Fitch, M. (2000). Supportive Care for Cancer Patients Hospital Quarterly. *Hospital Quarterly*, 3(4), 39-46.
- Fitch, M., & Mings, D. (2003). Cancer nursing in Ontario: Defining nursing roles. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 13(1), 28-44.
- Fitzgerald, L., Ferlie, E., Wood, M., & Hawkins, C. (2002). Interlocking interactions, the diffusion of innovations in health care. *Human Relations*, 55(12), 1429-1449.
- Fleuren, M., Wieffernink, K., & Paulussen, T. (2004). Determinants of innovation within health care organizations. Literature review and Delphi study. *International Journal for Quality in Health Care*, 16(2), 107-123.
- Fosså, S. D., Hjerme stad, M. J., Mørk, I. H., & Hjortdahl, P. (1996). Does the service at a large oncologic out-patient clinic satisfy the patients'

perceived need? *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 9(4), 24-29.

Franks, P. J., Salisbury, C., Bosanquet, N., Wilkinson, E. K., Lorentzon, M., Kite, S., et al. (2000). The level of need for palliative care: a systematic review of the literature. *Palliative medicine*, 14(2), 93-104.

Fraser, A. (1995). *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.

Freeman, H.P., Muth, B. J., & Kerner, J. F. (1995). Expanding access to cancer screening and clinical follow-up among the medically underserved. *Cancer practice*, 3(1), 19-30.

Freeman, H. P. (2006). Patient navigation : A community centered approach to reducing cancer mortality. *Journal of Cancer Education*, 21(1 Suppl), 4.

Freidson, E. (1970a). *Profession of medicine*. New York: Harper and Row.

Freidson, E. (1970b). *Professional dominance : The social structure of medical care*. New York: Atherton Press.

Freidson, E. (1985). The reorganization of the medical profession. *Medical Care Review*, 42(1), 11-35.

Freidson, E. (2001). *Professionalism : The rise of the third logic*. Cambridge: Polity.

Friese, C. R. (2005). Nurse practice environments and outcomes: Implications for oncology nursing. *Oncology Nursing Forum*, 32(4), 765-771.

Gakidou, E., Murry, C. J. L., & Frenk, J. (2000). Measuring preferences on health system performance assessment. GPE Discussion Paper Series No 20. . Retrieved July 20, 2006, from <http://www.who.int/health-systems-performance/docs/articles/paper20.pdf>

- Gersiek, C. J. G. (1991). Revolutionary change theories : A multilevel exploration of the punctuated equilibrium paradigm. *Academy of Management Review*, 16(1), 10-36.
- Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001a). Managing the care of health and the cure of disease--Part I: Differentiation. *Health care management review*, 26(1), 56-69; discussion 87.
- Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001b). Managing the care of health and the cure of disease--Part II: Integration. *Health care management review*, 26(1), 70-84.
- Golden-Biddle, K., Hinings, C. R., Casebeer, A., Pablo, A., & Reay, T. (2006). Le changement organisationnel dans le domaine des services de santé, notamment en Alberta. Retrieved September, 27, 2007, from www.chsrf.ca/final_research/ogc/pdf/golden-biddle_f.pdf
- Greenhalgh, T., Robert, G., Bate, P., Macfarlane, F., & Kiriakidou, O. (2005). *Diffusion of innovations in health service organisations*. Massachusetts: Blackwell Publishing.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *The Milbank Quarterly*, 82(4), 581-629.
- Greenwood, R., Hinings, C., & Brown, J. (1990). Strategic management in professional partnerships. *Academy of Management Journal*, 36(5), 1052-1081.
- Grimshaw, J. M., Shirran, L., Thomas, R., Mowatt, G., Fraser, C., Bero, L., et al. (2001). Changing provider behavior: An overview of systematic reviews of interventions. *Medical Care*, 39(8 Suppl 2), 45.
- Grunfeld, E., Whelan, T. J., Zitzelsberger, L., Willan, A. R., Montesanto, B., & Evans, W. K. (2000). Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *CMAJ*, 163(2), 166-169.

- Guba, A. E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Forth generation evaluation*. Newbury Park: Sage Publications.
- Gulati, R. (1995). Does familiarity breed trust? The implications of repeated ties for contractual choice in alliances. *Academy of Management journal*, 38(1), 85-112.
- Gulliford, M., Figueroa-Munoz, J., Morgan, M., Hughes, D., Beech, R., & Hudson, M. (2002). What does 'access to health care' mean? *Journal of health services research & policy*, 7(3), 186-188.
- Gustafson, D. H., Sainfort, F., Eichler, M., Adams, L., Bisognano, M., & Steudel, H. (2003). Developing and testing a model to predict outcomes of organizational change. *Health Services Research*, 38(2), 751-776.
- Haccoun, R. (1987). Une nouvelle technique de vérification de l'équivalence de mesures psychologiques traduites. *Revue québécoise de psychologie*, 8(3), 30-39.
- Hack, T. F., & Degner, L. F. (2004). Coping responses following breast cancer diagnosis predict psychological adjustment three years later. *Psychooncology*, 13(4), 235-247.
- Hack, T. F., Degner, L. F., Watson, P., & Sinha, L. (2006). Do patients benefit from participating in medical decision making? Longitudinal follow-up of women with breast cancer. *Psychooncology*, 15(1), 9-19.
- Hage, J. (1999). Organizational innovation and organizational change. *Annual Reviews Sociology*, 25(1), 597-622.
- Ham, C. (2003). Improving the performance of health services: The role of clinical leadership. *The Lancet*, 361(9373), 1978-1980.
- Harrison, A., & Verhoef, M. (2002). Understanding coordination of care from the consumer's perspective in a regional health system. *Health Services Research*, 37(4), 1031-1054.

- Hatchuel, A. (2000). Prospective et gouvernance: quelle théorie de l'action collective? . In E. Heurgon & J. Landrieu (Eds.), *Prospective pour une gouvernance démocratique. Colloque de Cerisy* (pp. 29-42). La Tour d'Aigues: Éditions de l'Aube.
- Haward, R., Amir, Z., Borrill, C., Dawson, J., Scully, J., West, M., et al. (2003). Breast cancer teams : the impact of constitution, new cancer workload, and methods of operation on their effectiveness. *British Journal of Cancer*, 89(1), 15-22.
- Hayton, J. C., Allen, D. G., & Scarpello, V. (2004). Factor retention decisions in exploratory analysis : a tutorial on parallel analysis. *Organizational research methods*, 7(2), 191-205.
- Hede, K. (2006). Agencies look to patient navigators to reduce cancer care disparities. *Journal of the National Cancer Institute*, 98(3), 157-159.
- Herbert-Cheshire, L. (2003). Translating policy: Power and action in Australia's country towns. *Sociologia Ruralis*, 43(4), 454-473.
- Hernandez, S. R., & Kaluzny, A. D. (2000). Organizational Innovation and Change. In S.M. Shortell & A. D. Kaluzny (Eds.), *Health Care Management. Organization, Design and Behavior* (4 ed., pp. 294-315). Albany: Delmar Publisher Inc.
- Hill, S., & Smith, S. (2002). Connecting actor network theory and policy analysis. *New Zeland Sociology*, 17(2), 74-88.
- Hinds, P. S., Vogel, R. J., & Clarke-Steffen, L. (1997). The possibilities and pitfalls of doing a secondary analysis of a qualitative data set. *Qualitative Health Research*, 7(3), 408-424.
- Holm, J., & Kendall, G. (2002). September 11: Constructing political interests *New Zeland Sociology*, 17(1), 43-59.
- Hsu, C., Chen, L., Hu, Y. W., Yip, W., & Shu, C. (2006). The dimensions of responsiveness of a health system: a Taiwanese perspective. *BMC public health*, 6, 1-24.

- Huerta, T. R., Casebeer, A., & Vanderplaat, M. (2006). Using networks to enhance health services delivery: perspectives, paradoxes and propositions. *Healthcare Papers*, 7(2), 10-26.
- Hutchison, B., Abelson, J., & Lavis, J. (2001). Primary care in Canada: So much innovation, so little change. *Health Affairs*, 20(3), 116-131.
- Huxman, C., & Vangen, S. (2000). Leadership in the shaping and implementation of collaboration agendas: how things happen in a (not quite) joined-up world. *Academy of Management Journal*, 43(6), 1159-1175.
- Jansen, S. J. T., Otten, W., van de Velde, C. J. H., Nortier, J. W. R., & Stiggelbout, A. A. M. (2004). The impact of the perception of treatment choice on satisfaction with treatment, experienced chemotherapy burden and current quality of life. *The British journal of cancer*, 91(1), 56-61.
- Jarzabkowski, P., Balogun, J., & Seidl, D. (2007). Strategizing: The challenges of a practice perspective. *Human Relations*, 60(1), 5-27.
- Jones, M. L. (2005). Role development and effective practice in specialist and advanced practice roles in acute hospital settings: systematic review and meta-synthesis. *Journal of Advanced Nursing*, 49(2), 191-209.
- Kaluzny, A. D., & Warnecke, R. B. (2000). *Managing a health care alliance : Improving community cancer care* (2 ed.). Washington: Beard Books.
- Kanter, R. M. (2006). Innovation: the classic traps. *Harvard business review*, 84(11), 72-83, 154.
- Kautz, C. M., Gittel, J. H., Weinberg, D. B., Lusenhop, R. W., & Wright, J. (2007). Patient benefits from participating in an integrated delivery system: Impact on coordination of care. *Health care management review*, 32(3), 284-294.
- Kimberley, J. R., & Evanisko, M. J. (1981). Organizational Innovation: The Influence of Individual, Organisational and Contextual Factors on

Hospital Adoption of Technological and Administrative Innovations. *Academy of Management Journal*, 24(4), 689-713.

Klein, K. J., & Sorra, J. S. (1996). The challenge of innovation implementation. *Academy of Management Review*, 21(4), 1055-1080.

Knight, K. E. (1967). A descriptive model of the intra-firm innovation process. *The Journal of Business*, 478-496.

Knights, D., Murray, F., & Willmott, H. (1993). Networking as knowledge work: A study of strategic inter-organizational development in the financial services industry. *Journal of Management Studies*, 30(6), 975-985.

Koroukian, S. M., Murray, P., & Madigan, E. (2006). Comorbidity, disability, and geriatric syndromes in elderly cancer patients receiving home health care. *Journal of clinical oncology*, 24(15), 2304-2310.

Lamarche, P.-A., Beaulieu, M. D., Pineault, R., Contandriopoulos, A.-P., Denis, J. L., & Haggerty, J. (2003). *Sur la voie du changement : Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada*. Rapport de recherche synthèse: FCRSS. http://www.chsrf.ca/final_research/commissioned_research/policy_synthesis/pdf/choices_for_change_f.pdf.

Langley, A. (1999). Strategies for theorizing from process data. *Academy of Management Review*, 24(4), 691-701.

Langley, A., Denis, J.-L., & Lamothe, L. (2003). Process research in healthcare : Towards three-dimensional learning. *Policy and Politics*, 31(2), 195-206.

Länsisalmi, H., Kivimäki, M., Aalto, P., & Ruoranen, R. (2006). Innovation in healthcare: a systematic review of recent research. *Nursing Science Quarterly*, 19(1), 66-72; discussion 65.

Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité dans les méthodes qualitatives. In J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A.

Laperrière, R. Meyer & A. Pires (Eds.), *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 365-389). Boucherville: Gaetan Morin Éditeur.

Larousse. (2003). *Le petit Larousse illustré*. Paris: Larousse.

Lasker, R. D., & Weiss, E. S. (2003). Broadening participation in community problem solving: A multidisciplinary model to support collaborative practice and research. *Journal of Urban Health*, 80, 14-60.

Latimer, E. J., Crabb, M. R., Roberts, J. G., Ewen, M., & Roberts, J. (1998). The patient care travelling record in palliative care : Effectiveness and efficiency. *Journal of Pain and Symptom Management*, 16(1), 41-51.

Latour, B. (1988). *The Pasteurization of France*. Cambridge: Harvard University Press.

Latour, B. (1989). *La science en action*. Paris: La Découverte.

Latour, B. (1992). *Aramis ou l'amour des techniques*. Paris: La Découverte.

Latour, B. (1999). On recalling ANT. In J. Law & J. Hassard (Eds.), *Actor Network Theory and After* (pp. 15-25). Oxford: Blackwell Publishing/The Sociological Review.

Latour, B. (2005a). *La science en action. Introduction à la sociologie des sciences*. Paris: Édition La Découverte.

Latour, B. (2005b). *Reassembling the social. An introduction to Actor-network-theory*. New York: Oxford University Press.

Lauria, M. (1990). Continuity of cancer care. *Cancer*, 67(6), 1759-1766.

Law, J., & Hassard, J. (1999). *Actor-network theory and after*. Oxford: Blackwell Publishers.

- Lehoux, P. (1996). *La contribution de la théorie des réseaux d'actants à l'évaluation des technologies de la santé*. Unpublished Thèse de doctorat, Université de Montréal, Montréal.
- Lehoux, P., Sicotte, C., & Denis, J.-L. (1998). L'informatisation du dossier médical et ses (dé)tricateurs. *Sciences sociales et Santé*, 16(1), 81-121.
- Lewin, S. A., Skea, Z. C., Entwistle, V., Zwarenstein, M., & Dick, J. (2004). Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultation. *EBM Reviews - Cochrane Database of Systematic Reviews. Cochrane Consumers & Communication Group Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4.
- Lewis, L. K., & Seibold, D. R. (1993). Innovation modification during intraorganizational adoption. *Academy of Management Review*, 18(2), 322-354.
- Longest, B. B., & Klingensmith, J. M. (1994). Coordination and communication. In S. Shortell & A. D. Kaluzny (Eds.), *Health care management* (pp. 182-211). Albany: Delmar Publishers.
- Lozeau, D., Langley, A., & Denis, J.-L. (2002). The corruption of managerial techniques by organizations. *Human Relations*, 55(5), 537-564.
- Mähring, M., Holmström, J., Keil, M., & Montealegre, R. (2004). Trojan actor-networks and swift translation : Bringing actor-network theory to IT project escalation studies 17(2), 210-230.
- Marcus, A. M. (1988). Implementing externally induced innovations: a comparison of rule-bound and autonomous approaches. *Academy of Management Journal*, 31(2), 235-256.
- Massoubre, C., Lang, F., Jeager, B., Julien, M., & Pellet, J. (2002). La traduction des questionnaires et des tests : techniques et problèmes. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(1), 63-69.

- Mead, N., & Bower, P. (2002). Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Education and Counselling*, 48(1), 51-61.
- Meyer, G. (2004). Diffusion methodology: Time to innovate. *Journal of Health Communication*, 9, 59-69.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2 ed.). Paris: De Boeck Université.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1997). Programme québécois de lutte contre le cancer. Pour lutter efficacement contre le cancer, formons une équipe. Retrieved October, 10, 2002, from <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1997/97-729-5.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2003). La lutte contre le cancer dans les régions. Un premier bilan. Retrieved December, 10, 2003, from <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/fb143c75e0c27b69852566aa0064b01c/a32c2ea1f943a28485256e7b00504064?OpenDocument>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004a). Besoins des personnes atteintes de cancer et de leurs proches au Québec. Recommandation. Avis des représentants de la population atteinte de cancer et des proches au Québec. Retrieved March, 6, 2005, from http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/cancer/download.php?id=151002,102,2
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004b). Pour optimiser la contribution des infirmières à la lutte contre le cancer au Québec. Retrieved December, 12, 2004, from http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/cancer/download.php?f=ceedfc80a4cb5f5b25b8ac6a92bf9049
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2006). Rapport d'activité 2005-2006. Direction de la lutte contre le cancer. Retrieved March, 15, 2007, from

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-902-06.pdf>

- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2007). Direction de la lutte contre le cancer - Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer. Retrieved December 12, 2007, from <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-902-03.pdf>
- Mintzberg, H. (1980). Structure in 5's : A synthesis of the research on organization design. *Management Science*, 25(3), 322-341.
- Mohr, L. B. (1982). *Explaining organizational behavior*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Morgan, D. (1998). Practical strategies for combining qualitative and quantitative methods: Application to health research. *Qualitative Health Research*, 8(3), 362-376.
- Morse, J. M. (1991). Approaches to qualitative-quantitative methodological triangulation. *Nursing Research*, 40(2), 120-123.
- MSSS. (1998). *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.
- Mucchielli, A. (1994). *Les méthodes qualitatives* (2 ed.). Paris: PUF.
- Murray, S. A., Kendall, M., Boyd, K., & Sheikh, A. (2005). Illness trajectories and palliative care. *BMJ*, 330(7498), 1007-1011.
- Nakash, R., Hutton, J., Jorstad-Stein, E., Gates, S., & Lamb, S. (2006). Maximising response to postal questionnaires - A systematic review of randomised trials in health research. *BMC Medical Research Methodology*, 6(1), 5.

- National Cancer Institute. (2005). NCI's patient navigator research program : Fact sheet Retrieved October, 10, 2006, from <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/PatientNavigator>
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2005). *Referral for suspected cancer — NICE guideline. CG27*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- NICE. (2005). *Referral for suspected cancer — NICE guideline. CG27*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Nicola, N. M. (2006). Turning point : Implications for collaborative governance *Clinical Governance: An International Journal*, 114(335-345).
- Nohria, N., & Gulti, R. (1995). What is the optimum amount of organizational slack? A study of the relationship between slack and innovation in multinational firms. *Academy of Management Journal, Best Papers Proceeding 1995*, 32-37.
- Nord, W. R., & Tucker, S. (1987). *Implementing routine and radical innovations*. Lexington: Lexington Books.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3 ed.). New York: McGraw-Hill.
- Nutt, P. C. (1999). Surprising but true : Half the decision in organizations fail. *The Academy of Management executive*, 13(4), 75-90.
- Oandassan, I., Baker, G. R., Baker, K., Bosco, C., D'Amour, D., Jones, L., et al. (2006). *Le travail en équipe dans les services de santé: Promouvoir un travail d'équipe efficace dans les services de santé au Canada*. . Ottawa: Fondation canadienne de recherche sur les services de santé.
- Osborne, S. P. (1998). Naming the beast : Defining and classifying service innovations in social policy. *Human Relations*, 51(9), 1133-1154.

- Ouwens, M., Wollersheim, H., Hermens, R., Hulscher, M., & Grol, R. (2005). Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *International Journal for Quality in Health Care*, 17(2), 141-146.
- Oxman, A. D., Thomson, M. A., Davis, D. A., & Haynes, R. B. (1995). No magic bullets: A systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *CMAJ*, 153(10), 1423-1431.
- Patrick, D. L. (1995). Scientific Advisory Committee Medical Outcomes Trust Instrument Review Criteria. *Medical Outcomes Trust Bulletin*, 3(4), 1-4.
- Patton, M. Q. (2001). *Qualitative research & evaluation methods* (3 ed.). Newbury Park: Sage Publications.
- Pettigrew, A. (1997). What is processual analysis? *Scandinavian Journal of Management*, 13(4), 337-348.
- Pettigrew, A., Ferlie, E., & McKee, L. (1992). *Shaping strategic change : making change in large organizations : The case of the National Health Service*. London: Sage Publications.
- Pineault, R., Tousignant, P., Roberge, D., Lamarche, P. A., Reinharz, D., Larouche, D., et al. (2005). *Research collective on the organization of primary care services in Québec*. Montréal: Direction de la santé publique, Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal.
- Poole, M. S. (2004). Central issues in the Study of Change and Innovation. In M. S. Poole & A. H. Van de Ven (Eds.), *Handbook of Organizational Change and Innovation* (pp. 3-31). Oxford: Oxford University Press.
- Poole, M. S., & Van de Ven, A. H. (2004). Theories of Organizational Change and Innovation Processes. In M. S. Poole & A. H. V. d. Ven (Eds.), *Handbook of Organizational Change and Innovation*. Oxford: Oxford University Press.

- Poole, M. S., Van de Ven, A. H., Dooley, K., & Holmes, M. E. (2000). *Organizational Change and Innovation Processes. Theory and Methods for Research*. Oxford: Oxford University Press.
- Potvin, L., & Golberg, C. (2006). Deux rôles joués par l'évaluation dans la transformation de la pratique en promotion de la santé. In M. O'Neil, S. Dupéré, A. Pederson & I. Rootman (Eds.), *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques* (pp. 457-473). Québec: Presses de l'Université Laval.
- Preacher, K. J., & MacCallum, R. C. (2003). Repairing Tom Swift's Electric factor analysis machine. *Understanding Statistics*, 2(1), 13-43.
- Provan, K. G., & Milward, H. B. (2006). Health services delivery networks: What do we know and where should we be headed? *Healthcare Papers*, 7(2), 32-36.
- Provan, K. G., Milward, H. B., & Isett, K. R. (2002). Collaboration and integration of community-based health and human services in a non profit managed care system. *Health Care Management Review*, 27, 21-32.
- Rabeharisora, V., & Callon, M. (2001). De la médiation, ou les enjeux d'un nouveau métier dans le secteur de la prise en charge des personnes handicapées. *Contraste. Enfance et Handicap*, 13, 217-236.
- Ramiller, N. C. (2007). Constructing safety: System designs, system effects, and the play of heterogeneous interests in a behavioral health care setting. *International Journal of Medical Informatics*, 76(Supplement 1), S196-S204.
- Ratcliffe, J. W., & Gonzalez-del-Valle, A. (1986). Rigor in health-related research : Toward an expanded conceptualization. *International Journal of Health Services*, 18(3), 361-392.
- Reay, T., Golden-Biddle, K., & Germann, K. (2003). Challenges and leadership strategies for managers of nurse practitioners. *Journal of nursing management*, 11(6), 396-403.

- Reay, T., Golden-Biddle, K., & Germann, K. (2006). Legitimizing a new role: Small wins and microprocesses of change. *Academy of Management Journal*, 19(5), 977-998.
- Redfern, S. J., & Norman, I. J. (1994). Validity through triangulation. *Nurse Researcher*, 2(2), 41-56.
- Richards, L. (1999). *Using NVivo in qualitative research*. London: Sage.
- Richer, M.-C. (2007). *The effect of appreciative inquiry on the retention of nurses and other professionals and on the development of innovative ideas in health care*. Unpublished Thèse de Doctorat, McGill University, Montreal.
- Ring, P., & Van de Ven, A. H. (1994). Developmental processes of cooperative interorganizational relationships. *Academy of Management Journal*, 19(1), 90-118.
- Roberge, D., Denis, J.-L., Cázale, L., Comtois, E., Pineault, R., Touati, N., et al. (2004). Assesment of the integrated network of oncology care and services : The Montérégie experience. Retrieved July 20, 2006, from http://www.chsrf.ca/final_research/ogc/pdf/roberge_2_e.pdf#search=%22vignette%20cazale%20tremblay%22
- Rodgers, B. L., & Knalf, K. A. (2000). *Concept development in nursing. Foundations, techinics and applications*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Rogers, E. M. (Ed.). (2003). *Diffusion of innovations* (5 ed.). New York: Free Press.
- Saintonge, S., & Lachance, L. (1995). Validation d'une adaptation canadienne-francaise du teste de separation-individuation à l'adolescence. *Revue québécoise de psychologie*, 16(3), 199-121.
- Salavou, H. (2004). The concept of innovativeness: Sould we need to focus. *European Journal of Innovation Management*, 7(1), 33-44.

- San Martin Rodriguez, L. (2007). *Évaluation des effets de la collaboration interprofessionnelle chez les professionnels et chez les patients dans les unités d'hospitalisation en oncologie et en hématologie*. Unpublished Thèse de doctorat, Université de Montréal, Montréal.
- Sandoval, G. A., Brown, A. D., Sullivan, T., & Green, E. (2006). Factors that influence cancer patients' overall perceptions of the quality of care. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(4), 266-274.
- Sanson-Fisher, R., Girgis, A., Boyes, A., Bonevski, B., Burton, L., & Cook, P. (2000). The unmet supportive care needs of patients with cancer. *Cancer*, 88(1), 226-237.
- Savage, C., & Hryniuc, W. (2006). Disconnects and waiting times. Sleepless in cancer land. *Cancer Advocacy Coalition of Canada. 2006 Report card on cancer in Canada*. Retrieved June, 18, 2007, from <http://www.canceradvocacy.ca/reportcard/2006/DISCONNECTS%20AND%20WAITING%20TIMES%20-%20CACC%20REPORT%20CARD%20ON%20CANCER%202006.pdf>
- Savage, C., & Hryniuc, W. (2007). Disconnects and wait times. Report card on cancer in Canada 2006. Retrieved October, 15, 2006, from <http://www.canceradvocacy.ca/reportcard/2006/report.card.2006.pdf>
- Savitz, L. A., & Kaluzny, A. D. (2000). A Life Cycle Model of Continuous Clinical Process Innovation. *Journal of Health Care Management*, 45(5), 307-316.
- Scholz, R. W., & Tietje, O. (2002). *Embedded case study methods integrating quantitative and qualitative knowledge*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Scott, S. V., & Wagner, E. L. (2003). Networks, negotiations, and new times: the implementation of enterprise resource planning into an academic administration. *Information and Organization*, 13(4), 285-313.
- Scott, W. R. (1990). Innovation in Medical Care Organizations: A Synthetic Review. *Medical Care Review*, 47(2), 165-193.

- Seo, M.-G., & Creed, W. E. D. (2002). Institutional contradictions, praxis, and institutional change : A dialectical perspective. *Academy of Management Review*, 27(2), 222-247.
- Shortell, S. M., Gillies, R. R., & Anderson, D. A. (2000). *Remaking Health Care in America. The Evolution of Organized Delivery System* (2 ed.). New York: Jossey-Bass.
- Sicotte, C., D'Amour, D., & Moreault, M. (2002). Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centers. *Social Science and Medecine*, 55, 991-1003.
- Sloan, J. A., Scott-Findlay, S., Nemecek, A., Blood, P., Trylinski, C., Whittaker, H., et al. (2004a). Mapping the journey of cancer patients through health care system. Part 1: Developing the research question. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 14(3), 183-186, 188.
- Sloan, J. A., Scott-Findlay, S., Nemecek, A., Blood, P., Trylinski, C., Whittaker, H., et al. (2004b). Mapping the journey of cancer patients through the health care system. Part 2: Methodological approaches and basic findings. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 14(4), 224-232.
- Smeenk, F. W., de Witte, L. P., Nooyen, I. W., & Crebolder, H. F. (2000). Effects of transmurial care on coordination and continuity of care. *Patient education and counseling*, 41(1), 73-81.
- Smith, D. B., & Kaluzny, A. D. (1986). *The white labyrinth: a guide to the health care system* (2 ed.). Michigan: Ann Arbor.
- Smith, S., Allwright, S., & O'Dowd, T. (2007). Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management. *The Cochrane database of systematic reviews*(3).
- Smith, S. D., Nicol, K. M., Devereux, J., & Cornbleet, M. A. (1999). Encounters with doctors : Quantity et quality. *Palliative Medecine*, 3, 217-223.

- Steinberg, M. L., Fremont, A., Khan, D. C., Huang, D., Knapp, H., Karaman, D., et al. (2006). Lay patient navigator program implementation for equal access to cancer care and clinical trials: Essential steps and initial challenges. *Cancer*, *107*(11), 2669-2677.
- Stensaker, I., & Falkenberg, J. (2007). Making sense of different responses to corporate change. *Human Relations*, *60*(1), 137-177.
- Stewart, M., Brown, J. B., Donner, A., McWhinney, I., Oates, J., Weston, W., et al. (2000). The impact of patient-centred care on outcomes. *Journal of Family Practice*, *49*(9), 796-804.
- Sullivan, T., Dobrow, M., Thompson, L., & Hudson, A. (2004). Reconstructing cancer services in Ontario. *Healthcare Papers*, *5*(1), 69-80.
- Surbone, A., Kagawa-Singer, M., Terret, C., & Baider, L. (2006). The illness trajectory of elderly cancer patients across cultures: SIOG position paper. *Annals of oncology*.
- Sussman, J., Howell, D., O'Brien, M. A., & Whelan, T. (2004). *An evaluation of the effectiveness of a specialized nursing case management model in coordinating supportive cancer care in the community - Final Report* Hamilton, Ontario: The supportive cancer care research unit
- Tabacknick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics* (4 ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Taylor, E. J. (2006). Prevalence and associated factors of spiritual needs among patients with cancer and family caregivers. *Oncology nursing forum*, *33*(4), 729-735.
- Thorne, S. (1990). Secondary analysis in qualitative research: issues and implications. In J. M. Morse (Ed.), *Critical Issues in Qualitative Research Methods* (pp. 263-279). London: Sage.
- Thorne, S. E., Bultz, B. D., & Baile, W. F. (2005). Is there a cost to poor communication in cancer care? : A critical review of the literature. *Psycho-oncology*, *14*(10), 875-884.

- Till, J. E. (2003). Evaluation of support groups for women with breast cancer: importance of the navigator role. *Health and quality of life outcomes*, 1(1), 16.
- Timpka, T., Bång, M., Delbanco, T., & Walker, J. (2007). Information infrastructure for inter-organizational mental health services: an actor network theory analysis of psychiatric rehabilitation. *Journal of biomedical informatics*, 40(4), 429-437.
- Tinmouth, A., Macdougall, L., Fergusson, D., Amin, M., Graham, I. D., Hebert, P. C., et al. (2005). Reducing the amount of blood transfused : A systematic review of behavioral interventions to change physicians' transfusion practices. *Archives of Internal Medicine*, 165(8), 845-852.
- Tjosvold, D., & MacPherson, R. C. (1996). Joint hospital management by physicians and nursing administrators. *Health care management review*, 21(3), 43-54.
- Touati, N., Roberge, D., Denis, J.-L., Cazale, L., Pineault, R., & Tremblay, D. (2006). Clinical leaders at the forefront of change in health-care systems: advantages and issues. Lessons learned from the evaluation of the implementation of an integrated oncological services network. *Health Services Management Research*, 19(2), 105-122.
- Üstün, T. B., Chatterji, S., Villanueva, M., Bendib, L., Celik, C., Sadana, R., et al. (2001). *The WHO Multi-Country Survey Study 2000-2001. GPE Discussion Papers Series: No 37*. Geneva: World Health Organization.
- Valentine, N. B., de Silva, A., Kawabata, K., Darby, C., Murray, C. J. L., & Evans, D. B. (2003). Health System Responsiveness: Concepts, Domains and Operationalization. In C. J. L. Murray & D. B. Evans (Eds.), *Health systems performance assessment : Debates, methods and empirism* (pp. 573-596). Geneva: World Health Organization.
- Valentine, N. B., de Silva, A., & Murray, C. J. L. (2000). Estimating responsiveness level and distribution for 191 countries: Methods and results. GPE Discussion Paper Series No 22. Retrieved July, 20, 2006, from <http://www.who.int/healthinfo/paper22.pdf>

- Valentine, N. B., Lavallée, R., Bao, L., Bonsel, G. J., & Murray, C. J. L. (2003). Classical psychometric assessment of the responsiveness instrument in the WHO multi-country survey study on health and responsiveness 2000-2001. In C. J. L. Murray & D. B. Evans (Eds.), *Health systems performance assessment : Debates, methods and empirism* (pp. 597-630). Geneva: World Health Organization.
- Valentine, N. B., Ortiz, J. P., Tandon, A., Kawabata, K., Evans, D. B., & Murray, C. J. L. (2003). Patient Experiences with Health Services : Population Surveys from 16 OECD Countries. In C. J. L. Murray & D. B. Evans (Eds.), *Health systems performance assessment : Debates, methods and empirism* (pp. 643-663). Geneva: World Health Organization.
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation transculturelle de questionnaires psychologiques : implications pour la recherche en langue française. *Psychologie Canadienne*, 30(4), 662-689.
- Van de Ven, A. H., Angle, H. L., & Poole, M. S. (2000). *Research on the Management of Innovation: The Minnesota Studies* (2 ed.). New York: Oxford University Press.
- Van de Ven, A. H., & Poole, M. S. (2002). Field Research Methods. In J. A. C. Baum (Ed.), *Companion to organizations* (pp. 867-888). Oxford: Blackwell Publishers Ltd.
- Van der Maren, J. M. (1996). *Méthodes de recherche pour l'éducation* (2 ed.). Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Whelan, T., Grunfeld, E., Sussman, J., Abelson, J., Willan, A., Sellick, S., et al. (2003). *An Evaluation of continuity of cancer care through regional supportive care networks*. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation.
- WHO. (2000). The world health report 2000 - Health systems: improving performance. Retrieved July, 20, 2006, from www.who.int/whr/2000/en/

- WHO. (2001a). Background paper for the technical consultation on responsiveness concepts and measurement. Retrieved July, 20, 2006, from www.who.int/health-systems-performance/technical_consultations/responsiveness_background.pdf
- WHO. (2001b). *Report on Regional Consultation on Health Systems Performance Assessment*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO. (2002). National cancer control programmes. Policies and managerial guidelines. Retrieved May, 7, 2003, from <http://www.who.int/cancer/publications/en/#guidelines>
- WHO. (2005). The health systems responsiveness analytical guidelines for surveys in the multi-country survey study. In. Geneva: World Health Organization.
- Willard, C., & Luker, K. (2005). Supportive care in the cancer setting : Rhetoric or reality? *Palliative medicine*, 19(4), 328-333.
- Willard, C., & Luker, K. (2007). Working with the team : Strategies employed by hospital cancer nurse specialists to implement their role. *Journal of Clinical Nursing*, 16(4), 716-724.
- Wolfe, R. A. (1994). Organizational innovation: review, critique and suggested research directions. *Journal of Management Studies*, 31(3), 405-431.
- Wood, J. M., Taratyn, D. J., & Gorsuch, R. L. (1996). Effects of under- and over- extraction on principal axis factor analysis with varimax rotation. *Psychological Methods*, 1, 354-365.
- Woods, L. P. (1998). Implementing advanced practice: identifying the factors that facilitate and inhibit the process. *Journal of Clinical Nursing*, 7(3), 265-273.
- Yin, R. K. (2003). *Case study research : design and methods* (3 ed.). Newbury Park: Sage Publications.

Zammato, R., & O'Connor, E. (1992). Gaining advanced manufacturing technologies benefits: The role of organizational design and culture. *Academy of Management Review*, 17, 701-728.

Annexes

Annexe A : Définition des concepts du guide de collecte de données

Définition des concepts du guide de collecte de données

Concept	Définition
Contextualisation	<p>Identification des enjeux contextuels autour du déploiement de la fonction d'IPO aux différents niveaux du système de santé :</p> <p>l'environnement macro (sociopolitique et démographique), l'environnement méso (acteurs et événements qui influencent spécifiquement les services de santé de la région), l'environnement micro (dynamiques locales autour des pratiques organisationnelles et professionnelles)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Repérage des acteurs concernés, caractéristiques, enjeux et intérêts • Pratiques des acteurs et renouvellement de ces pratiques • Perception des acteurs face à l'introduction de la fonction d'IPO • Ressources organisationnelles, défis et atouts, zones d'incertitude • Identification des controverses et modes d'inscription
Problématisation	<p>Définitions du problème à l'origine de la difficulté de répondre aux besoins des personnes atteintes de cancer selon les différents acteurs et solutions acceptables</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arguments en faveur (avantages) de l'introduction de la fonction d'IPO • Arguments divergents (inconvenients) de l'introduction de la fonction d'IPO telle que proposée • Moyens (négociations, ajustements) mis en œuvre pour résoudre les controverses • Actions de leadership (traducteurs)
Intéressement	<p>Stratégies déployées (incitatifs) par les promoteurs du projet pour inciter les acteurs à s'allier au réseau et cimenter les alliances.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Moyens pour faire circuler de l'information sur le projet • Objects techniques

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Locaux, ordinateurs, mécanismes de coordination et de référence ● Expertise et échange de compétences <ul style="list-style-type: none"> ○ Formation ○ Suivi ○ Soutien ○ Évaluation et feedback ● Financement
Enrôlement	<p>Affectation d'une tâche aux acteurs qui les rend essentiels au réseau de soutien au déploiement de la fonction d'IPO</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Clarification des rôles de l'IPO ● Implication des gestionnaires de proximité (chef de services, coordonnateurs etc.) ● Clarification du rôle de l'agence régionale ● Définition du rôle du comité directeur du réseau régional ● Clarification du rôle du Centre intégré de lutte contre le cancer en Montérégie ● Rôle du MSSS
Mobilisation	<p>Création de relations d'alliances collaboratives dans le réseau autour de la fonction d'IPO en intégrant la perspective clinique et la perspective organisationnelle*</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Finalisation : partage de buts communs en acceptant de faire des concessions ● Intériorisation : sentiment d'appartenance au réseau qui supporte l'innovation ● Délégation : mécanismes de prise de décision de l'équipe interdisciplinaire en lien avec la fonction d'IPO ● Formalisation : règles et modalités de fonctionnement explicites des équipes interdisciplinaires

*Éléments identifiés à partir des travaux de D'Amour (1997; 2002);

Annexe B : Grilles d'observation sur le terrain

Grille d'observation sur le terrain (1)

Sujet de l'observation : _____	
Site d'observation : _____	
Nombre de participants : _____	Salle : _____
Date : _____	Heure : _____
Durée : _____	
Contexte :	
Problématisation	
Intéressement (incitatifs)	
Clarification des rôles	
Mobilisation	
Commentaires	

**Liste des personnes en lien avec l'IPO lors des observations sur le terrain
(2)**

Sujet :

Date

Type de professionnel	Nom(s)	T	P
Animateur de pastorale			
Assistante infirmière chef			
Bénévoles			
Chirurgien			
Gestionnaire de proximité			
Infirmière aux traitements			
Infirmière clinicienne (locale ou régionale)			
Infirmière du CLSC			
Infirmière de liaison			
Infirmière en soins palliatifs			
Infirmière pivot en oncologie (autres sites)			
Nutritionniste			
Omnipraticien			
Patients			
Oncologue			
Pharmacien (interne ou officine)			
Préposé aux bénéficiaires			
Psychologue			
Radio-oncologue			
Secrétaire			
Travailleur social			

T = lien par téléphone

P = lien en personne

Activités de l'IPO lors des observations sur le terrain (3)

Sujet	Date
Évaluation de l'état de santé	
Gestion des symptômes	
Information et enseignement des auto-soins	
Soutien	
Coordination des soins	
Commentaires :	

Annexe C : Guide d'entrevue semi-ouverte

Guide d'entrevue semi-ouverte

Numéro d'entrevue : _____	Date : _____	Lieu : _____						
Site : A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/>
Type de répondant : Responsable de gouverne <input type="checkbox"/>			Professionnel <input type="checkbox"/>			Gestionnaire <input type="checkbox"/>		IPO <input type="checkbox"/>
Événement particulier de l'entrevue : _____								
Numéro de code du répondant : _____								

Questions (<i>flexibles et adaptées selon le type d'informateurs clés</i>)	Notes de terrain et mémos
<p>Objectif 1 : Documenter les caractéristiques organisationnelles, enjeux et intérêts des acteurs</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comment se situe l'oncologie par rapport aux autres clientèles de votre établissement? 2. Quel est votre intérêt à faire partie du réseau intégré en oncologie de la Montérégie, le RCM? <ol style="list-style-type: none"> a. Quels sont les avantages de faire partie du RCM? b. Quels sont les inconvénients? 3. Quels sont vos intérêts à coordonner vos activités avec d'autres réseaux à l'extérieur de la région? <ol style="list-style-type: none"> a. Quels sont les avantages? b. Quels sont les inconvénients? 4. Est-ce que votre établissement a de la difficulté à avoir des ressources pour couvrir les soins en oncologie? Si oui lesquelles? 	

<p>Objectifs 2 : Documenter la perception de la fonction d'IPO (Problématisation)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Qui est le (s) leader (s) du développement de la fonction d'IPO dans votre établissement? 2. Selon vous qu'est-ce qui a changé depuis l'implantation de ce nouveau rôle ? 3. De manière générale comment ces changements sont-ils perçus? 4. Est-ce qu'il y a des conflits autour de la division du travail professionnel ? 5. Que savez-vous sur ce que les IPO font dans leurs pratiques? 6. Avez-vous l'impression que l'implantation de cette fonction apporte une plus-value à la qualité des soins ? Dans quelle mesure? 7. Quelles sont les stratégies (ou moyens) qui ont été consentis pour supporter l'exercice de ce rôle? 8. Qu'est-ce qui pourrait faire en sorte qu'on n'ait plus besoin de cette fonction? 	
<p>Objectif 3 : Documenter la nature et l'intensité des interactions visant la coordination du travail dans les équipes locales (Problématisation)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Quel est le niveau d'accord des professionnels avec le fonctionnement en interdisciplinarité? 2. Comment les zones communes d'intervention sont-elles négociées ? 3. Quel est le niveau d'accord sur les objectifs du PQLC ? (globalité, participation du patient et sa famille, continuité des soins, accessibilité, coordination) 4. Dans quelle mesure les professionnels reconnaissent-ils l'importance de mieux coordonner les soins ? 5. Quelles sont les pratiques qui favorisent cette coordination ? 6. Comment les négociations et les ajustements se font-ils lors de l'émergence de conflit ? 7. Comment le rôle de l'IPO est-il relié au travail des autres professionnels ? 8. Quelle est l'intensité des liens? 9. Comment le rôle des médecins est-il relié au travail de l'IPO? 10. Comment le rôle des professionnels régionaux est-il relié au travail de l'IPO? 	

Objectifs 4 : Documenter l'intéressement autour de la fonction d'IPO

1. En quoi la fonction d'infirmière pivot en oncologie rejoint-elle vos intérêts par rapport à la fonction que vous occupez?
2. Selon la fonction que vous occupez, comment vous y prenez-vous pour vous assurer de la coordination des soins aux personnes atteintes de cancer?
3. Quelles sont les contraintes auxquelles vous êtes exposé par rapport à la coordination des soins?
4. Quelles sont les ressources dont vous disposez?
5. À quelles oppositions (controverses) l'introduction et le maintien de la fonction IPO ont-ils été confrontés
6. Comment ces oppositions (controverses) ont été réglées?
7. Selon vous, quelle est la meilleure stratégie de promotion de la fonction?
8. Selon vous, quelle est la pire stratégie de promotion de la fonction ?
9. Quels sont les arguments en faveur du maintien de cette fonction ?
10. Quels sont les arguments contre le maintien de la fonction?
11. Qu'est-ce qui ferait en sorte que cette fonction ne serait plus nécessaire?
12. Quel bilan en faites-vous après 5 ans?
13. La fonction d'IPO est intégrée aux équipes locales des hôpitaux, comment voyez-vous l'arrimage avec la première ligne?

Objectif 5 : Documenter la fonction d'IPO en pratique (IPO seulement)

1. Pouvez-vous me décrire ce que vous faites dans une journée type?
2. Quelle est la procédure de suivi : début, fin du suivi, professionnel relais, priorisation?
3. Quelles sont les actions que vous posez pour coordonner les soins?
4. Avec qui êtes vous le plus souvent en interaction pour coordonner les soins?
5. Votre rôle chevauche-t-il celui de d'autres professionnels?
6. Comment ces chevauchements sont négociés?
7. Quelles sont les difficultés dans l'exercice de ce rôle?
8. Comment vous assurez-vous de la continuité informationnelle?
9. Avez-vous eu accès à de la formation pour maintenir vos compétences cliniques?
10. Comment voyez-vous l'évolution de ce rôle dans 3 ans, 5 ans?
11. Quelle est votre principale satisfaction face à ce rôle?
12. Que faudrait-il dans un monde idéal pour maximiser la réponse aux besoins des patients?

Annexe D : Informations et questionnaire remis aux patients

Le 10 janvier 2006

Madame, Monsieur,

Nous vous invitons à participer à une étude qui porte sur les soins offerts aux personnes atteintes de cancer parce que vous avez reçu ou recevez des soins dans un hôpital de la Montérégie. Avant de décider si vous voulez ou non participer, il est important que vous compreniez pourquoi cette étude est réalisée, comment les renseignements que vous donnerez seront utilisés, en quoi consisterait votre participation ainsi que les avantages et les inconvénients que celle-ci pourrait entraîner. Veuillez prendre le temps de lire attentivement les renseignements qui suivent. Lorsque vous serez bien renseigné sur le sujet de cette étude et si vous désirez participer, vous pourrez répondre au questionnaire qui accompagne cette lettre.

POURQUOI CETTE ÉTUDE?

Plusieurs professionnels et gestionnaires de la Montérégie essaient de mieux organiser les soins aux personnes atteintes de cancer dans cette région. Une nouvelle fonction de coordination des soins couramment appelée « infirmière pivot en oncologie » a été mise en place dans tous les hôpitaux de la région. Plusieurs personnes pensent que l'introduction de cette nouvelle fonction permettrait de mieux répondre aux besoins des personnes atteintes de cancer et d'améliorer la qualité des soins. Toutefois, aucune étude de recherche n'a permis de démontrer l'impact de cette nouvelle fonction sur la réponse aux besoins des patients de la Montérégie. Nous pensons que vous êtes la personne la mieux placée pour nous aider à comprendre l'impact de cette nouvelle fonction sur la réponse à vos besoins.

BUT ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Nous voulons apprécier dans quelle mesure les soins qui vous sont offerts respectent vos choix, vos attentes et vos besoins individuels. Dans le questionnaire qui accompagne cette lettre d'information, nous vous posons des questions sur des informations générales sur votre situation et sur votre perception des soins que vous recevez.

... /2

MODALITÉS DE PARTICIPATION À L'ÉTUDE

Nous voulons mieux comprendre de quelle façon vous et d'autres patients évaluez la réponse à vos besoins en matière de santé et de bien-être pour lutter contre le cancer. Ce questionnaire est distribué à tous les patients qui fréquentent une clinique externe d'oncologie dans chacun des neuf hôpitaux de la Montérégie. Nous pensons rejoindre ainsi environ 860 personnes. Si vous décidez de participer, nous vous demandons de répondre au questionnaire qui accompagne cette lettre. Ceci devrait prendre environ une demi-heure de votre temps. Quand vous aurez terminé, nous vous prions de placer votre questionnaire dans l'enveloppe pré affranchie et de le mettre à la poste.

AVANTAGES ET RISQUES À PARTICIPER

La participation à cette étude ne vous apportera pas de bénéfices directs immédiats. Par contre, vos réponses pourraient aider les professionnels de la santé et les gestionnaires à cibler des interventions pour mieux répondre aux besoins des personnes atteintes de cancer. La participation à cette étude ne comporte pas de risque pour votre santé mais la réponse au questionnaire prendra de votre temps et pourrait vous occasionner de la fatigue.

PARTICIPATION VOLONTAIRE

La décision de participer à cette étude vous revient entièrement. Vous avez le droit de ne pas participer à l'étude. En aucun temps, votre refus de participer n'influencera la qualité des soins que vous devriez recevoir. Si vous décidez de participer, vous pouvez refuser de répondre à toute question qui vous met mal à l'aise.

CARACTÈRE CONFIDENTIEL DES INFORMATIONS

Vous n'avez pas à vous identifier pour répondre au questionnaire. Puisque vous le retournez par la poste, la confidentialité de vos données est parfaitement assurée. Aucun moyen ne permet de faire le lien entre les réponses du questionnaire et la personne qui a répondu.

QUESTIONS SUR L'ÉTUDE

Si vous avez des questions au sujet de cette étude, vous pouvez communiquer avec la chercheuse, Madame Dominique Tremblay au 450-466-5000 poste 2885

durant les heures normales de bureau ou par courriel à
[REDACTED]

ÉTHIQUE

Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez expliquer vos préoccupations au président intérimaire du Comité d'éthique de la recherche des Sciences de la santé de l'Université de Montréal, M. Michel Bergeron (Téléphone (514) 343-6111, poste 5520). Suite à cet entretien, si vous aviez des raisons sérieuses de croire que la réponse apportée est insuffisante, vous pourriez entrer en communication avec l'ombudsman de l'Université, Madame Marie-Josée Rivest (Téléphone (514) 343-2100).

Je vous remercie d'avoir pris de votre précieux temps pour prendre connaissance de cette lettre.

Dominique Tremblay, infirmière, MSc. Inf. PhD (c)
Chercheure principale
Université de Montréal

Quelques consignes pour répondre au questionnaire

À l'aide de ce questionnaire nous voulons connaître votre opinion sur la qualité de la réponse à vos besoins par ceux qui offrent des soins de lutte contre le cancer. En tant que personne atteinte, nous pensons que vous êtes la personne la mieux placée pour en juger. Nous vous encourageons à lire la lettre d'information sur l'étude pour en savoir davantage.

Qui peut répondre à ce questionnaire?

Toutes les personnes qui reçoivent des soins contre le cancer (oncologie) en Montérégie sont invitées à répondre même si elles résident dans une autre région. Vous pouvez demander de l'aide de vos proches pour répondre aux questions mais les réponses doivent refléter votre opinion personnelle. Vous n'avez pas besoin de vous identifier. Vos réponses sont complètement anonymes.

Comment répondre au questionnaire?

- ⇒ Inscrire votre réponse bien clairement : les réponses seront compilées par lecture optique.
- ⇒ Si une question vous met mal à l'aise, vous n'êtes pas obligé d'y répondre. Vous pouvez tout simplement passer à la question suivante.
- ⇒ Certaines questions peuvent vous paraître semblables mais elles nous permettent d'évaluer des aspects différents de la qualité des soins.
- ⇒ Le terme « **professionnels de la santé** » inclus les médecins, les infirmières et les autres professionnels de la santé (pharmacien, travailleur social, nutritionniste) qui dispensent des soins en oncologie.
- ⇒ Afin d'alléger le texte, le genre masculin sert aussi bien pour les femmes que les hommes.

Comment retourner le questionnaire?

- ⇒ SVP, **ne pas plier** le questionnaire
- ⇒ Utiliser l'enveloppe de retour prévue à cet effet

Si vous avez d'autres questions

Vous pouvez contacter : Dominique Tremblay, étudiante au doctorat, au numéro de téléphone
(450) 466-5000 poste 2885 ou par courriel à [REDACTED]



Section A : Dans cette section, nous voulons connaître la promptitude des soins et des services en oncologie. La promptitude veut dire de porter une attention rapide aux besoins des personnes et y répondre sans délais indus. Répondez selon votre expérience générale depuis votre diagnostic de cancer.
SVP, noircir une seule bulle par question.

1. Combien de temps vous a-t-il fallu attendre entre le moment de l'annonce du diagnostic et le moment où vous avez été en contact (visite ou par téléphone) avec l'infirmière pivot en oncologie pour la première fois. L'infirmière pivot est la personne désignée dans l'équipe d'oncologie qui s'occupe de votre suivi tout au long de vos traitements et que vous pouvez rejoindre si vous avez besoin d'information ou si vous avez un problème de santé imprévu.
Noircir un seul choix.

- Le jour même 2 à 4 semaines
 2 à 5 jours Plus de 4 semaines ► Précisez : _____
 6 à 10 jours Jamais eu de contact avec l'infirmière pivot en oncologie
 11 à 13 jours Ne sait pas/ne se souvient pas

Svp, ne rien inscrire dans cette zone

1 2 3 4 5 6 7 8 9

2. En général, depuis votre diagnostic de cancer, combien de temps avez-vous attendu entre la prise d'un rendez-vous et le moment où vous l'avez obtenu (visites médicales, examens, ou traitements)?
Noircir un seul choix.

- Le jour même 2 à 4 semaines
 2 à 5 jours Plus de 4 semaines ► Précisez : _____
 6 à 10 jours
 11 à 13 jours Ne sait pas/ne se souvient pas

Svp, ne rien inscrire dans cette zone

1 2 3 4 5 6 7 8 9

3. En général, depuis votre diagnostic de cancer, combien de temps avez-vous attendu dans la salle d'attente (visites médicales, examens ou traitements)?
Noircir un seul choix.

- Moins de 15 minutes 1 heure
 15 minutes Plus de 1 heure ► Précisez : _____
 30 minutes
 45 minutes Ne sait pas/ne se souvient pas

Svp, ne rien inscrire dans cette zone

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Section B : Cette section est divisée en deux parties. Pour chaque énoncé, nous vous demandons de répondre aux deux parties. La première partie vise à mieux connaître votre expérience générale des soins en oncologie. La deuxième partie vise à connaître l'importance que vous accordez à chacun des énoncés.

SVP, pour chacun des énoncés, noircir une seule bulle pour chaque partie.

	En général, depuis votre diagnostic de cancer	Partie 1 Votre expérience					Partie 2 Importance pour vous					
		Jamais	Parfois	Habituellement	Toujours	Ne s'applique pas	Pas important	Peu important	Moderément important	Très important	Extrêmement important	Ne s'applique pas
1	Lorsque vous avez eu besoin d'information, vous l'avez reçue dans un délai que vous jugez raisonnable compte tenu de votre état de santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Les professionnels de la santé (médecins, infirmières et autres) vous ont traité de manière respectueuse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Le personnel administratif (accueil, réception, prise de rendez-vous) vous a traité de manière respectueuse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Les examens (prise de sang, radiographie, examen médical, etc.) et les traitements ont été faits de manière à respecter votre intimité physique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Les professionnels de la santé vous ont écouté avec attention	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Les professionnels de la santé vous ont donné des explications simples et faciles à comprendre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

En général, depuis votre diagnostic de cancer	Partie 1 Votre expérience					Partie 2 Importance pour vous					
	Jamais	Parfois	Habituellement	Toujours	Ne s'applique pas	Peu important	Peu important	Moderement important	Très important	Extrêmement important	Ne s'applique pas
7 Les professionnels de la santé vous ont laissé assez de temps pour poser toutes vos questions à propos de votre maladie et de vos traitements	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Les professionnels de la santé vous ont encouragé à participer autant que vous le souhaitez aux décisions concernant vos soins, vos traitements et vos examens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Les professionnels de la santé vous ont demandé votre consentement avant de commencer un traitement ou un examen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Vous avez été en mesure de parler en privé avec les professionnels de la santé, c'est-à-dire de manière à ce que les personnes que vous ne souhaitez pas mettre au courant de votre entretien n'ont pas pu entendre ce que vous disiez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Les professionnels de la santé ont respecté la confidentialité de vos informations personnelles, c'est-à-dire que les personnes que vous ne souhaitez pas mettre au courant de votre état de santé n'ont pas pu connaître votre condition médicale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		Partie 1 Votre expérience					Partie 2 Importance pour vous					
En général, depuis votre diagnostic de cancer		Jamais	Parfois	Habituellement	Toujours	Ne s'applique pas	Pas important	Peu important	Modérément important	Tres important	Extrêmement important	Ne s'applique pas
12	Vos proches ont été encouragés à être présents <u>autant que vous le souhaitiez</u> lors des examens, des traitements ou d'une hospitalisation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Les professionnels de la santé vous ont encouragé <u>autant que vous le souhaitiez</u> à agir selon vos croyances et selon vos pratiques religieuses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Les professionnels de la santé vous ont aidé à évaluer « le pour » et « le contre » au moment de prendre des décisions concernant vos soins, vos traitements et vos examens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Les professionnels de la santé se sont préoccupés de l'ensemble de vos besoins physiques, psychologiques et sociaux (Les besoins sociaux sont par exemple de l'aide à la maison, aide pour vos proches, aide pour les transports)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	L'accès à la clinique externe d'oncologie était facile (près de chez vous, stationnement, transport public)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Le confort de la salle d'attente de l'hôpital où vous recevez habituellement vos traitements était convenable (assez de places assises, air frais, assez d'espace)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Section C : Dans cette section, nous voulons connaître votre opinion générale sur les soins en oncologie.

Depuis votre diagnostic,

1. Vous est-il déjà arrivé « d'endurer » un problème ou une détérioration de votre état de santé parce que vous ne vouliez pas aller à l'urgence?

Oui Non Jamais eu ce problème

2. Vous est-il déjà arrivé « d'endurer » un problème ou une détérioration de votre état de santé parce que vous ne saviez pas qui appeler?

Oui Non Jamais eu ce problème

3. Êtes-vous allé à l'urgence d'un hôpital ou d'un CLSC pour recevoir des soins à la suite d'un problème ou d'une détérioration de votre état lié à votre cancer?

Oui Non Jamais eu ce type de problème

Si oui, quel était le problème le plus important? Noircir un seul choix.

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Douleur | <input type="radio"/> Saignement |
| <input type="radio"/> Vomissements | <input type="radio"/> Oedème important (enflure) |
| <input type="radio"/> Diarrhée | <input type="radio"/> Difficulté à respirer |
| <input type="radio"/> Fièvre | <input type="radio"/> Autre ► Précisez : _____ |

Svp, ne rien inscrire dans cette zone

1 2 3 4 5 6 7 8 9

4. Avez-vous été hospitalisé pour recevoir des soins à la suite d'un problème ou d'une détérioration de votre état lié à votre cancer?

Oui Non Jamais eu ce type de problème

Si oui, quel était le problème le plus important? Noircir un seul choix.

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Douleur | <input type="radio"/> Saignement |
| <input type="radio"/> Vomissements | <input type="radio"/> Oedème important (enflure) |
| <input type="radio"/> Diarrhée | <input type="radio"/> Difficulté à respirer |
| <input type="radio"/> Fièvre | <input type="radio"/> Autre ► Précisez : _____ |

Svp, ne rien inscrire dans cette zone

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En général, depuis votre diagnostic de cancer		Enorme difficulté	Grande difficulté	Assez de difficulté	Un peu de difficulté	Aucune difficulté	Ne s'applique pas
5	En cas de problèmes imprévus ou de détérioration de votre état de santé, pensez-vous que vous auriez de la difficulté à rejoindre une personne de l'équipe d'oncologie :						
	Le jour durant les heures normales de bureau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Le soir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	La nuit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Les fins de semaine et les jours fériés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Dans le cas où vous avez fréquenté plusieurs médecins et plusieurs hôpitaux, avez-vous eu de la difficulté lors des transitions d'un médecin à un autre ou d'un hôpital à un autre (rapports d'examen pas au dossier, manque d'information, délais des examens ou des rendez-vous)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Dans le cas où vous avez voulu changer de médecin qui vous suit pour votre cancer, avez-vous eu de la difficulté à le faire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

De manière générale, selon votre expérience, comment jugez-vous les soins offerts en oncologie pour les aspects suivants :		Très mauvais	Mauvais	Moyen	Bon	Très bon	Ne s'applique pas
8	La rapidité de l'attention portée à vos besoins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Le respect de votre dignité. Par respect de la dignité, on veut dire que les professionnels de la santé vous traitent de manière respectueuse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	La manière dont les professionnels de la santé communiquent avec vous	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Les professionnels de la santé vous ont encouragé à participer aux décisions concernant vos soins, vos traitements et vos examens <u>autant que vous le souhaitez</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Le respect de la confidentialité de vos informations personnelles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	La possibilité de choisir le lieu et les personnes par qui vous aimeriez être soigné	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Le soutien et la présence de vos proches. Les professionnels de la santé ont encouragé vos proches à être présents et à participer aux soins <u>autant que vous le souhaitez</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	La qualité des locaux (espace, propreté, facilité à s'y rendre)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



5. À quel hôpital recevez-vous habituellement vos traitements?

Noircir une seule réponse

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Hôpital Charles LeMoine | <input type="radio"/> Centre hospitalier Pierre-Boucher |
| <input type="radio"/> Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins | <input type="radio"/> Hôpital Honoré-Mercier (Saint-Hyacinthe) |
| <input type="radio"/> Hôtel-Dieu de Sorel | <input type="radio"/> Hôpital du Haut-Richelieu |
| <input type="radio"/> Centre hospitalier Anna-Laberge | <input type="radio"/> Centre hospitalier de Granby |
| <input type="radio"/> Hôpital de Valleyfield | |

6. Depuis combien de temps recevez-vous des soins contre le cancer dans cet hôpital?

Noircir une seule réponse

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Moins d'un mois | <input type="radio"/> 2 ans à moins de 3 ans |
| <input type="radio"/> 1 à 6 mois | <input type="radio"/> 3 ans à moins de 4 ans |
| <input type="radio"/> 7 à 11 mois | <input type="radio"/> 4 ans à moins de 5 ans |
| <input type="radio"/> 1 an à moins de 2 ans | <input type="radio"/> 5 ans et plus |

Svp, ne rien inscrire dans cette zone

1 2 3 4 5 6 7 8 9

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

► Précisez : _____

7. Avez-vous d'autres problèmes de santé ou maladies chroniques que le cancer?

Noircir toutes les réponses qui s'appliquent à votre situation.

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Problèmes cardiaques | <input type="radio"/> Hypertension |
| <input type="radio"/> Maladie pulmonaire | <input type="radio"/> Dépression |
| <input type="radio"/> Insuffisance rénale | <input type="radio"/> Diabète |
| <input type="radio"/> Problèmes aux os ou aux articulations | <input type="radio"/> Autre |
| <input type="radio"/> Maladie psychiatrique | |

Svp, ne rien inscrire dans cette zone

1 2 3 4 5 6 7 8 9

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

► Précisez : _____

8. Vous êtes un homme ou une femme? Homme Femme

9. Quel est votre âge?

- Moins de 20 ans 20 à 29 ans 30 à 39 ans 40 à 49 ans 50 à 59 ans 60 à 69 ans 70 à 79 ans 80 ans et plus

10. Au cours de la dernière année, avez-vous participé à un projet de recherche sur un médicament contre le cancer? Oui Non

**Annexe E : Liste des variables, définition et critères
d'attribution des cotes**

Liste des variables contextuelles, définition et critères d'attribution des cotes

Variable	Définition	Cote	Catégorie
Adhésion au projet de régionalisation des services en cancer	Perception qu'ont les acteurs du projet de régionalisation véhiculée par les promoteurs du projet	1 0,5 0	Forte : lorsque la majorité des acteurs rapportent leur adhésion Modérée : lorsque certains acteurs rapportent leur adhésion Faible : lorsqu'un nombre limité rapporte leur adhésion
Participation aux comités (gouverne ou professionnels)	Participation d'au moins un représentant du CH à un comité	1 0,5 0	Forte : lorsque plusieurs acteurs rapportent leur participation Modérée : lorsque certains acteurs rapportent leur participation Faible : lorsque aucun acteur autre que l'IPO rapporte leur participation
Reconnaissance de la légitimité des promoteurs du projet	Perception qu'ont les acteurs de la légitimité des promoteurs du projet	1 0,5 0	Forte : lorsque plusieurs acteurs reconnaissent la légitimité Modérée : lorsque certains acteurs reconnaissent la légitimité Faible : lorsque aucun acteur autre que l'IPO reconnaît la légitimité
Marge de manœuvre dans les ressources (MDM)	Capacité de s'aménager une marge de manœuvre quant aux ressources professionnelles, matérielles et financières pour constituer des leviers pour la mise en œuvre	1 0,5 0	Grande : lorsque l'organisation a une MDM et qu'elle contribue au réseau Modérée : lorsque l'organisation a une MDM sans contribuer au réseau Faible : lorsque l'organisation ne dispose d'aucune MDM

Variable	Définition	Cote	Catégorie
Engagement des médecins oncologues	Engagement envers l'introduction de la fonction d'IPO tel que rapporté par les médecins oncologues	1 0,5 0	Forte : lorsque les oncologues participent aux activités de mise en œuvre de la fonction d'IPO Modérée : lorsque les oncologues participent peu Faible : lorsque les oncologues ne sont pas en accord avec l'introduction de la fonction dans la forme suggérée
Engagement des directeurs	Engagement envers l'introduction de la fonction d'IPO tel que rapporté par les directeurs	1 0,5 0	Forte : lorsque les directeurs intègrent la mise en œuvre de la fonction d'IPO dans les priorités organisationnelles Modérée : lorsque les directeurs intègrent peu aux priorités Faible : lorsque les directeurs n'intègrent pas aux priorités
Engagement du chef de service	Engagement envers l'introduction de la fonction d'IPO tel que rapporté par le chef de service (gestionnaire de proximité)	1 0,5 0	Forte : lorsque le chef participe aux activités de mise en œuvre de la fonction d'IPO Modérée : lorsque le chef participe peu ou de manière irrégulière Faible : lorsque le chef ne participe pas aux activités de mise en œuvre ou non en poste
Composition de l'équipe interdisciplinaire	Rapprochement de la composition de l'équipe selon le modèle proposé par le MSSS	1 0,5 0	Conforme Plan d'action en place Équipe minimale

Variable	Définition	Cote	Catégorie
Stabilité de l'équipe interdisciplinaire	Mise en place de moyens pour améliorer la stabilité de l'équipe interdisciplinaire	1	Stabilité de l'équipe
		0,5	Mobilité et réorganisation continue
		0	Changement de la majorité des professionnels durant les deux dernières années
Mécanismes de coordination de l'équipe interdisciplinaire	Présence de mécanismes de coordination de l'équipe interdisciplinaire (réunions, plan de services, activités facilitant les interactions entre les professionnels)	1	Présent
		0,5	En développement
		0	Absent
Qualité des relations interprofessionnelles	Perception qu'ont les acteurs de la qualité des relations interprofessionnelles telle que rapportée par les membres de l'équipe	1	Confiance ancrée et interactions fréquentes
		0,5	Confiance contingente en développement
		0	Peu de confiance et interaction minimale
Mécanismes de continuité intra organisationnelle	Présences de mécanismes de continuité intra organisationnelle (protocoles, ententes formelles, liens avec les unités d'hospitalisation et d'investigation)	1	Présent
		0,5	En développement
		0	Absent
Mécanismes de continuité inter organisationnelle	Présence de mécanismes de continuité inter organisationnelle (protocoles, ententes formelles, liens avec les autres établissements)	1	Présent
		0,5	En développement
		0	Absent

Variable	Définition	Cote	Catégorie
Contexte inter organisationnel aidant (CSSS)	Perception qu'ont les acteurs de l'organisation de leur réseau local de services (CSSS) pour fournir une réponse continue aux besoins des patients	1	CSSS consolidé et supportant
		0,5	CSSS en développement
		0	CSSS non consolidé
Fluidité de la transmission de l'information lors des transitions	Perception qu'ont les acteurs de la fluidité de la transmission de l'information lors des transitions d'un patient sur le continuum de soins	1	Fluidité satisfaisante
		0,5	Fluidité partielle mais mécanismes en développement
		0	Obstacles importants dans les transitions
Intégration de l'IPO	Perception de l'IPO de la facilité selon laquelle elle a été intégrée dans l'équipe interdisciplinaire	1	Facile : lorsque l'IPO dit que son intégration a été facile
		0,5	Plus ou moins facile : lorsque l'IPO dit que son intégration a alterné avec des périodes faciles et difficiles
		0	Difficile : lorsque l'IPO dit que son intégration a été difficile
Conformité de la fonction de l'IPO/projet régional	Perception de l'IPO de la conformité selon laquelle elle exerce sa fonction (évaluation, enseignement, soutien, coordination)	1	Facile : lorsque l'IPO dit que sa pratique est conforme/ 4 rôles
		0,5	Plus ou moins facile : lorsque l'IPO dit que sa pratique est partiellement conforme/ 4 rôles
		0	Difficile : lorsque l'IPO dit que sa pratique est plus axée sur la coordination
Actions stratégiques de l'IPO	Efforts consentis par les IPO pour établir des relations de confiance, négocier, collaborer et exercer leur leadership	1	Oui : lorsque l'IPO rapporte des initiatives stratégiques
		0,5	Plus ou moins : lorsque l'IPO rapporte une de ces actions
		0	Non : lorsque l'IPO rapporte qu'il lui est difficile de prendre de telles initiatives dans son milieu

Listes des variables sur les processus de création de relations d'alliances

Variable	Définition	Cote	Catégorie
Interdépendance	Reconnaissance par les acteurs de leur interdépendance dans la capacité de répondre aux besoins des patients	1 0,5 0	Forte : lorsque plusieurs acteurs reconnaissent l'interdépendance Modérée : lorsque certains acteurs reconnaissent l'interdépendance Faible : lorsque aucun acteur autre que l'IPO reconnaît l'interdépendance
Intériorisation du projet mandaté de l'extérieur	Reconnaissance par les acteurs d'un sentiment d'appartenance au réseau de supporteurs de la fonction d'IPO	1 0,5 0	Forte : lorsque plusieurs acteurs reconnaissent leur appartenance Modérée : lorsque certains acteurs reconnaissent leur appartenance Faible : lorsque aucun acteur autre que l'IPO reconnaît leur appartenance
Finalisation	Reconnaissance par les acteurs de buts partagés centrés sur la réponse aux besoins des patients	1 0,5 0	Forte : lorsque plusieurs acteurs reconnaissent des buts partagés Modérée : lorsque certains acteurs reconnaissent des buts partagés Faible : lorsque aucun acteur autre que l'IPO reconnaît les buts partagés
Formalisation	Perception qu'ont les acteurs d'un processus d'ententes consensuelles (règles, arrangements) autour de la mise en œuvre de la fonction d'IPO	1 0,5 0	Forte : lorsque plusieurs acteurs rapportent des ententes consensuelles Modérée : lorsque certains acteurs rapportent des ententes consensuelles Faible : lorsque aucun acteur autre que l'IPO rapporte des ententes consensuelles

Variable	Définition	Cote	Catégorie
Enrôlement dans le réseau	Reconnaissance par les acteurs d'un rôle à jouer dans la structuration du réseau autour de la fonction d'IPO	1	Forte : lorsque plusieurs acteurs se reconnaissent un rôle
		0,5	Modérée : lorsque certains acteurs se reconnaissent un rôle
		0	Faible : lorsque aucun acteur autre que l'IPO se reconnaît un rôle
Négociations ouvertes	Perception qu'ont les acteurs de négociations ouvertes en présence de désaccords ou de difficultés	1	Oui : lorsque plusieurs acteurs rapportent des négociations ouvertes et consensuelles
		0,5	Plus ou moins : lorsque les acteurs rapportent des négociations parfois ouvertes et consensuelles
		0	Non : lorsque les négociations peuvent difficilement être entamées
Ajustements perçus gagnants/gagnants	Perception qu'ont les acteurs d'ajustements qui satisfont les intérêts de chacun des acteurs du réseau	1	Oui : lorsque plusieurs acteurs rapportent des ajustements satisfaisants
		0,5	Plus ou moins : lorsque les acteurs rapportent des ajustements parfois satisfaisants
		0	Non : lorsque les ajustements peuvent difficilement être réalisés
Investissements internes	Investissements fournis par le CH pour lier les acteurs au réseau (dispositifs d'information, expertise, soutien, temps d'apprentissage, argent)	1	Présents et diversifiés
		0,5	Plus ou moins présents
		0	Absents

Variable	Définition	Cote	Catégorie
Intérêt pour participer au projet	Perception qu'ont les acteurs de l'intérêt à s'allier au réseau pour être capables d'atteindre leurs objectifs	1	Fort : lorsque plusieurs acteurs voient un intérêt
		0,5	Modéré : lorsque certains acteurs voient un intérêt
		0	Faible : lorsque aucun acteur autre que l'IPO voit un intérêt
Incompatibilité du projet/autres priorités organisationnelles	Perception qu'ont les acteurs de l'incompatibilité du projet par rapport aux autres priorités organisationnelles et aux projets déjà en cours	-1	Forte : lorsque les acteurs rapportent une incompatibilité marquée
		-0,5	Moyenne : lorsque les acteurs rapportent des priorités autres mais font des efforts pour intégrer le projet
		0	Aucune : lorsque les acteurs ne rapportent pas d'incompatibilité
Perception d'inéquité dans la distribution des ressources du réseau	Perception qu'ont les acteurs d'un manque d'équité dans la distribution des ressources du réseau	-1	Forte : lorsque plusieurs acteurs voient une inéquité
		-0,5	Moyenne : lorsque certains acteurs voient une inéquité
		0	Aucune : lorsque les acteurs ne voient pas d'inéquité
Ajustements perçus gagnants/perdants	Perception qu'ont les acteurs d'ajustements qui sont plus satisfaisants pour certains au détriment d'autres	-1	Oui : lorsque plusieurs acteurs rapportent des ajustements insatisfaisants
		-0,5	Plus ou moins : lorsque les acteurs rapportent des ajustements parfois insatisfaisants
		0	Non : lorsque les ajustements peuvent difficilement être réalisés

Variable	Définition	Cote	Catégorie
Indépendance/réseau de supporteurs	Interdépendance avec les autres membres du réseau régional pour répondre aux besoins des patients	-1 -0,5 0	Forte : lorsque plusieurs acteurs fonctionnent de manière indépendante Moyenne : lorsque certains acteurs fonctionnent de manière indépendante Faible : lorsque peu d'acteurs fonctionnent de manière indépendante
Priorisation des alliances antérieures avec d'autres acteurs externes au réseau	Maintien des alliances antérieures au détriment du développement de celles avec le réseau de supporteurs de la fonction d'IPO	-1 -0,5 0	Forte : lorsque plusieurs acteurs maintiennent des alliances avec d'autres réseaux Moyenne : lorsque certains acteurs maintiennent des alliances avec d'autres réseaux Faible : lorsque peu d'acteurs maintiennent des alliances avec d'autres réseaux

Annexe F : Sommation des scores et matrice de distribution des sites

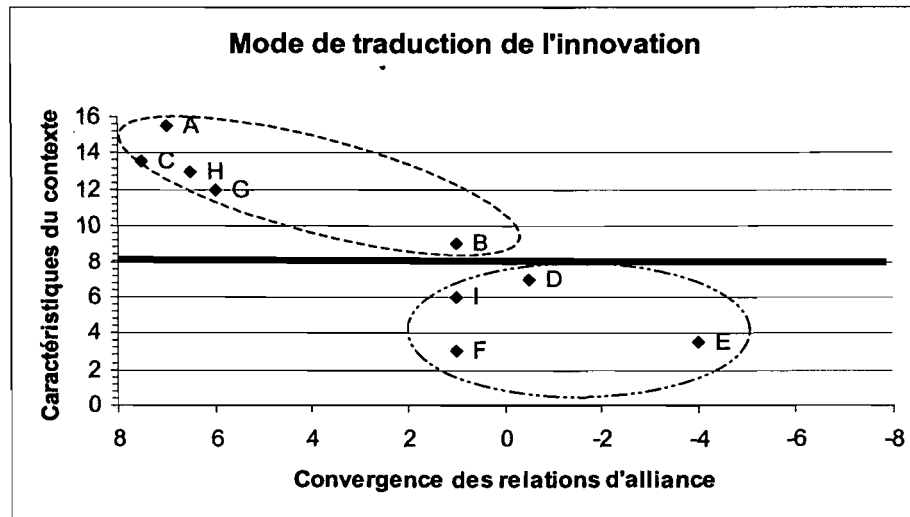
**Tableau 1 : Sommation des indices du contexte organisationnel
d'adoption de la fonction d'IPO**

Site d'investigation	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Adhésion au projet de régionalisation des services en cancer	1	0,5	1	0	0	0	1	0,5	0
Participation aux comités (gouverne ou professionnels)	1	0,5	1	0	0	0	1	0,5	0
Reconnaissance de la légitimité des promoteurs du projet	0,5	0	1	0	0	0	1	1	0,5
Marge de manœuvre dans les ressources	1*	1	0,5	0,5	0	0	0,5	0	0,5
Engagement des médecins oncologues	1	0,5	1	0	0	0	0,5	1	0,5
Engagement des directeurs	1	0,5	1	0,5	0	0,5	1	0,5	0,5
Engagement du chef de service	1	0,5	0,5	1	0	0	0,5	0,5	0,5
Composition de l'équipe interdisciplinaire	1	1	0,5	0,5	0	0	0,5	0,5	0
Stabilité de l'équipe interdisciplinaire	1	1	0,5	0,5	0	0,5	0,5	1	0,5
Mécanismes de coordination	1	0,5	1	0,5	0	0	0	0,5	0
Qualité des relations interprofessionnelles	1	0,5	1	0,5	0,5	0,5	1	1	0
Mécanismes de continuité intra organisationnelle	0,5	1	0,5	0,5	0,5	0	1	1	0
Mécanismes de continuité inter organisationnelle	0,5	1	0,5	0,5	0,5	1	0,5	0,5	0,5
Contexte inter organisationnel facilitant (CSSS)	1	0	0	0,5	0	0	0,5	1	1
Fluidité de la transmission de l'information patients lors des transitions	0,5	0,5	0,5	0,5	0	0	0,5	0,5	0
Intégration de l' IPO	1	0	1	0,5	0	0	0,5	1	0,5
Conformité de la fonction de l'IPO/projet régional	1	0	1	0	1	0,5	1	1	0,5
Actions stratégiques de l'IPO	0,5	0	1	0,5	1	0	0,5	1	0,5
Score du contexte organisationnel	15,5	9	13,5	7	3,5	3	12	13	6

Tableau 2 : Score de convergence des relations d'alliance

Site d'investigation	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Interdépendance	1	0	1	0	0	0,5	1	1	0,5
Intériorisation du projet mandaté de l'extérieur	1	0	1	0,5	0	0	0,5	1	0,5
Finalisation	1	0	1	0	0	0,5	0,5	1	0
Formalisation	1	1	1	1	0	0	0,5	0,5	0,5
Enrôlement dans le réseau	1	1	0,5	0,5	0	0,5	0,5	0,5	0,5
Négociations ouvertes	1	0	0,5	1	0	0,5	1	1	0
Ajustements perçus gagnants/gagnants	0,5	0	1	0,5	0	0,5	0,5	1	0,5
Investissements internes	1	0,5	0,5	1	0,5	0	1	0	1
Intérêt pour participer au projet	0,5	0,5	1	1	0,5	0,5	1	0,5	0,5
Incompatibilité du projet /autres priorités organisationnelles	0	0	0	-1	-1	-0,5	-0,5	0	0
Perception d'inéquité/distribution des ressources du réseau	-0,5	0	0	-1	-1	-1	0	0	-1
Ajustements perçus gagnants/perdants	-0,5	0	0	-1	-1	0	0	0	0
Indépendance / au réseau de supporteurs de l'innovation	0	-1	0	-1	-1	-0,5	0	0	-1
Priorisation des alliances antérieures avec acteurs externes au réseau	0	-1	0	-1	-1	0	0	0	-1
Score de convergence	7	1	7,5	-0,5	-4	1	6	6,5	1

Tableau 3. Modes de traduction de l'innovation



Annexe G : Formulaire de consentement pour les informateurs clés

Formulaire de consentement

TITRE DE L'ÉTUDE : La traduction d'une innovation organisationnelle dans les pratiques professionnelles de réseau : la fonction d'infirmière pivot en oncologie

ÉTUDIANTE-CHERCHEURE : Dominique Tremblay, inf. PhD (cand)

Institution: Université de Montréal, Centre FERASI

Adresse : Centre FERASI
Pavillon Marguerite d'Youville
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal
2375, Chemin de la Côte Ste-Catherine
Montréal, (Québec) H3T 1 A8

Téléphone : 450-466-5000 poste 2885

DIRECTEUR DE RECHERCHE :Danielle D'Amour, PhD

Institution: Université de Montréal, Centre FERASI

Adresse : Centre FERASI
Pavillon Marguerite d'Youville
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal
2375, Chemin de la Côte Ste-Catherine
Montréal, (Québec) H3T 1 A8

Téléphone : 514-343-7578

Formulaire à l'intention des dispensateurs de soins

INTRODUCTION

Nous vous invitons à participer à cette étude parce que vous êtes impliqué (e) dans l'offre de soins aux personnes atteintes de cancer en Montérégie. Avant de prendre une décision, il est important que vous compreniez pourquoi cette étude est réalisée, comment les renseignements que vous donnerez seront utilisés, en quoi consisterait votre participation ainsi que les avantages et les inconvénients qu'elle pourrait entraîner. Veuillez prendre le temps de lire attentivement les renseignements qui suivent et lorsque vous serez bien renseigné sur le sujet de cette étude et qu'on aura répondu à toutes vos questions, on vous demandera de signer le présent formulaire de consentement si vous désirez participer à l'étude.

CONTEXTE DE L'ÉTUDE

Le mode d'organisation des soins en réseau intégré sous-tend l'introduction de nouvelles fonctions de coordination des activités professionnelles et des organisations de santé. Ces nouvelles fonctions sont vues comme des innovations clinico-organisationnelles parce qu'elles nécessitent de nouvelles façons de faire tant dans la pratique des professionnels (la clinique) que dans l'organisation des soins (l'organisation). Ces nouvelles façons de faire viennent changer la division du travail et les relations entre les professionnels et les organisations. Elles obligent à renégocier les champs de pratique entre les professionnels et les organisations et leur mode de coopération. Or, la nature des négociations et les ajustements mutuels entre les dispensateurs de soins pour traduire les innovations dans la pratique sont des phénomènes complexes et peu connus. Toutefois, une meilleure compréhension de ces processus est de première importance parce qu'ils ont un impact majeur sur les interactions entre les dispensateurs de soins, sur la transformation durable du système de santé et ultimement sur la qualité des services.

BUT ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

La question principale à laquelle cette étude tente de répondre est la suivante : Quelles sont les conditions à partir desquelles des acteurs hétérogènes (ayant des caractéristiques différentes) mais interdépendants peuvent s'ajuster et faire évoluer un projet commun en vue d'améliorer la réponse aux besoins des utilisateurs de soins. À partir de l'introduction d'une nouvelle fonction de coordination des soins aux personnes atteintes de cancer, couramment appelée l'infirmière pivot en oncologie, nous allons :

1. décrire les conditions du contexte dans lequel cette nouvelle fonction est mise en pratique,
2. investiguer les négociations et les ajustements mutuels entre les dispensateurs de soins lorsque l'innovation est mise en pratique
3. apprécier la perception de la réactivité des soins auprès des personnes atteintes de cancer, la réactivité étant définie comme la capacité des dispensateurs de soins à répondre aux besoins des personnes en matière de santé.

MODALITÉS DE PARTICIPATION À L'ÉTUDE

Nous voulons mieux comprendre de quelle façon vous et d'autres professionnels de la santé ou gestionnaires contribuez aux conditions à partir desquelles la fonction d'infirmière pivot en oncologie a été adoptée, adaptée aux réalités des milieux et est devenue une innovation durable. Si vous décidez de participer, nous vous demanderons de prendre part à une entrevue individuelle d'environ 60 à 90 minutes. Durant l'entrevue, vous serez appelé (e) à élaborer sur ces conditions. L'entrevue sera menée par l'étudiante chercheuse de cette étude. Cette entrevue sera enregistrée sur une bande audio puis transcrite en mode texte afin d'en analyser le contenu.

AVANTAGES À PARTICIPER

La participation à cette étude ne vous apportera probablement pas de bénéfices directs. Par contre, vous pourriez contribuer à générer de nouvelles connaissances utiles pour mieux comprendre comment de nouvelles manières d'organiser les soins se traduisent dans les pratiques de soins et quel peut en être l'impact sur la réponse aux besoins des patients.

RISQUES OU INCONVÉNIENTS À PARTICIPER

Outre le fait d'y consacrer une heure de votre temps, les risques et les inconvénients à participer à cette étude sont pratiquement inexistantes. Par contre, des personnes pourraient peut-être vous identifier à travers la publication de brefs extraits de contenu d'entrevue dans le rapport de cette étude ou dans des publications ultérieures. Même si toutes les mesures seront prises pour conserver l'anonymat sur votre identité, il pourrait arriver que des personnes qui vous connaissent ou qui vous ont déjà entendu émettre des opinions sur un sujet similaire puissent vous reconnaître. Si ce risque, bien que peu probable, vous rend inconfortable, vous ne devriez pas participer à cette étude.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET RETRAIT

La décision de participer à cette étude vous revient entièrement. Vous avez le droit de refuser de participer à l'étude.

Si vous décidez de participer, vous pouvez refuser de répondre à toute question qui vous est posée et vous avez le droit d'interrompre l'entrevue en tout temps.

CARACTÈRE CONFIDENTIEL DES INFORMATIONS

Les renseignements que vous donnerez sont confidentiels. Seule l'étudiante chercheuse connaîtra votre identité. Pour garantir la confidentialité des informations recueillies, votre nom ou toute autre information pouvant vous identifier n'apparaîtra sur aucun document. Ils seront remplacés par un code numérique et seule l'étudiante chercheuse pourra faire le lien entre votre identité et le code.

Un nombre très limité de personnes auront accès au contenu intégral des entrevues. Il s'agit d'un transcripteur, des deux directeurs académiques de l'étudiante chercheuse et d'un représentant du CÉRSS. Tous les documents et les bandes audio seront conservés au bureau de l'étudiant chercheur dans un classeur barré dont elle seule a l'accès. Ils seront conservés pendant sept ans suite à la soumission des résultats de l'étude et seront ensuite détruits.

QUESTIONS SUR L'ÉTUDE

Si vous avez des questions au sujet de cette étude, vous pouvez communiquer avec l'étudiante chercheuse, Madame Dominique Tremblay au 450-466-5000 poste 2885 ou par courriel à [REDACTED]

ÉTHIQUE

Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez expliquer vos préoccupations au président intérimaire du Comité d'éthique de la recherche des Sciences de la santé, M. Michel Bergeron (Téléphone (514) 343-6111, poste 5520). Suite à cet entretien, si vous aviez des raisons sérieuses de croire que la réponse apportée est insuffisante, vous pourriez entrer en communication avec l'ombudsman de l'Université, Madame Marie-José Rivest (Téléphone (514) 343-2100).

ÉNONCÉ DU CONSENTEMENT

TITRE DE L'ÉTUDE : La traduction de l'innovation organisationnelle dans les pratiques professionnelles de réseaux : le cas des soins aux personnes atteintes de cancer

CHERCHEURE PRINCIPALE OU RESPONSABLE DE L'ÉTUDE :

Dominique Tremblay

Je, (nom en lettres moulées du participant).....
déclare avoir pris connaissance des documents ci-joints dont j'ai reçu copie, en avoir discuté avec **Dominique Tremblay**.....

et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude en question.

Après réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette étude. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice.

Signature du participant Date.....

Je, (nom en lettres moulées de l'investigateur) **Dominique Tremblay**.....

déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude à (nom en lettres moulées du participant).....

Signature de l'investigateur Date.....

J'autorise **Dominique Tremblay** à conserver mes coordonnées aux fins de l'application de la mesure 9 du *Plan d'action ministériel en éthique de la recherche et en intégrité scientifique* du Ministère de la Santé et des Services sociaux. Oui _____(Initiales) Non _____(Initiales)

Signature du participant Date