

NUMÉRO 18 | MAI 2020

Barrières et facilitateurs de la coordination des soins des cancers du sein et du col de l'utérus à la préfecture El Fida Mers Sultan – Casablanca : une évaluation réaliste.

Adil NADAM, Zakaria BELRHITI

Barrières et facilitateurs de
la coordination des soins des
cancers du sein et du col de
l'utérus à la préfecture El Fida
Mers Sultan – Casablanca : une
évaluation réaliste.

Adil NADAM, Zakaria BELRHITI

Auteurs :

- **Adil Nadam**
Correspondance : nadamadil@gmail.com
Ecole Nationale de Santé Publique Rabat, Maroc (au moment de l'étude)
- **Zakaria Belrhiti**
Correspondance : drbelrhiti@gmail.com
Ecole Nationale de Santé Publique Rabat, Maroc

Remerciements :

Au Dr. Marc Eric Gruénais : nous vous remercions pour la qualité, la précision et la rigueur de votre révision critique du manuscrit. Vos remarques et modifications ont grandement amélioré la qualité scientifique, la clarté du rapportage de cette version du manuscrit.

À la coordinatrice de la collection Cahiers REALISME : Nous tenons à remercier Dr. Lara Gautier pour les orientations, la révision et les commentaires émis sur le manuscrit.

Les auteurs sont entièrement responsables de la qualité scientifique de la recherche qui fait l'objet de la présente publication.

Résumé

Contexte: La coordination des soins des cancers du sein et col de l'utérus est particulièrement complexe, du fait qu'elle nécessite, l'intervention de multiples prestataires, à différents niveaux organisationnels du système de soins. Cela crée des défis pour les professionnels de la santé, afin qu'ils travaillent efficacement ensemble, pour fournir des soins coordonnés et de haute qualité aux patients. L'exploration des barrières et facilitateurs actuels, à une coordination efficace des soins contre le cancer, est nécessaire pour favoriser l'amélioration des services.

Méthode: Une étude qualitative a été réalisée, dans laquelle des entretiens individuels semi-structurés, et des groupes de discussion ont été organisés, avec les gestionnaires et les professionnels de santé, impliqués dans la prise en charge de ces cancers, pour identifier les barrières et facilitateurs de la coordination des soins. La collecte de données s'est poursuivie jusqu'à saturation. Nous avons adopté l'approche d'évaluation réaliste pour explorer les expériences et points de vue des participants sur les mécanismes sous-jacents et conditions contextuelles facilitant ou contraignant la coordination des soins du cancer.

Résultats: Au total, 25 professionnels de la santé dont 10 gestionnaires, ont participé à l'étude. Cette étude a identifié un certain nombre de barrières et facilitateurs à la coordination des soins des cancers du sein et col de l'utérus à la préfecture El Fida Mers Sultan, qui se rapporte à quatre composantes, à savoir les caractères organisationnels, les processus managériaux, la culture organisationnelle, et la communication interprofessionnelle. Les principaux résultats identifiés, se rapportent à la complexité des soins en oncologie, et la nécessité de favoriser le rôle central du clinicien en matière de coordination de soins, au détriment de la coordination administrative et hiérarchique des gestionnaires, à travers le développement du leadership clinique des médecins spécialistes et le leadership adaptatif ou situationnel des gestionnaires.

Conclusion: Cette étude a identifié des barrières et facilitateurs potentielles à la coordination des soins des cancers du sein et col de l'utérus. Les décideurs et gestionnaires du système de santé devrait porter une attention particulière à l'élargissement des tâches et promotion du leadership clinique des médecins généralistes et des infirmiers impliqués dans la prise en charge, et développer l'approche centrée sur le patient et des modes de coordination en réseaux adaptés à la complexité des soins en oncologie.

Mots-clés: Coordination des soins, cancer du sein, cancer du col de l'utérus, culture organisationnelle, Casablanca, Maroc.

1. Introduction

Les progrès de la médecine ont entraîné la multiplication des spécialités médicales, des professions de santé et des modes de prise en charge, et ont engendré une importante fragmentation des systèmes de santé (Walsh, et al., 2009; Karadeniz, 2017; OECD, 2008; Pham, 2002; Varroud, 2011) et une multitude de prestataires de soins et de structures de soins de santé primaires et hospitalières, publiques et privées impliquant des défis dans la coordination des soins (Cantournet, 2005; Deregge et al., 2017; Juilliard, 2002; Karadeniz, 2017; Maryaline, 2013; Mellinger et Volk, 2013; Milliet, 2013; OECD, 2008; Pham, 2002; Rouet, 2006; Varroud, 2011).

En oncologie, la coordination des soins est particulièrement complexe (Van Houdt et al., 2014; Walsh et al., 2010), du fait que la prise en charge des patientes atteintes d'un cancer, en cas de dépistage tardif, nécessite une prise en charge lourde, coûteuse et multidisciplinaire (Bekkali, 2017; Bickell et Young, 2001; Collett et al., 2019; Gorin et al., 2017). Elle implique des thérapies multimodales (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie ou hormonothérapie). Cette prise en charge implique aussi le traitement de problèmes de santé associés, et l'intervention de multiples prestataires à différents niveaux organisationnels du système de soins (Grant et al., 2018; Hawley et al., 2011; Lee et al., 2018; McAlearney et al., 2016).

Cela crée des défis dans la coordination des soins entre les professionnels de la santé des hôpitaux et des établissements de soins de santé primaires, contraignant ainsi la qualité et l'efficacité de la prise en charge du cancer du sein et du col en général (Mora-pinzon et al., 2019; Tripathy, 2003; Walsh et al., 2011; Walsh et al., 2010; WHO, 2014).

Les structures de santé sont considérées, comme des organisations sociales complexes (Juilliard, 2002; Rouet, 2006), du fait de la multiplicité des détenteurs d'enjeux, la diversité des profils professionnels, les évolutions technologiques rapides, et l'hétérogénéité de leurs équipements et installations (Cantournet, 2005; Houdt et al., 2013; Pham, 2002; Steudler, 2004). Elles sont considérées comme des "bureaucraties professionnelles (Mintzberg, 1989) caractérisées par la forte différenciation des activités des soins, et la primauté du centre opérationnel, constitué des professionnels qui assurent les activités de soins (Asmar et Wacheux, 2007; Guillaume, 2012; Nobre, 2013).

Cette forte différenciation génère un cloisonnement entre les services (Pham, 2002), des frontières intra-et inter-organisationnelles, et une fragmentation des soins qui ne permet plus de répondre de manière satisfaisante aux besoins des patients (Cantournet, 2005; Deregge et al., 2017; Maryaline, 2013; Mellinger et Volk, 2013; Milliet, 2013).

Cette fragmentation des soins explique la complexité de la coordination des soins en cancérologie du fait de la multiplicité, l'hétérogénéité et la diversité des professionnels (médecins radiologues, gynécologues, oncologues, généralistes, infirmiers, rééducateurs, etc.), la forte spécialisation des soins en cancérologie et par les évolutions technologiques rapides des équipements et installations (Abbas, 2017; Conte, 2008; Glouberman et Mintzberg, 2001; Haggerty et al., 2012; Maryaline, 2013; Porche, 2015; Sebai, 2016).

D'où l'importance de la coordination des soins entre différentes structures et acteurs dans l'amélioration de l'efficacité de l'action sanitaire collective et le renforcement des capacités des prestataires de soins à fournir des soins coordonnés de haute qualité aux patients tout au long du continuum de soins (Juilliard, 2002; Karadeniz, 2017; OECD, 2008; Pham, 2002; Rouet, 2006; Varroud, 2011).

La coordination nécessite des ressources suffisantes en systèmes et services efficaces inter-reliés (Gorin et al., 2017; Rocca et Hoholm, 2017), un personnel de qualité, attentionné et bien informé (Daveson et al., 2014; Walsh et al., 2011), des informations précises, et opportunes communiquées de manière à prendre en compte les besoins, les préférences, la situation et les capacités des patients et des prestataires de soins (Fox et al., 2014; Penm, Mackinnon, Strakowski, Ying, et Doty, 2017; Pichault et Alsene, 2007; Van Houdt et al., 2014).

Ainsi, une meilleure coordination des soins, permet de délivrer des soins flexibles et centrés sur le patient, et de réduire les coûts des soins de santé (Gorin et al., 2017; Miles et al., 2015; OECD, 2008).

En revanche, une mauvaise coordination des soins peut entraîner une fragmentation des soins, un accès insuffisant aux services appropriés, une désorientation des patients dans le système, ainsi qu'une utilisation imprévue des services de santé (Van Houdt et al., 2014; Walsh et al., 2010). Elle compromet la qualité et l'efficacité des soins, et augmente les coûts et les risques d'effets indésirables, tels que les erreurs de médication, les hospitalisations évitables, et les consultations dans les services d'urgence (Gorin et al., 2017; Grant et al., 2018; Haggerty et al., 2012; McWilliams, 2016; Schleicher, 2006).

Au Maroc, de manière similaire, les insuffisances en matière de coordination des soins, entre spécialistes des niveaux secondaires et tertiaires dans la prise en charge thérapeutique des femmes atteintes des cancers du sein et col de l'utérus ont des conséquences négatives sur la qualité et les délais de prise en charge (Elkaou, 2014; Ministère de la Santé du Maroc, 2008, 2011)(Ministère de la santé du Maroc, 2010, 2018, 2019).

À notre connaissance, aucune étude au Maroc n'a à ce jour exploré les barrières et facilitateurs de la coordination des soins contre le cancer du sein et du col de l'utérus.

Les résultats de l'étude vont permettre aux décideurs et professionnels de santé d'orienter leurs efforts sur les goulots d'étranglement entravant la coordination efficace des soins.

2. Revue de littérature

La coordination des soins de cancers est influencée par un ensemble de composantes d'ordre organisationnel et managérial et de conditions contextuelles, particulièrement la culture organisationnelle et la qualité de la communication interprofessionnelle.

Le caractère organisationnel englobe les caractéristiques des tâches (la nature et le degré de complexité des soins) (Lee et al., 2018; Mora-pinzon et al., 2019; Van Houdt et al., 2014), la structure (les aspects physiques et organisationnels qui sous-tendent le parcours de soins,

depuis les soins de santé primaires vers l'hôpital et vice-versa) (Adunlin et al., 2019; Augusto et al., 2013; Goldman et al., 2019; Nolan et al., 2014; Klabunde et al., 2018; Pauze, 2017; Redwood et al., 2011), le besoin de coordination (besoin d'échanger des informations ou de fournir des soins coordonnés) (Hawley et al., 2011; McAlearney et al., 2016; Schleicher, 2006), et le suivi des références (Collett et al., 2019; Lapointe et al., 2013; ministère de la santé Maroc, 2010).

Les processus managériaux comprennent les activités d'organisation des soins, à travers, 1) La mise en commun de dossiers médicaux, de plans de traitement intégrés et des procédures et protocoles de prise en charge (Karadeniz, 2017; Miles et al., 2015; Atun, 2017), 2) La régulation et la standardisation du flux du travail (Collett et al., 2019), 3) La clarification des rôles des professionnels de la santé (Bickell et Young, 2001), 4) La standardisation du système de référence et de contre référence, 5) L'adaptation des réunions d'équipes et des contacts personnels, et enfin, 6) Le leadership (Hasnain et al., 2014; Lie, Solvang, et Hauken, 2018; Redwood et al., 2011).

La culture organisationnelle signifie l'ensemble des valeurs communes et normes partagées des acteurs, en rapport avec la vision de l'organisation, la cohésion de l'équipe, et les pratiques professionnelles. La partie émergente de la culture est traduite par la qualité du climat organisationnel et des relations interpersonnelles (Belrhiti et al., 2020b). La culture organisationnelle est une condition contextuelle qui conditionne la fluidité de la collaboration, et/ou la coordination des soins (Nolan et al., 2014; Walsh et al., 2009; McAlearney et al., 2016; Pauze, 2017; Van Houdt et al., 2014).

La communication interprofessionnelle constitue une autre composante essentielle de la coordination de soins (Klabunde et al., 2018; La Rocca et Hoholm, 2017; Atun, 2017). La qualité de la communication entre les différents intervenants des soins spécialisés et des soins primaires, plus spécifiquement entre médecins généralistes, gynécologues, oncologues, radiologues, chirurgiens, infirmières, et gestionnaires, passe par l'utilisation de protocoles et de systèmes informatisés (Altin et Stock, 2015; Cohen et Adler-Milstein, 2016; Tschudy et al., 2016; Vanderboom, Thackeray, et Rhudy, 2015), l'efficacité des réunions d'équipes multidisciplinaires, la disponibilité des compétences de communication, de l'expertise, de la formation et des technologies de l'information (Collett et al., 2019; Hebert et al., 2000; Miles et al., 2015; ministère de la santé Maroc, 2010; Plescia et al., 2014).

D'autres conditions contextuelles peuvent aussi entraver la qualité de la coordination de soins telle que la qualité de la formation des professionnels, la motivation des soignants, la disponibilité des équipements et des plateaux techniques tout au long du parcours de soins (Mitra and Vadivelu, 2013).

En résumé, la coordination des soins repose sur quatre composantes essentielles à savoir la qualité des processus managériaux, les conditions contextuelles liées à la culture organisationnelle, les structures organisationnelles et la fluidité de la communication interprofessionnelle. Cela permet une meilleure coordination des soins, entre les acteurs concourants à la prise en charge du patient, pendant les différentes phases de la maladie (Abbas, 2017; La Rocca et Hoholm, 2017; ministère de la santé Maroc, 2010, 2018; Walsh et al., 2011).

Objectifs de l'étude

Notre étude a pour objectif principal d'analyser les barrières et les facilitateurs de la coordination des soins des cancers du sein, et du col de l'utérus, à la préfecture El Fida Mers Sultan à Casablanca. Adoptant l'approche réaliste (Pawson et Tilley, 1997), notre objectif spécifique est d'identifier les mécanismes sous-jacents et les conditions contextuelles qui entravent ou facilitent le processus de coordination des soins des cancers du sein et du col de l'utérus.

Objectifs spécifiques

Guidé par la théorie de programme initiale, notre objectif est d'explorer le rôle des caractéristiques organisationnelles, des processus managériaux, de la culture organisationnelle et de la communication interprofessionnelle dans le processus de coordination des soins.

L'exploration des rôles de ces quatre composantes permettra de mieux raffiner la théorie de programme initiale sur les mécanismes et conditions contextuelles qui entravent ou améliorent la coordination des soins et permettraient de formuler des explications plausibles des défaillances constatées dans la coordination des soins liés aux cancers du sein et du col.

3. Méthodologie

Nous avons choisi d'adopter l'approche d'évaluation réaliste (Pawson et Tilley, 1997) qui a montré sa pertinence dans l'exploration des interventions sociales complexes en santé publique et qui permet de comprendre ce qui fonctionne, pour quel acteurs et dans quel contexte (Emmel et al., 2018 ; Marchal et al., 2018 ; Ridde et al., 2012 ; Robert et Ridde, 2013). Afin d'explorer ces relations, l'évaluation réaliste porte une attention particulière à l'exploration des configurations causales exprimées sous forme d'énoncés selon l'acronyme CMO (Contexte-Mécanisme-Outcome (effet)) (Pawson et Tilley, 1997).

Ainsi, nous avons adopté le cycle de l'évaluation réaliste (Marchal et al 2012; Pawson et Tilley, 1997) qui commence par la formulation de la question de recherche et une revue de littérature (voir ci-dessus) qui aboutit au développement d'une théorie de programme initiale (présentée ci-dessous). La théorie de programme a guidé la conception de l'étude de cas, la collecte de données et l'analyse de données. Enfin, nous avons ensuite synthétisé les résultats sous forme de configurations causales (CMO) et la proposition d'une théorie de programme modifiée. Nous avons aussi suivi les standards de rapportage des évaluations réalistes décrit par (Wong et al., 2016).

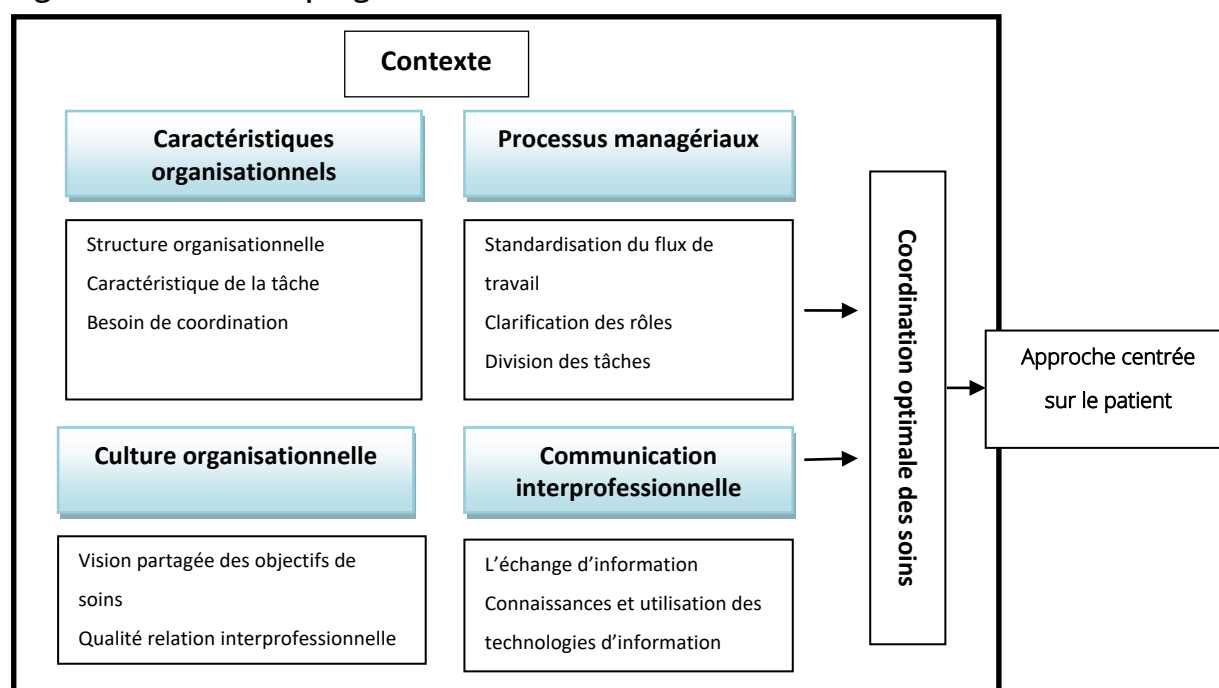
Développement d'une théorie de programme

Le cadrage théorique de l'évaluation réaliste (Pawson and Tilley, 1997) permet de développer une théorie de programme initiale (hypothèse causale) qui ne prétend pas être exhaustive. D'autres conditions contextuelles peuvent émerger de l'analyse des données empiriques et sont décrites dans des recherches antérieures (ex : rôles de la motivation et des conditions de travail des professionnels dans la région de Casablanca Settat (Gruénais et al., 2010, Gruénais, 2008,

Belrhiti et al., 2020b, Belrhiti et al., 2020a, Belrhiti et al., 2019).

Dans le cas présent, la revue de littérature nous a permis de conceptualiser le processus de coordination sous forme d'une théorie de programme initiale (hypothèse ou cadre conceptuel) qui décrit la relation de coordination des soins aux facteurs organisationnels, aux processus managériaux, à la communication interprofessionnelle et à la culture organisationnelle.

Figure 1 : Théorie de programme initiale



Ainsi, en nous focalisant sur les quatre composantes décrites dans la figure 1 nous avons formulé plusieurs hypothèses.

Les hypothèses

En nous basant sur la théorie de programme initiale et les résultats des recherches antérieures (Belrhiti et al., 2020b, Belrhiti et al., 2020a) nous avons formulé les hypothèses initiales suivantes :

Hypothèse 1

L'adaptation de la structure organisationnelle et des caractéristiques de la tâche des professionnels aux besoins de coordination permet de fluidifier le parcours et la transition de soins, entre établissements primaires et hospitaliers et de faciliter la tâche pour les professionnels de santé, et permet une meilleure référence des patients.

Hypothèse 2

L'adaptation des processus managériaux en termes d'organisation, et de standardisation du processus de soins, et du style de leadership aux besoins des professionnels, favorisera une meilleure coordination des soins.

Hypothèse 3

La coordination des soins est facilitée si la culture organisationnelle est perméable aux valeurs partagées de travail collaboratif, et lorsque le climat organisationnel est favorable.

Hypothèse 4

La qualité de la communication interprofessionnelle est un levier important dans la coordination des soins, entre les différents intervenants des soins spécialisés et les soins primaires.

Devis de l'étude

Il s'agit d'une étude de cas unique, qualitative à visée exploratoire (Dumez, 2015; Yin, 2011).

Définition du cas

Le cas est le processus de coordination des soins d'oncologie au sein de la Délégation préfectorale de santé El Fida Mers Sultan à Casablanca, Maroc.

Contexte et site de l'étude

L'étude a été réalisée au sein de la préfecture de santé El Fida Mers Sultan, à la ville de Casablanca. La préfecture s'étend sur une superficie estimée à 7,74 km² avec une population urbaine de 301 416 habitants. La densité moyenne (de 39 459 hab./km²) est considérée comme la plus élevée de la région de Casablanca Settat.

D'après le registre des cancers de la région de Casablanca pour l'année 2008, les cancers du sein et du col de l'utérus constituent environ la moitié des cancers dont les femmes sont atteintes et 27% de tous les cancers (femmes et hommes réunis). Le cancer du sein représente le premier cancer de la femme avec une incidence standardisée de 30 pour 100.000 femmes par année durant la période de 2008 à 2012 (Ministère de la Santé du Maroc, 2008). Il représente 36,1 % de tous les cancers féminins (Ministère de la Santé du Maroc, 2008).

L'âge moyen de survenue est de 48,1 ans. L'incidence standardisée du cancer du col est de 10 pour 100 000 femmes, et une extrapolation au niveau national montre que chaque année, il y aurait environ 2 000 nouveaux cas de cancer du col (Ministère de la Santé du Maroc, 2008).

Offre de soins à la préfecture Fida Mers Sultan, Casablanca

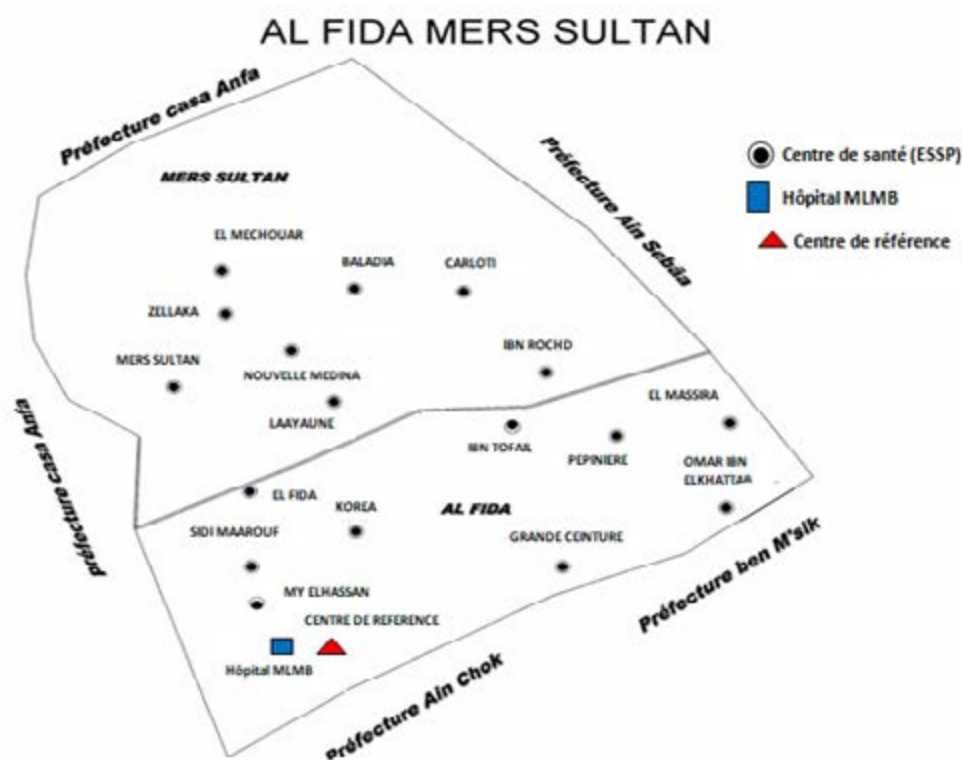
La préfecture comprend 14 établissements de soins de santé primaire (centres de santé) [soit un ESSP/ 18838 habitants] dont deux centres de santé de niveau 2 (notés MH, et ZL) et 12 centres de santé de niveau 1 (voir figure 2 et annexe 1). Ces établissements assurent le niveau primaire de prise en charge du cancer du sein et du col. Ces structures sont appuyées par une structure intermédiaire d'appui, le Centre de Référence en Santé Reproductive. Ces centres de référence ont été construits dans le cadre du plan national de prévention et de contrôle du cancer (PNPCC) 2010-2019 lancé par le Ministère de la santé en partenariat avec la Fondation

Lalla Salma de lutte contre le cancer¹. Ces centres assurent une mission d'orientation et de recours pour les patientes dépistées et ont contribué à la réduction des délais de prise en charge et de suivi des femmes atteintes de cancer du sein et du col (CIRC, 2017).

Les cas nécessitant la prise en charge secondaire sont référés au niveau du centre hospitalier provincial (MLMB) d'une capacité litière de 253 lits et assurant 24 disciplines médicales et chirurgicales {soit 1 lit pour 1546 habitants}. Il abrite aussi des pôles d'excellence de la neurochirurgie, la traumatologie, la chirurgie infantile, la réanimation et l'oncologie².

Les cas nécessitant une prise en charge tertiaire sont référés au centre d'oncologie du centre hospitalier universitaire interrégional Ibn Rochd. En addition à ces structures, la préfecture comprend d'autres structures d'appui (le centre de diagnostic de la tuberculose et des maladies respiratoires, l'espace santé jeune, une unité de soins palliatifs, un centre de rééducation, une maison de vie de la Fondation Lalla Salma). La région de Casablanca Settat, comprend de plus 6 centres d'oncologies et cliniques privées de prise en charge³.

Figure 2 : carte sanitaire de la préfecture Al Fida Mers Sultan



Source: Ministère de la santé, Délégation préfectorale de santé El Fida Mers Sultan

1 La Fondation Lalla Salma de lutte contre le cancer est une fondation à but non lucratif créé en 2005.

2 <http://cartesanitaire.sante.gov.ma/offresoins/>

3 <http://www.contrelecancer.ma/fr/annuaire/carte/centres-oncologie/>

Filière de prise en charge du cancer du sein et du col

D'après la carte sanitaire de l'organisation de système de soins (Royaume du Maroc, 2015), la prise en charge du cancer du sein et du col est organisée selon une pyramide à 4 niveaux. Le niveau primaire comprend les centres de santé urbains et communaux de niveau 1 et 2 qui assurent le dépistage clinique du cancer du col (Inspection visuelle du col utérin à l'acide acétique et examen clinique des seins). Les centres de santé de niveau 2 assurent, en plus des fonctions de soins de santé primaire assurée par le niveau 1, des fonctions plus spécialisées telles que l'échographie obstétricale, les examens biologiques de suivi de la grossesse, les consultations en santé mentale et les soins buccodentaires, etc.

Le niveau intermédiaire est représenté par le centre de référence de santé reproductive qui assure la confirmation du diagnostic (radiologie, colposcopie, biopsie, cyto-ponction) et la prise en charge thérapeutique pour les lésions précancéreuses du col utérin (résection à l'anse diathermique). Le niveau secondaire de prise en charge est représenté par les centres hospitaliers provinciaux et les maternités hospitalières. Ce niveau assure le complément du bilan d'extension et de suivi des femmes traitées. La prise en charge peut se faire à ce niveau ou, en fonction de la gravité des lésions, au niveau tertiaire. Le niveau tertiaire est représenté par les centres hospitaliers universitaires (maternités hospitalières universitaires et les centres d'oncologie). Ce niveau permet d'assurer la prise en charge spécialisée multidisciplinaire (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie ou hormonothérapie).

Sélection du site

Nous avons choisi le site de la préfecture Fida Mers Sultan comme un cas typique (Patton, 2001), qui couvre tout le processus de prise en charge : la préfecture englobe un centre hospitalier préfectoral anonymisé et noté MLMB qui dispose d'un service d'oncologie, un centre de référence pour le dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus, et deux établissements de soins de santé primaires de niveau 2 respectivement codés (MH, et ZL). L'effectif de chaque structure est représenté dans le tableau 1.

Tableau 1 : Effectif Médical et infirmier par structure

Structures		Service d'oncologie du CHP MLMB	Centre de référence	Centre de santé niveau 2 MH	Centre de santé niveau 2 ZL	Total
Ressources humaines	Médecins	03	02	04	03	12
	Infirmières	06	03	04	04	17
Total		09	05	08	07	29

Source : (Délégation préfectorale de santé El Fida Mers Sultan, 2019).

Collecte de données

La sélection des répondants est raisonnée (Patton, 2001). Elle a été guidée par la théorie de programme initiale (ou hypothèses) et par le degré d'implication des acteurs dans la coordination des soins à l'échelle de la structure hospitalière, mais aussi au niveau des ESSP. Elle est aussi conditionnée par l'obtention du consentement éclairé de chaque participant.

La population de l'étude est répartie en trois catégories : les professionnels, les managers des structures de prise en charge et les coordonnateurs de soins au niveau de la préfecture. Les professionnels de santé sont représentés par les cliniciens médecins spécialistes et infirmiers. Les managers sont représentés par les médecins et infirmiers occupant des postes de responsabilités tel que le médecin directeur de l'hôpital, le médecin délégué du ministère de la santé, le médecin chef de service des réseaux des établissements de santé, médecins chefs des deux centres de santé, l'infirmière chef de l'unité d'oncologie, le médecin et l'infirmière chef du centre de référence.

Les coordonnateurs des soins sont des responsables opérationnels de la coordination des soins. Ils sont représentés par le chef de pôle des soins infirmiers, le chef de pôle des affaires médicales, et les infirmières animatrices du programme de lutte contre le cancer relevant du service de réseau des établissements de santé (SRES)⁴.

Tous les participants ont reçu une fiche d'information sur l'étude, et un formulaire de consentement. Les entretiens semi structurés (Rubin and Rubin, 2011) et les groupes de discussion structurés (Richard A. Krueger, 2014) ont été animés par un des chercheurs (Adil Nadam) à l'aide d'un guide d'entrevue, et un guide de groupe de discussion (annexe 2 et 3). Tous les entretiens et groupes de discussions ont été enregistrés en utilisant un dictaphone, après consentement des participants, à l'exception de trois entretiens. Pour trois participants à l'étude qui ont refusé d'être enregistrés, on a procédé à la prise de notes puis la retranscription de mémoire de l'entretien, à la fin de l'entretien (Rubin, 2011). Par ailleurs, quatre (4) infirmières ont refusés de participer à l'étude.

Nous avons retranscrit de manière intégrale toutes les entrevues, et géré les données transcrites par un logiciel de traitement de données NVivo 11®(QSR International 2015). Chaque entretien a été codé et anonymisé. La durée des entretiens a varié de trente minutes à une heure.

Interviews

Nous avons mené 14 entretiens individuels dont 10 entretiens avec les managers (directeur d'hôpital, délégué, médecin-chef du SRES, médecins-chef des deux centres de santé niveau 2 (MH, et ZL), infirmière-chef du centre d'oncologie, médecin- et infirmière-chef du centre de référence en santé reproductive, chef pôle des soins infirmiers, chef pôle des affaires médicales).

Nous avons aussi mené quatre entretiens individuels avec deux médecins spécialistes et deux infirmières exerçant à l'hôpital et au centre de référence. Les entretiens ont été effectués au niveau du bureau de chaque participant selon leur convenance.

⁴ Le Service de réseau des établissements de santé (SRES) est l'un des deux services composant les délégations préfectorales ou provinciales de santé au Maroc. Il est chargé , d'après la loi cadre n° 34-09 BO N° 5962, « d'élaborer les plans d'action des établissements de soins de santé primaires au niveau de la province ou de la préfecture et de veiller à l'encadrement, au suivi et à l'évaluation de leur exécution, et la coordination des activités du réseau hospitalier, le réseau des établissements médicaux sociaux, et le réseau intégré des soins d'urgences médicales ».

Groupes de discussions ciblés

Nous avons réalisé un groupe de discussion ciblé [Focus group discussion] avec six infirmières dans l'unité d'oncologie de l'hôpital MLMB. Le groupe de discussion ciblé, d'après Krueger (2014), correspond à l'animation de discussions entre six à huit participants en utilisant des questions de relance et en facilitant les interactions entre les acteurs. Ces discussions sont structurées autour des thématiques informées par la théorie du programme initiale.

Étant donné que le nombre de six à huit personnes recrutés pour les groupes de discussions avec les médecins et gestionnaires du programme n'a pas été atteint, nous avons été contraints de conduire à la place un interview de groupe, en utilisant le guide du groupe de discussion (annexe 3), avec quatre médecins généralistes exerçant au niveau des deux centres de santé (MH, et ZL), et un autre interview de groupe avec trois infirmières coordinatrices animatrices du programme du cancer du sein et du col relevant du service de réseau des établissements de santé (SRES). Les interviews d'un nombre limité de participants permet de recueillir d'avantage d'informations en permettant plus de temps pour chaque interviewé et d'explorer en profondeur des questions sensibles (Bloor et al, 2001).

Ces groupes de discussions et interviews de groupes ont permis d'approfondir l'analyse, les expériences, et les points de vue sur la coordination des soins (Krueger, 2014). Les participants ont été invités à décrire ouvertement leurs expériences et leur vision de la coordination des soins. Les groupes de discussions ciblées ont été réalisés au niveau de la salle de réunion de l'hôpital.

Revue documentaire

Nous avons collecté les documents suivants auprès des informateurs clés de la délégation préfectorale de santé El Fida Mers Sultan, Casablanca, région Casa Settat :

- Rapport de performance du centre hospitalier préfectoral (MLMB).
- Procès-verbaux de supervision du programme de détection précoce des cancers du sein et du col de l'utérus.
- Textes règlementaires portant organisation de la filière de soins et des systèmes de soins.

Caractéristiques sociodémographiques des participants

Les participants sont répartis selon le profil, la fonction (professionnel de santé, manager, coordonnateurs) et en fonction d'autres facteurs socio-démographiques (voir tableau 2).

Tableau 2: Caractéristiques sociodémographiques des participants à l'étude.

Caractéristiques		Hôpital	Centre de Référence	SRES	Délégation de Santé	CS niveau 2 MH	CS niveau 2 ZL	Total
Effectif	<i>Médecins</i>	03 SP 01 MG	01 MG	01 MG	01 MG	04 MG	01 MG	12
	<i>Infirmières</i>	07	01	03	-	01	01	13
Fonction	<i>Professionnel de santé</i>	07	00	00	00	03	00	10
	<i>Manager</i>	02	02	01	01	02	02	10
	<i>Coordonnateur</i>	02	00	03	00	00	00	05
Sexe	<i>F</i>	07	02	04	01	04	02	20
	<i>M</i>	04	-	-	-	01	-	05
Age (années)	<i><30</i>	-	-	-	-	-	-	-
	<i>31-39</i>	05	01	-	-	-	-	06
	<i>40-49</i>	04	01	02	-	04	01	12
	<i>50 et +</i>	02	-	02	01	01	01	07
Ancienneté en année	<i>1-5</i>	01	-	-	-	01	-	02
	<i>6-10</i>	04	01	-	-	01	-	06
	<i>11-20</i>	03	01	02	-	02	01	09
	<i>21 et +</i>	03	-	02	01	01	01	08

SP : Spécialistes, MG : Médecin Généralistes, Inf : Infirmier(e)

La plupart des professionnels de santé interviewés sont âgés de 40 à 59 ans, ont une ancienneté entre 06 et 21 ans et les 3/4 sont des femmes.

Analyse des données

Avant l'analyse, les transcriptions de chaque participant ont fait l'objet d'un processus visant à retirer toute possibilité d'identification, afin d'assurer la confidentialité et de limiter les biais d'analyse chez les chercheurs. Nous avons adopté d'abord une analyse inductive dans l'exploration des thèmes émergents des expériences des participants en matière de coordination des soins du cancer du sein et col de l'utérus (Saldaña, 2013; Yin, 2011). Ces thèmes ont été confrontés avec les catégorisations théoriques (logique déductive) et nous avons ainsi réadapté notre théorie de programme initiale (logique abductive) (Tilley, 1997).

Nous avons procédé à une catégorisation thématique (Miles et al., 2016) des entretiens, avec l'aide du logiciel NVivo 11® (QSR International 2015) en utilisant une approche rétroductive (Bhaskar, 1978) de genèse des connaissances impliquant une démarche triple inductive, abductive et déductive. L'approche inductive consiste à procéder à un codage des thèmes émergents des données empiriques. L'approche déductive consiste à utiliser les catégories thématiques décrites dans la théorie de programme initiale. L'approche abductive consiste à raffiner les thématiques issues de la théorie de programme en les adaptant aux concepts émergents de l'analyse des données empiriques et de les comparer dans les différents types de structures de soins et chez les différents types de profils d'interviewés.

Nous avons porté une attention particulière aux relations entre le rôle des processus managériaux, style de leadership [Intervention], dans le cadre des conditions contextuelles spécifiques [Contexte] (caractéristiques organisationnelles, culture organisationnelle), qui pourraient expliquer la bonne coordination des soins [Outcome] entre les différents types de profils professionnels [Acteurs] et identifier les facteurs facilitateurs/barrières sous-jacents [mécanismes] potentiels explicités dans le raisonnement individuel des interviewés et éclairés par la théorie de programme initiale. Ceci conforte la logique de « reproduction » de l'évaluation réaliste (Bhaskar, 2013) où le cycle de l'évaluation réaliste consiste en un processus itératif d'infirmité et / ou de confirmation de la théorie de programme en explorant d'avantage de cas empiriques (positive et négative) dans un processus continu de construction des connaissances (Pawson and Tilley, 1997). Plus spécifiquement, nous avons utilisé l'acronyme ICAMO (Intervention, Contexte, Acteurs, Mécanismes, Outcome (Effet) dans l'analyse des verbatim des interviewés (Marchal et al., 2018).

Les codifications ont été discutées à différents étapes du processus de codifications (premier et second cycle de codage) (Miles & Huberman, 1994), lors des réunions de l'équipe de chercheurs (AN, ZB). La qualité des transcriptions et de l'analyse a été contrôlée par le second auteur (ZB). À la suite de cette analyse initiale, le processus d'analyse verticale des codes ou codage axial a été entrepris en procédant à des comparaisons entre les données émergentes par catégories professionnelles, fonctions (manager, coordinateur, professionnel) et par structure. Toutes les classifications et les comparaisons ont été discutées au sein de l'équipe de recherche.

Considérations éthiques :

Durant toute la durée de l'étude nous avons assuré le respect des principes éthiques et d'intégrité de la recherche selon la déclaration d'Helsinki. Le protocole de recherche a été approuvé par le comité d'éthique pour la recherche biomédicale, de la Faculté de Médecine et de Pharmacie, relevant de l'université Hassan II de Casablanca, sous le numéro d'ordre 07/19.

Plus spécifiquement, avant de procéder à la collecte des données, un premier contact a eu lieu avec chaque participant pour l'informer sur la nature, le but, la durée de l'étude et les méthodes utilisées, les règles de confidentialité et d'anonymat. Chaque participant a été informé au préalable de son libre choix de participer ou non à cette étude. Nous avons expliqué à chaque participant les règles adoptées relatives à l'anonymisation, et le respect de la confidentialité des données personnelles, et obtenu leur consentement écrit. La fiche de consentement écrite a été signée conjointement par le chercheur et le participant à l'étude et un duplicata a été remis au participant à l'étude.

4. Résultats

4.1. Caractères organisationnels

Changement de l'organisation administrative

D'après les interviewés, le centre de référence sur le plan organisationnel était au début rattaché à l'hôpital, comme une unité au centre de diagnostic polyvalent et placé sous la gestion directe de l'hôpital. Ceci a facilité la gestion du personnel et la coordination entre le centre de référence et l'hôpital.

« Les liens hiérarchiques étaient clairs entre le centre dépistage et l'hôpital, puisque le centre de dépistage était rattaché à l'hôpital » (BFCS02, gestionnaire)

Depuis sa création en 2005, la Fondation de la princesse Lalla Salma de lutte contre le cancer a œuvré en partenariat avec le Ministère de la santé à faire de la lutte contre le cancer une priorité de santé publique au Maroc en développant le Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer 2010-2019. La fondation contribue à l'échelle nationale à l'organisation des campagnes de communication, de sensibilisation, de prévention, de détection précoce du cancer du col et du sein et de renforcement de l'accès aux soins aux populations défavorisées. A cet égard, La Fondation œuvre dans le domaine de solidarité sociale à travers la construction de «Maisons de vie» pour les patientes et leurs proches, la création d'un réseau de bénévoles à travers le Royaume, le développement des soins palliatifs à domicile et le soutien scolaire des orphelins du cancer (CIRC, 2017) (voir aussi <http://www.contrelecancer.ma/fr/>).

Après l'avènement de la fondation Lalla Salma⁵, le centre de référence⁶ devient sur le plan administratif, indépendant de l'hôpital et placé directement sous la tutelle administrative du service des réseaux des établissements de santé (SRES) (Ref : loi cadre 34-09). Ceci a engendré un second pallier de prise en charge ayant nuit, selon les interviewés, à la qualité de la coordination. Le centre de référence est situé à proximité de l'hôpital qui a été rénové et équipé par la fondation Lalla Salma.

« Pour la Fondation Lalla Salma... au début elle [La fondation] a commencé en 2005... par la création du centre de référence, et la généralisation du dépistage du cancer du col et du cancer du sein au niveau des centres de santé... » (BFCS13, médecin)

« Le centre au départ avait une vocation régionale. Donc il prenait les malades en provenance d'autres préfectures de Casablanca, et des provinces avoisinantes... » (BFCS01, gestionnaire)

Sur le plan règlementaire, c'est le médecin chef du SRES qui doit assurer la coordination entre

⁵ La Fondation de la princesse Lalla Salma de lutte contre le cancer, a été créée en 2005 dont la mission est d'œuvrer, avec l'ensemble de ses partenaires, à faire de la lutte contre le cancer une priorité de santé publique au Maroc et dans la région.

⁶ Les centres de références sont des centres qui ont été construits et équipés par la Fondation Lalla Salma en partenariat avec le Ministère de la santé au moins un par province, afin de faciliter l'accessibilité des femmes aux services de diagnostic des cancers du sein et du col de l'utérus. Ces centres jouent un rôle important dans l'orientation et le recours des femmes dépistées et ont permis de réduire sensiblement les délais de prise en charge et l'absence de suivi (CIRC, 2017).

le réseau hospitalier (REH)⁷, le réseau des établissements des soins de santé primaire (RESSP)⁸, le réseau intégré des soins d'urgences médicales (RISUM)⁹, et le réseau des établissements médicaux sociaux (REMS)¹⁰ (Loi cadre n° 34-09 BO N° 5962) (Ministère de la Santé du Maroc, 2016; Ministère de la santé du Maroc, 2019). Mais cette coordination n'est pas encore formalisée sur le terrain. Les gestionnaires estiment que ces directives sont ambiguës, manquent de clarté dans la définition des rôles et des fonctions de chaque intervenant :

« Pour le SRES, il y a une unité de coordination nouvellement créée, selon la circulaire de la DHSA [Direction des Hôpitaux et des soins ambulatoires] ...mais il y a quelques problèmes d'opérationnalisation. Quoi faire ? Comment faire ? Donc les attributions ne sont pas encore claires... » (BFCS04, gestionnaire).

Organisation verticale hiérarchisée de la filière de soin

D'après les documents règlementaires, et d'après les gestionnaires, la filière des soins spécifique au cancer doit permettre à chaque personne souffrant de cette maladie, quel que soit son lieu de résidence, de pouvoir accéder à une prise en charge, graduée, répondant aux besoins de proximité mais aussi au recours nécessaire à un plateau technique selon un parcours clair et organisé.

Ceci contraste, avec la perspective des professionnels de santé, qui ont identifié de nombreuses barrières, entravant la mise en œuvre de cette organisation verticale, telle que la perte du temps, lors du va et vient des patientes entre les différentes structures de prise en charge (Centre de santé (CS), Centre de référence, centre hospitalier préfectoral (CHP), centre hospitalier universitaire (CHU)), l'allongement des délais de rendez-vous, et l'insuffisance de couverture médicale liée à des problèmes d'acquisition de la carte RAMED, paiement direct des prestations pour les patientes qui n'ont pas de couverture médicale).

« Le circuit patient au niveau du CHU n'est pas clair, les patientes ne sont pas bien informées, ... d'après les patientes qui reviennent nous expliquer les contraintes, rencontrées au niveau du CHU, elles trouvent des problèmes d'orientation et d'information au niveau du CHU » (BFCS11, médecin)

« Le protocole vient du CHU pour chaque malade, ainsi que la dotation des médicaments, donc le malade arrive du centre de référence, pour avoir l'avis de l'oncologue. Bien sûr l'oncologue va lui administrer des bilans biologiques, radiologiques, comme le scanner, l'IRM, puis il va référer la patiente à travers une lettre de référence, au CHU de Casablanca (le service 40), pour

7 Le REH ou réseau hospitalier est composé des établissements suivants : Les hôpitaux préfectoraux et provinciaux ; les hôpitaux régionaux ; les formations hospitalières relevant des centres hospitaliers érigés en établissements publics ; les hôpitaux psychiatriques ; les centres régionaux d'oncologie ; les centres d'hémodialyse.

8 Le RESSP ou Réseau des établissements de soins de santé primaires est composé des établissements de soins de santé primaires (ESSP) en milieu rural (Centre de santé rural de premier niveau: CSR1 (ex CSC), Centre de santé rural de 2ème niveau : CSR2 (ex CSCA), +/-Dispensaire rural au besoin (DR) et par les ESSP en milieu urbain (Centre de santé urbain de premier niveau : CSU1 (ex CSU), Centre de santé urbain de 2ème niveau: CSU2 (ex CSUA)).

9 Le RISUM ou réseau intégré des soins d'urgence médicale accomplit sa mission selon les trois modes suivants : Les urgences médicales de proximité, les urgences pré-hospitalières, les Urgences médico-hospitalières.

10 Le REMS ou réseau des établissements médico-sociaux est composé des : Centres dits espaces « santé-jeunes » ; Centres de rééducation physique, d'orthoptie et d'orthophonie ; Centres d'appareillage orthopédique ; Centres d'addictologie ; Centres médico-universitaires ; Centres de soins palliatifs.

qu'elle soit staffée par les spécialistes du CHU. Donc après, ils vont lui administrer un protocole de traitement, et elle va être référée par la suite vers l'hôpital à l'unité d'oncologie, avec une dotation spéciale pour chaque patiente, pour qu'elle reçoive son traitement au niveau de l'unité de chimiothérapie de l'hôpital » (FGD18, infirmière)

D'après les interviewés, la coordination des soins est contrainte par le faible effectif du personnel, la défaillance de la chaîne d'approvisionnement en médicaments, l'effectif élevé des malades, et la faible maintenance des équipements de diagnostic et de prise en charge. Ceci a des conséquences néfastes sur les délais de rendez-vous.

« Les malades sont trop nombreux. L'effectif est important donc ce qui allonge le délai des rendez-vous ...Parfois les patientes ne respectent pas le délai de 2 ans qu'on leur a fixée, après la première consultation, s'il s'avère négatif bien sûr » (FGD22, médecin)

«...Malheureusement le départ à la retraite du personnel de santé, va retentir sur le temps dédié à la femme... lorsqu'il y a quatre infirmières au niveau d'un centre santé, et qu'il reste seulement une seule, donc il y a plusieurs programmes de santé...est-ce qu'elle va faire la vaccination ou bien s'occuper d'un autre programme, donc il y a une surcharge de travail » (BFCS01, gestionnaire)

« Il y a un problème de dotation des médicaments, qui arrive au jour le jour, selon le nombre de patientes admises à l'hôpital, donc s'il trouve une solution pour la dotation de médicaments, donc l'unité d'oncologie va devenir autonome, ça serait mieux... Au lieu de faire un protocole de prise en charge au niveau de l'hôpital, et qu'on administre les médicaments localement aux patientes. Donc la patiente fait un autre circuit puisque la dotation se trouve au niveau du CHU ! » (FGD18, infirmière)

«...Il y a le problème des équipements qui sont anciens ! Les radiologues ne veulent plus travailler avec ! On doit les renouveler et acheter de nouveaux matériels (échographe, appareil de mammographie, colposcope) » (BFCS02, gestionnaire)

D'après les interviewés, l'absence de couverture sanitaire de certaines patientes, la non disponibilité des médicaments, et le nombre important des patientes couvertes par le Régime RAMED¹¹ dépasse les capacités d'accueil des structures de santé et entraîne l'allongement des délais d'attente. Ceci les oblige à payer directement des médicaments coûteux et les conduit à se faire prendre en charge dans le secteur privé. Ces défis, d'après les interviewés, constituent une barrière financière lourde à l'accès aux soins, au point d'aboutir au décès de patientes.

«...On perd beaucoup de femmes parce qu'elles n'ont pas une couverture médicale, ...la solution ? On doit instaurer l'achat de service¹² pour les examens anatomopathologiques... Comme on a fait l'achat de services de dialyse, donc on peut faire l'achat de service de l'anatomopathologie » (BFCS01, gestionnaire)

11 Le Régime d'Assistance Médicale (RAMED) est l'un régime de la couverture médicale de base créé par la loi de la couverture médicale 65-00 en 2002 et généralisé à tout le Royaume du Maroc en 2011. Il se base sur les principes de l'assistance sociale et de la solidarité nationale au profit des personnes démunies et économiquement vulnérables. Le panier de soins couvert par le RAMED inclut la prise du cancer dans le panier de soins (plus de détails voir <https://www.ramed.ma/>)

12 L'achat de service correspond au financement par l'État des services de santé fournis par le secteur privé au profit des patients couverts par le RAMED. Ces prestations sont réalisées dans le cadre d'un partenariat public privé entre le Ministère de la santé et les structures de santé privées par voie d'appel d'offre (exemple : l'achat des services d'hémodialyse)

Chevauchement entre les structures de prise en charge

Les interviewés ont évoqué la complexité du panier de soins qui doit être délivré par chaque structure et par différents prestataires de soins, et l'existence de chevauchement de fonctions qui entravent la coordination entre ces différentes structures.

« Normalement le centre de référence est un centre d'appui, qui facilite l'orientation des femmes... On doit faire le dépistage seulement, mais il fait une autre fonction. C'est le diagnostic par la mammographie, l'échographie et la colposcopie qui doivent être faits, normalement au niveau d'hôpital » (FGD07, Animateur SRES)

Normalement, les établissements de soins de santé primaires (ESSP) font le dépistage, les prélèvements au centre de référence, et réfèrent la femme soit au Centre Hospitalier Provincial (CHP) soit au CHU. Cependant, il y a une incomplétude du panier de soins délivré par chaque structure de santé, que ce soit au niveau primaire, secondaire, ou tertiaire.

« C'est difficile de coordonner entre les différents spécialistes qui interviennent dans la filière de prise en charge des cancers du sein et col de l'utérus... Le dépistage se fait au niveau des centres de santé, le diagnostic au niveau du centre de référence, et la prise en charge au niveau de l'hôpital (la PEC chirurgicale et la chimiothérapie). Pour la radiothérapie, elle se fait au niveau du CHU...» (BFCS04, gestionnaire)

«...Donc l'unité de chimiothérapie de l'hôpital, est considérée comme une annexe du service d'oncologie du CHU au niveau de l'hôpital préfectoral... on intervient dans la phase de diagnostic, mais la phase de prise en charge n'est pas complète, il y a l'intervention du CHU » (BFCS13, médecin)

Fluidité de la coordination clinique

La coordination des soins est fluide, puisqu'il y a un chirurgien oncologue qui fait la consultation une fois par semaine au niveau du centre de référence, en plus de deux médecins généralistes affectés au centre.

« Il y a les procédures concernant la filière de soins de cancer, les protocoles, mais en général les spécialistes coordonnent entre eux via une coordination relationnelle, par téléphone, ils se concertent pour chaque cas, en général ils ont une très bonne relation entre eux, ce qui facilite la coordination des soins pour les patientes » (BFCS04, gestionnaire)

« Lorsqu'il y a des malades qui nécessitent une hospitalisation, donc le médecin et l'infirmière chef de l'unité, se déplacent à l'unité d'oncologie du CHU, pour trouver une solution avec le staff technique du service d'oncologie du CHU, sans avoir recours à l'administration, parfois les problèmes sont réglés par téléphone entre spécialistes de l'hôpital et du CHU » (FGD15, infirmière)

Faible contrôle des gestionnaires

Le rattachement du centre de référence au SRES conformément à la structuration hiérarchique dictée par la réglementation (Ministère de la Santé du Maroc, 2011b), ne correspond pas à la nature de la coordination des soins en oncologie, qui est régulée directement par les réseaux de médecins, dont le centre est constitué par le médecin oncologue exerçant au niveau de l'unité d'oncologie du CHP, autour duquel les différents acteurs interagissent, pour assurer les prestations de soins de manière coordonnée et continue. Le rôle des médecins spécialistes dans la coordination des soins n'est pas adapté aux besoins de contrôle top-down des gestionnaires locaux.

«... l'avantage qu'on a, c'est que le centre est à proximité de l'hôpital, ce qui favorise la coordination relationnelle, mais ce n'est pas institutionnelle, on doit institutionnaliser et régler la coordination » (BFCS03, gestionnaire)

« En ce qui concerne le problème de coordination, entre l'unité d'oncologie de l'hôpital, le CHU de Casablanca et le service d'oncologie 40...le personnel médical et infirmier de l'unité entretiennent, des relations directes, avec le service 40 [service d'oncologie] du CHU, pour régler les problèmes de prise en charge des patients, que ce soit en matière de traitement ou bien de référence et contre référence. Donc l'administration de l'hôpital et du CHU n'intervient pas dans ce sens » (FGD18, infirmière)

Les interviewés ont également exprimé le besoin d'opérationnaliser le comité de coordination des réseaux de soins (CCRS)¹³ au niveau de la délégation préfectorale de la santé, pour trouver des solutions adéquates aux problèmes de coordination inter établissements de santé (REH, RESSP, REMS, RISUM) et de l'importance du relationnel dans la coordination avec les spécialistes, vu la marge de manœuvre limitée des responsables hiérarchiques sur la coordination des soins en oncologie.

« Pour coordonner entre spécialistes, il faut que le délégué, qui est le président du comité de coordination [des réseaux de soins] préfectoral, réunisse les différents spécialistes, donc c'est lui le chef hiérarchique, qui a un poids qui peut influencer. Il doit convaincre les spécialistes sur la nécessité de se réunir. Le médecin chef de SRES [service des réseaux des établissements de santé] n'a pas un pouvoir hiérarchique direct sur les médecins spécialistes ! » (BFCS04, gestionnaire)

« Le délégué doit jouer son rôle de coordonnateur au niveau de la préfecture. Il doit provoquer des réunions de coordination, pour débattre des différents problèmes et trouver des solutions adéquates » (BFCS03, gestionnaire)

La complexité des soins

Les soins liés au cancer sont des soins complexes, du fait de la nature de la maladie, et de la multiplicité des intervenants dans la prise en charge. La plupart des patients suivis pour un cancer

¹³ Le comité de coordination des réseaux de soins est un comité créé au niveau de la délégation préfectorale de santé. Il est présidé par le délégué. Le secrétariat du comité est assuré par le chef du SRES, il a pour but de coordonner entre les différents réseaux de soins au niveau de la délégation préfectorale de santé.

sont amenés à subir différents types de traitement et d'interventions (chirurgie carcinologique, accompagnée d'une chimiothérapie et d'une radiothérapie adjuvante) en plus du traitement des morbidités associées.

« ...Le cancer est une maladie coûteuse, et en plus il nécessite le traitement d'autres pathologies en parallèle, comme le diabète et d'autres problèmes de santé, donc on doit se coordonner avec les différentes spécialités au niveau de l'hôpital pour la prise en charge des malades cancéreux pour leur régler leurs problèmes de santé » (BFCS09, gestionnaire)

Multiplicité et interdépendance des intervenants

Les soins en oncologie nécessitent l'intervention de plusieurs spécialistes (oncologues, chirurgiens oncologues, gynécologues, radiologues, biologistes, réanimateurs), qui exercent dans différentes structures de soins. Ceci tient du fait de la technicisation croissante des disciplines médicales en oncologie qui a pour conséquence une hyper spécialisation des personnels, tant médicaux que paramédicaux et la multiplication du nombre d'intervenants auprès des patients.

« Au niveau du centre de référence ... pour alléger un petit peu le délai d'attente, et le va-et-vient pour les patientes, on a créé un dossier patient au niveau du centre de référence , pour faire tous les bilans préopératoires (radio de poumon, ECG, avis de l'anesthésiste)... L'anesthésiste va aussi référer la patiente suite à son tableau clinique aux différents spécialistes, comme le gastroentérologue, l'endocrinologue, et ainsi de suite, donc le dossier une fois constitué, le chirurgien donne un rendez-vous pour faire l'acte chirurgical à la patiente [au centre hospitalier provincial] » (BFCS10, gestionnaire)

La centralité du rôle du gynécologue

D'après les interviewés, le gynécologue (parti en retraite anticipée), a été un élément très important en matière de coordination des soins des cancers du sein et col de l'utérus. Il fait le lien entre les niveaux primaires (ESSP) et secondaires (Hôpital) des systèmes de soins. Après son départ à la retraite anticipée ce lien a été rompu. Ce rôle central dans la coordination des soins est maintenant attribué à un médecin généraliste travaillant au centre de référence, et qui a été formé en gynécologie, en plus du chirurgien oncologue, qui fait la consultation au niveau du centre et participe indirectement à la facilitation de la coordination des soins.

« Comme j'ai dit, lorsqu'il y avait un gynécologue, il faisait la coordination entre l'oncologue, la radiologue, le chirurgien oncologue, pour prendre une décision concernant les patientes qui se présentent au centre, avant qu'elles ne soient référées au niveau du CHU, mais après le départ du gynéco, là commencent les problèmes de coordination » (BFCS03, gestionnaire)

« On a besoin seulement d'un gynécologue. L'absence du gynécologue entrave la prise en charge de la femme, en général, et les patientes atteintes de cancer du sein spécifiquement. C'est la barrière numéro un pour nous... pour pallier ce problème on a des médecins généralistes formés en gynécologie, qui vont combler le manque de gynéco » (BFCS04, gestionnaire)

4.2. Processus managériaux

Besoins accrus des gestionnaires en termes de standardisation des procédés

Les gestionnaires et coordonnateurs de programmes ont mis l'emphase sur le besoin d'institutionnalisation, et de formalisation des procédures de coordination, que ce soit dans la définition et l'attribution des rôles aux différents intervenants, la régulation de la filière de prise en charge (systèmes de références/contre références), la maîtrise des procédures de traçabilité et de gestion de l'information et de données des patients .

« Il faut Institutionnaliser la coordination entre le CHU, le CHP et le centre de référence en matière de prise en charge des femmes atteintes du cancer du sein et col l'utérus, une coordination formalisée, institutionnalisée, validée par l'administration centrale, des procédures de travail règlementées par la DHSA, ou bien par les autorités compétentes. Pour ne pas continuer à travailler d'une façon anarchique ou bien faire de la coordination relationnelle » (BFCS03, gestionnaire)

« Il y a six ans on a décidé de faire un comité institutionnel du « cancer », pour la coordination entre l'hôpital et le CHU, mais qui n'a pas eu lieu » (BFCS04, gestionnaire)

« Il n'y a pas une codification ou bien un truc institutionnel qui organise la coordination, même s'il y a un système de référence contre-référence, mais on ne sent pas son application sur le terrain » (BFCS03, gestionnaire)

Ce manque d'institutionnalisation est expliqué par les managers du fait de l'absence de systèmes de gestion de l'information capable de tracer le circuit des patientes, et il altère la qualité, l'intégration et la globalité de la prise en charge (non respect des délais entre les consultations, dédoublement de consultation des mêmes patientes perdue de vue, etc.)

« Donc le problème c'est que la traçabilité n'est pas bien structurée, donc en absence d'applications informatiques, il y a des femmes qui sont consultées à plusieurs reprises donc à chaque fois qu'il y a une campagne, elles viennent pour consulter par ignorance [anciennes patientes ne respectant pas les délais de deux ans], mais c'est difficile pour le personnel du centre de connaître l'historique de la patiente » (FGD07, animateur SRES)

« Parfois les femmes une fois consultées au niveau de l'hôpital, ou bien du centre de référence, sont perdues de vue, donc il n'y a pas de feedback. On ne connaît pas le sort de ces femmes après le diagnostic » (FGD20, médecin)

La standardisation des protocoles de PEC

D'après les interviewés, l'avènement de la Fondation Lalla Salma pour la lutte contre le cancer, a joué un rôle très important en matière d'organisation des soins et l'élaboration des procédures. Le premier plan cancer a vu le jour en 2010, en plus d'un guide de détection précoce du cancer du sein et col de l'utérus et le plan national de prévention et de contrôle du cancer.

Notre observation révèle que l'unité d'oncologie au CHP travaille en concertation avec les pôles de gestion du CHP dans l'application des protocoles et procédures de soins, pour délivrer aux patientes des soins de qualité. Le personnel interviewé que ce soit les gestionnaires et les infirmier(e)s soulignent l'importance des procédures et protocoles de PEC. Alors que les médecins privilégient l'ajustement mutuel plutôt que la coordination par des procédures. Cette coordination relationnelle est le mode privilégié de coordination entre les médecins spécialistes (radiologue, oncologue et chirurgiens oncologues).

« Il faut toujours avoir des procédures et protocoles des soins infirmiers, pour organiser le travail, il y a le conseil des infirmiers et infirmières (CII), des commissions au sein du CII qui se chargent de se prononcer sur les protocoles élaborés par le PSI (pôle des soins infirmiers), et la cellule qualité ... Bien sûr l'activité de coordination doit être faite en concertation avec les unités du PSI, ... à savoir l'hygiène hospitalière, la diététique, la nutrition et la supervision évaluation, chacun doit assumer ses attributions en matière de coordination, avec les unités de soins et le personnel infirmier, pour l'application des procédures de travail » (BFCS09, gestionnaire)

« L'organisation du travail avec les procédures, va nous faciliter la tâche, le circuit patient sera bien défini, la coordination des soins sera fluide » (FGD24, infirmière)

« Il y a les procédures concernant la filière de soins du cancer, les protocoles, mais en général les spécialistes, coordonnent entre eux via une coordination relationnelle par téléphone, ils se concertent pour chaque cas, en général ils ont une très bonne relation entre eux, ce qui facilite la coordination des soins pour les patients » (FGD19, médecin)

Mauvaise régulation du flux du travail

D'après les interviewés, la mauvaise gestion des flux, se traduit par une dispersion des ressources et des activités, qui peut entraîner la redondance des examens ou la rupture dans le processus de prise en charge du patient.

« ... Pour les malades qui vont être opérés commencent les problèmes de programmation au niveau du bloc opératoire ! Donc d'autres problèmes de coordination, avec le personnel du bloc opératoire, la réservation de la salle, l'équipe opératoire et le matériel adéquat, bien sûr la coordination avec le service de radiologie pour le scanner, l'IRM, ou bien l'échographie, et le laboratoire pour le bilan biologique » (BFCS09, gestionnaire)

La clarification des rôles des professionnels de la santé

D'après les interviewés, les gestionnaires, pour pallier la pénurie du personnel, ont procédé à l'élargissement des tâches et des rôles joués par les médecins généralistes et infirmiers, vu leurs approches centrées sur le patient, et le temps passé à côté des malades. Ainsi des formations ont été organisées, pour que les médecins généralistes assurent les consultations de gynécologie au niveau du centre de référence, et que les infirmières assurent la préparation des médicaments cytotoxiques au niveau de l'unité d'oncologie.

« Le rôle de l'infirmier en matière de coordination de soins en oncologie, consiste en l'évaluation des besoins des malades, à travers l'établissement d'un diagnostic infirmier lors de l'entrée du

patient, chercher des éléments qui pourrait améliorer son état de santé, son bien-être, son confort et sa vie quotidienne... on doit collecter les informations sur le patient, et communiquer ces informations aux différents intervenants tout le long du parcours de soins au niveau de l'hôpital ... l'infirmière coordinatrice [référence à l'infirmière chef de l'unité d'oncologie, et à l'infirmière chef du centre de référence] a pour rôle de résoudre le manque qui existe en matière de coordination, assurer les liens entre les différents services et établissements et l'information des malades » (FGD15, infirmière)

«...Au service de radiologie...c'est nous qui classons le malade. Est-ce que c'est un sein qui est suspect, ou bien des lésions bénignes, à surveiller. Donc en se basant sur la mammographie et l'échographie, on fait la classification, on va coordonner avec le gynécologue ou bien l'oncologue, pour lui dire s'il s'agit d'une lésion bénigne, ou bien d'une lésion suspecte, avec vérification histologique » (BFCS12, médecin)

Prédominance du leadership relationnel

D'après les interviewés, les gestionnaires doivent adopter un style de leadership relationnel et participatif, puisqu'il est mieux adapté aux besoins d'autonomie, et de relations sociales des professionnels de santé, et améliore la coordination des soins par rapport au leadership hiérarchique adopté par les gestionnaires actuellement.

«...là vient l'aspect relationnel entre le supérieur hiérarchique et le médecin spécialiste, pour convaincre le spécialiste de consacrer une journée dans tel ou tel centre » (BFCS01, gestionnaire)

« La communication joue un rôle en matière de fidélisation du personnel... il faut adopter l'approche participative...il faut s'adapter à chaque type de personne...» (BFCS02, gestionnaire)

«...normalement au sein de l'hôpital le directeur joue un rôle de leader...bon pour la coordination, on peut dire que le personnel est la pierre angulaire. C'est le relationnel qui joue un rôle important en matière de coordination, c'est-à-dire la relation entre médecins, la relation entre gestionnaires, les relations personnelles, votre leadership, votre réseau relationnel et de connaissances, Il n'y a pas une codification ou bien un truc institutionnel qui organise la coordination. Même s'il y a un système de référence contre référence, mais on ne sent pas son application dans la réalité sur le terrain. C'est surtout le relationnel qui règle le problème ou bien il le complique, ça dépend de votre comportement, votre style de communication et votre capacité à influencer les autres, aussi pour les autres professionnels » (BFCS03, gestionnaire)

« Les réunions entretenues avec le directeur et les responsables sont considérées comme une source de motivation, et une opportunité de partage de la vision stratégique et des projets planifiés...De plus, la compétence des responsables de l'hôpital, et la relation de confiance établie entre eux et les équipes va fluidifier la coordination des soins » (FGD24, infirmière).

Reconnaissance du travail et motivation du personnel

D'après les interviewés, la reconnaissance des efforts déployés par les professionnels de santé, en faveur des patients, constitue un élément très important pour la motivation du personnel, ce qui va retentir positivement sur la performance des structures de soins, et l'augmentation de la productivité du personnel, et ainsi faciliter la coordination des soins.

« La reconnaissance des efforts est très importante pour que le professionnel puisse faire son travail parfaitement » (FGD15, infirmière)

« La motivation intrinsèque est la plus importante raison de la performance, dans le travail quotidien malgré la charge du travail, et d'autres contraintes ! Des efforts sont faits pour écouter, informer et orienter les patientes » (FGD19, médecin)

4.3. Culture organisationnelle

Sens de la famille

Les professionnels ont aussi souligné l'importance de la culture de famille dans l'amélioration de la coordination des soins. Les interviewés ont exprimé qu'ils ont un objectif commun qu'ils partagent entre eux, c'est le fait de délivrer des prestations de soins intégrés aux malades, en mutualisant les efforts des professionnels, et en soulignant le sentiment d'appartenance, le sens de la famille, l'importance du consensus et les bonnes relations entre les différentes catégories professionnelles.

«...Une relation sympathique, on est comme une famille, d'ailleurs, c'est ce qui nous encourage à rester travailler au niveau de l'unité malgré la surcharge de travail » (FGD16, infirmière)

« Les relations de travail sont de très bonne qualité entre les infirmiers, et les médecins, un climat organisationnel favorable au travail, donc il n'y a pas de conflit d'intérêt, ou bien des conflits interpersonnels, ce qui retentit sur la performance de l'unité puisqu'on fait passer à peu près 30 à 50 malades par jour » (FGD18, infirmière)

« Il y a aussi l'esprit de l'appartenance à ce service et à l'hôpital, le personnel de l'unité de chimiothérapie, entretient une bonne relation avec les patientes, donc l'unité a une très bonne réputation par rapport à l'unité de CHU de Casa qui a une mauvaise réputation » (FGD16, infirmière)

« On travaille comme une famille... j'essaye au maximum de tirer le personnel vers moi... comme ça on assure la continuité du service et une bonne coordination des soins...Donc on règle le problème d'une façon relationnelle, il faut être flexible pour essayer de former une équipe autour de soi » (BFCS09, gestionnaire)

La cohésion d'équipe

Tous les interviewés ont exprimé que le travail d'équipe est très important pour une meilleure coordination des soins. Ceci, d'après eux, améliore le dynamisme de groupe, diminue les tensions et les conflits interpersonnels et favorise un climat favorable au travail, ce qui facilite la coordination des soins. Le personnel a surtout mis l'accent sur le travail d'équipe, la communication interpersonnelle, le relationnel et le sens de la famille.

« Le lien entre les équipes est soudé, on est comme une famille, pas de problème...Pour faire une chose, il faut expliquer aux gens qu'est-ce qu'on va faire ... tout simplement Pour qu'ils soient intégrés à l'équipe...la communication joue un rôle en matière de fidélisation du personnel...Donc lorsque la solution émane du personnel ils vont adhérer à l'application de cette solution ... Développer la communication et le relationnel pour fédérer les équipes » (BFCS02, gestionnaire)

« Oui un climat organisationnel favorable va retentir sur le rendement du personnel, on aura moins de conflits, moins de problèmes, l'équipe sera soudée » (FGD21, médecin)

La centralité de l'approche centrée sur le patient

D'après le personnel, l'approche centrée sur le patient à travers la compassion, l'empathie, la disponibilité et la courtoisie des professionnels du centre de référence, la bonne appréciation générale des patientes, constituent leurs principales valeurs partagées.

« Les malades qui arrivent au niveau du centre sont gâtés, on se comporte très bien avec eux, elles sont informées. Il s'établit des relations familiales conviviales, parfois on utilise notre téléphone pour contacter les différents professionnels, pour régler le problème du malade... On se met à la place des malades, donc on fait de notre mieux pour leur fluidifier le parcours de soins...» (BFCS10, gestionnaire)

« L'avantage ici, il y a un contact humain entre le personnel de l'unité d'oncologie de l'hôpital et le patient. Donc les patients se sont familiarisés avec les professionnels de santé, ils sont à l'aise...» (FGD25, infirmière)

4.4. Communication interprofessionnelle

Caractère informel de la communication interprofessionnelle

La communication à travers les canaux hiérarchiques sont perçues comme inefficaces, voire compliquées. La coordination de soins est surtout facilitée par la communication interprofessionnelle informelle et la qualité du relationnel. D'après les interviewés, l'échange d'informations se fait principalement par les lettres de références, les appels téléphoniques et un groupe Whatsapp.

« Il y a une initiative au niveau du SRES, c'est qu'il y a un groupe WhatsApp, qui regroupe les médecins chef des centres de santé, et le centre de référence, pour un petit peu discuter les

problèmes de référence, surtout si il y a une baisse des indicateurs des femmes référées, mais ça reste un truc non institutionnel. Oui ça dépend de la motivation des participants pour discuter au niveau du groupe, pour moi il doit y avoir un truc codifié, institutionnalisé pour la coordination » (BFCS03, gestionnaire).

Les gestionnaires ont souligné l'importance de l'institutionnalisation de ces différents moyens informels de communication alors que les professionnels de santé préfèrent plutôt la communication, les interactions et réunions informelles.

« Il n'y a pas de problème de communication, donc généralement on utilise les communications téléphoniques, les lettres de références » (BFCS11, médecin)

« Les outils principaux de la communication, sont les réunions de concertation pluridisciplinaire, qui doivent réunir au moins trois spécialités médicales en cohérence avec la pathologie concernée. Durant ces réunions, les professionnels peuvent échanger, confronter leurs points de vues, trouver un accord sur les stratégies diagnostic et thérapeutique à mettre en œuvre en fonction du dossier de patient présenté » (BFCS13, médecin)

Primauté de l'information dans l'intégration des soins

D'après les interviewés le système d'information, et la communication des données des patientes jouent un rôle très important en matière d'intégration des soins.

« La prise en charge intégrée des malades, doit répondre à une certaine condition notamment une bonne coordination entre les différents acteurs intervenant dans les prestations, et de partager les informations en vue d'assurer un parcours personnalisé » (BFCS09, gestionnaire)

« On doit collecter les informations sur la patiente, et communiquer ces informations aux différents intervenants, tout au long du parcours de soins, au niveau de l'hôpital...la communication est la clé de la relation avec les patientes. Le manque d'information leur cause une frustration et une insatisfaction » (FGD18, infirmière)

« Pour le CHU on a aucun feedback, donc lorsque la femme arrive au CHU, on va le perdre donc on a aucune information sur son devenir » (FGD19, médecin)

L'absence de formalisation du flux d'information entre les différents niveaux est due selon les interviewés à l'absence d'une application et d'un réseau informatique entre les centres de santé, le centre de référence, le CHP, et le CHU. Ce qui influence négativement la qualité des soins prodigués aux patientes, et entrave l'intégration des soins. Ceci tient du fait des habitudes des professionnels de santé à coordonner oralement et non par écrit.

« Les professionnels de santé ne sont habitués qu'à faire leur travail de cliniciens pour lequel ils ont été formés. Remplir des supports d'information est une contrainte pour eux. C'est un travail administratif qui n'est pas le leur » (FGD21, médecin)

Sommaire des résultats

Les interviewés ont fait ressortir un ensemble de facteurs facilitateurs et de barrières de la coordination des soins des cancers du sein et col de l'utérus, qui se rapportent aux quatre composantes essentielles, à savoir : 1) les caractères organisationnelles, 2) les processus managériaux, 3) la culture organisationnelle, 4) la communication interprofessionnelle.

Parmi les facteurs facilitateurs on note, principalement la fluidité, la centralité de la coordination clinique, la standardisation des protocoles de prise en charge, la clarification des rôles des professionnels de la santé. La prédominance du leadership relationnel est congruente avec les besoins de reconnaissance du travail et avec la culture organisationnelle caractérisée par le sens de la famille et la cohésion d'équipe, la valeur accordée par les professionnels à l'approche centrée sur le patient, et l'importance de la communication interprofessionnelle informelle.

En ce qui concerne les barrières, on note le changement de l'organisation administrative qui a réduit la marge de manœuvre des responsables locaux, l'organisation verticale hiérarchisée de la filière de soin, le chevauchement entre les structures de prise en charge, la focalisation des gestionnaires sur la standardisation des procédés et la hiérarchie, la mauvaise régulation du flux du travail (référence contre-référence, flux d'information, flux des patients, etc.) et le manque de systèmes de gestion informatisé du dossier patient.

Nos résultats suggèrent deux perspectives différentes (gestionnaires versus professionnels) sur la nature de la coordination des soins. Les gestionnaires sont centrés sur la régulation top-down du processus de soins en conformité avec les textes réglementaires et le respect de la hiérarchie. Ils ont exprimé un besoin d'institutionnaliser la coordination des soins.

Par contre, nos résultats suggèrent que les professionnels de santé privilégient la coordination relationnelle et informelle des soins jugée adaptée à l'interdépendance des acteurs et en cohérence avec la culture organisationnelle, marquée par la cohésion d'équipe, et le sens de la famille.

5. Discussion

L'objectif de cette étude était d'explorer les barrières et les facilitateurs de la coordination des soins, des cancers du sein et col de l'utérus, à la préfecture El Fida Mers Sultan.

Notre étude a montré que les gestionnaires (délégué, directeur, chef de SRES) et coordonnateurs des soins (chef de pôles et animateurs de programmes), sont centrés sur la régulation de type hiérarchique (top-down) du processus de soins, en conformité avec les textes réglementaires (Maroc, 2010; Ministère de la Santé du Maroc, 2011, 2016, 2019). Cette régulation hiérarchique est jugée inefficace, par les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des patientes atteintes des cancers de sein et du col de l'utérus.

En effet, les professionnels privilégient la coordination relationnelle et informelle des soins (Karadeniz, 2017; Van Houdt et al., 2014; Walsh et al., 2011; Walsh et al., 2010), qui semble être plus adaptée à la complexité de la prise en charge (Cantournet, 2005; Glouberman et Mintzberg,

2001; Pham, 2002), à l'interdépendance des acteurs (Mellinger et Volk, 2013; Mintzberg, 1982; Rouet, 2006), et en cohérence avec la culture organisationnelle, marquée par la cohésion d'équipe, le sens de la famille et la fluidité, de la communication interprofessionnelle (Houdt et al., 2013; Lapointe et al., 2013; Tripathy, 2003; Van Houdt et al., 2014; Walsh et al., 2010).

Cette dualité professionnels-gestionnaires, constitue la caractéristique principale des bureaucraties professionnelles, décrites par Mintzberg (Mintzberg, 1982, 1990). En effet la complexité des prestations de soins crée des défis pour les professionnels de la santé, que ce soit dans les établissements hospitaliers ou bien dans les structures de soins de santé primaire, afin qu'ils travaillent efficacement ensemble pour fournir des soins coordonnés, et de haute qualité aux patients (Boudreau et al., 2014; Breckenridge et al., 2019; Chen, 2012; Conte, 2008; Fox et al., 2014; Haggerty et al., 2012; Latifa, 2014; Maryaline, 2013; Mintzberg, 1982; Porche, 2015; Sebai, 2016; Weaver et Jacobsen, 2018).

Dans ce type de structure, le rôle des médecins spécialistes est primordial dans la coordination des soins. Ils échappent à la régulation top down des gestionnaires du sommet stratégique (Glouberman & Mintzberg, 2001; Mintzberg, 1990, 2011; Walsh et al., 2010). Notre étude montre, à l'instar des études antérieures (Aller et al., 2016; Asmar et Wacheux, 2007; Gorin et al., 2017; Houdt et al., 2013; La Rocca et Hoholm, 2017; Walsh et al., 2010), que la communication interprofessionnelle informelle et la qualité du relationnel jouent un rôle important dans la coordination des soins liés au cancer.

Ce mode de coordination est cohérent avec l'importance du consensus, les bonnes relations interprofessionnelles, la fluidité de la coopération, et la cohésion d'équipe, qui facilitent la coordination entre les professionnels (Glouberman et Mintzberg, 2001; Houdt et al., 2013; Jones et al., 2015; Banfield, Gardner, McRae, Gillespie, 2013; Mintzberg, 1982; Sebai, 2016; Valaitis, 2018).

Ainsi, d'après les professionnels de santé, le rattachement du centre de référence au SRES, structure rattachée au sommet stratégique, sans lien fonctionnel avec le centre opérationnel, n'est pas adapté à la nature de la coordination des soins en oncologie. Celle-ci est assurée par le médecin oncologue autour duquel les différents autres acteurs interagissent pour assurer les prestations de soins coordonnés et continues (Abbas, 2017; Conte, 2008; Glouberman et Mintzberg, 2001; Haggerty et al., 2012; Maryaline, 2013; Porche, 2015; Sebai, 2016). Malgré la centralité du rôle du médecin dans la régulation, l'accent est mis par les gestionnaires, sur la régulation institutionnelle et le contrôle des procédures.

Notre étude a montré, de manière similaire à d'autres études (Belrhiti, Giralt, et Marchal, 2018; Houdt et al., 2013; Lee et al., 2018; Jagsi et al., 2016; Tripathy, 2003; Walsh et al., 2010), le besoin des professionnels d'un leadership clinique relationnel situationnel et participatif favorisant l'autonomie des professionnels est essentiel pour une meilleure coordination des soins de manière efficace entre les acteurs de soins. Ceci s'explique par l'importance des besoins d'autonomie, de compétences, et de relations sociales chez les professionnels hautement qualifiés (Belrhiti et al., 2018; Glouberman et Mintzberg, 2001; Mintzberg, 2009, 2011).

Notre étude, à l'instar d'études antérieures (Gruénais, 2008, Belrhiti et al., 2019) montre l'importance de la reconnaissance verbale des efforts des soignants par les gestionnaires et leur appui à l'amélioration des conditions de travail constituent des éléments importants dans la motivation du personnel de santé. Cette reconnaissance explicite permettrait (d'après (Michaux et al., 2018, Belrhiti et al., 2020a, Belrhiti et al., 2020b) notamment de renforcer la motivation extrinsèque et le sentiment d'auto-efficacité du personnel de santé et leur engagement organisationnel (Anagou, 2012; Glouberman et Mintzberg, 2001; Mintzberg, 1990; Van Houdt et al., 2014).

Notre étude, en cohérence avec les résultats d'autres études (Adunlin et al., 2019; Gorin et al., 2017; Houdt et al., 2013; Walsh et al., 2009; Lu et al., 2012; Atun, 2017; Walsh et al., 2011; Walsh et al., 2010), a identifié d'après les professionnels, quelques conditions contextuelles qui contraignent la bonne coordination des soins telles que la pénurie de ressources humaines, la surcharge de travail, les mauvaises conditions de travail, la faiblesse de la maintenance des équipements, le manque de traçabilité des patients le long de la filière de soins.

Les résultats de notre étude, ont permis de raffiner notre théorie de programme initiale (ou hypothèse initiale). Nous avons synthétisé les relations conjecturelles potentielles entre les conditions contextuelles et les facteurs facilitateurs /barrières sous forme de configurations causales formulées selon l'acronyme ICAMO (Intervention, Contexte, Acteurs, Mécanismes, « Outcome » ou Effet) (Marchal et al., 2018) et est présentée dans l'encadré 3 et qui pourrait être testée dans des recherches ultérieures dans d'autres sites hospitaliers.

Encadré 1: théorie de programme révisée et configuration causales potentielles.

[Intervention] La clarification top down des rôles, la standardisation des protocoles de prise en charge de travail, et la division des tâches **[Mécanisme]** réduit l'ambiguïté et le chevauchement des rôles pour **[Acteurs]** le personnel infirmier et administratif mais reste insuffisante pour **[effet]** assurer une bonne coordination des soins en raison **[Contexte]** de la faible traçabilité des données patients, le manque d'informatisation des flux des patients et la multiplication des structures et comités de coordination de prise en charge.

[Intervention] Le leadership relationnel et participatif, permet lorsque **[Contexte]** la culture organisationnelle est de type clanique (sens de la famille) **[Mécanisme]** d'améliorer la motivation et l'engagement organisationnel **[Acteurs]** des professionnels de soins et de contribuer ainsi à l'amélioration **[effet]** de la coordination des soins et pallier **[Contexte]** la complexité des soins, l'interdépendance des acteurs et la centralité du rôle du cliniciens dans la coordination des soins du cancer

[Intervention] La régulation hiérarchique et le leadership top down des gestionnaires est insuffisant pour **[Effet]** assurer une bonne coordination des soins **[Mécanisme]** en réduisant la satisfaction les besoins d'autonomie et de compétence et relation sociales du personnel médical et infirmier et dans le cadre **[Contexte]** du manque de contrôle dans les bureaucraties professionnelles des gestionnaires sur le comportement du personnel médical et infirmier.

[Intervention] la communication informelle et interpersonnelle, permet d'améliorer **[Mécanisme]** la qualité de l'échange d'information **[Acteurs]** entre les différents médecins **[Effet]** et d'améliorer la qualité de coordination des soins du cancer tout en palliant **[Contexte]** la mauvaise régulation des flux des patients et le manque d'information du flux des patients.

L'encadré 1 illustre une synthèse des hypothèses causales qui pourrait expliquer les relations entre les facteurs contextuels organisationnels, et processus managériaux et de leadership aux caractéristiques de la tâche des professionnels aux besoins de coordination et explore les facteurs potentiels qui permettraient de fluidifier le parcours et la transition de soins, entre établissements primaires et hospitaliers.

Ainsi, la coordination des soins du cancer du sein et du col serait facilitée par l'adaptation des processus de management et du style de leadership aux différents types des professionnels (gestionnaires, infirmiers versus médecins). Aussi, la formalisation des protocoles de prise en charge pour les gestionnaires et infirmiers réduit l'ambiguïté et le chevauchement des rôles et permet une meilleure référence des patientes mais son efficacité reste limitée en absence d'informatisation du circuit des patientes.

De plus notre étude indique que la coordination des soins serait facilitée, si la culture organisationnelle était perméable aux valeurs partagées de travail collaboratif, et quand le climat organisationnel est favorable. Aussi, la qualité de la communication interprofessionnelle et le caractère informel serait un levier important en faveur de la coordination des soins entre les différents intervenants des soins spécialisés et les soins primaires, et une approche adaptée à l'interdépendance et la multiplicité des intervenants dans les soins liés au cancer.

6. Validité et limites de l'étude

Nous avons triangulé nos résultats à partir de différentes sources de collecte de données (groupes de discussions, interviews, interviews de groupe, analyse des documents collectés) et auprès de différents type d'acteurs (professionnels de santé, managers et coordonnateurs de soins) à différents niveaux de réseaux de prise en charge (centre de santé niveau 1 et de niveau 2, CHP, centre de référence). Le caractère qualitatif de l'étude, nous a permis d'avoir un contenu riche en informations et apportant des éléments pratiques utiles pour l'amélioration de la coordination des soins et de la PEC des patients.

Notre étude de cas est d'essence exploratoire (Gilson, 2012) et de ce fait elle a permis de raffiner notre théorie de programme initiale guidée par la revue de littérature. Elle représente un exposé plausible des barrières et facilitateurs de la coordination de soins et des conditions contextuelles spécifiques. D'autres études de cas pourraient davantage tester cette théorie dans d'autres structures de soins (CHU, centres d'oncologie privés et à but non lucratif). Les recherches futures permettront ainsi d'apporter plus de validité sur la réplique théorique, et la généralisation analytique des résultats de notre étude (Yin, 2018).

Dans notre recherche évaluative, l'évaluation réaliste a permis de comprendre pourquoi la coordination des soins du cancer fonctionne, par quel mécanisme et dans quelles conditions contextuelles. Tout comme dans d'autres recherches (Belrhiti et al., 2020 ; Marchal et al., 2010 ; Mukumbang et al., 2018 ; Mukumbang et al., 2016 ; Vareilles et al., 2015), notre étude conforte l'importance croissante des évaluations réalistes dans l'évaluation des interventions sociales complexes en santé dans les pays à faible et à moyen revenu.

Elle permet d'expliquer les régularités observées dans le cadre des interventions de santé complexe sous forme d'une théorie de programme modifiée en explicitant les interactions entre les ressources du programme, le raisonnement et décisions des acteurs, et le cadre institutionnel, culturel et sociétal (Robert et Ridde, 2014 ; Pawson et Tilley, 1997). La théorie de programme modifiée nous a permis ainsi d'affiner et de suggérer aux décideurs et aux praticiens de santé publique des pistes opérationnelles pour l'amélioration de la coordination des soins des cancers du sein et du col au Maroc.

L'étude n'a cependant pas exploré les acteurs travaillant au niveau tertiaire (CHU), et n'a pas inclus les points de vue des patientes, par contrainte de temps alloué à l'étude et à des contraintes d'accessibilité du terrain de recherche. Ainsi, nous ne prétendons pas que la théorie de programme initiale révisée dans le cadre de cette étude de cas exploratoire, a permis de développer des hypothèses définitives sur les mécanismes et conditions contextuelles qui entravent ou facilitent la coordination des soins. Cette théorie peut ainsi être confirmée ou infirmée à travers une exploration dans une étude ultérieure dans le contexte du Centre hospitalier universitaire et à travers l'exploration des avis des patientes atteintes de cancers.

7. Recommandations

Au regard des résultats obtenus, on a pu dégager quelques recommandations, en faveur de l'amélioration de la coordination des soins des cancers du sein et col de l'utérus. Ainsi les décideurs, pourrait favoriser la coordination clinique, par la sensibilisation des médecins spécialistes sur le leadership clinique à travers des formations et accompagnement, et la création d'espace de partage et de collaboration favorisant la mise en réseaux des professionnels sur le terrain, et l'élargissement des tâches des médecins généralistes et des infirmiers. Aussi, les gestionnaires devraient pouvoir adapter leur style de management, et de leadership aux différents profils professionnels, et différents besoins de coordination, tout en privilégiant un mode de leadership adaptatif et situationnel sur le leadership unidirectionnel top down (Belrhiti et al., 2018, Belrhiti et al., 2020b, Belrhiti et al., 2020a).

Ceci passe aussi par le développement des mesures de motivation pour les professionnels de santé à travers les incitations financières (salaires et prestations monnayées, paiements à la performance), les incitations non financières (mesures favorables au développement de carrière et professionnel, gestion des charges de travail, flexibilité dans l'organisation du travail, qualité du cadre de travail, accès aux prestations et soutiens). (Gruénais, 2008, Belrhiti et al., 2020b, Belrhiti et al., 2020a, Belrhiti et al., 2019).

Enfin, les gestionnaires doivent préparer les conditions contextuelles, à travers 1) l'affectation ou la contractualisation avec des ressources humaines spécifiques notamment pour les profils de gynécologue, psychologue, préparateur en pharmacie, et la création au niveau des instituts de supérieurs des professions infirmières et techniciens de santé (ISPITS) d'une filière infirmier(e) spécialisé(e) en oncologie, 2) l'élargissement des tâches des médecins généralistes et des infirmiers impliqués dans la prise en charge du cancer du col et du sein en vue d'une approche centrée sur le patient, 3) réfléchir sur les possibilités de fluidifier l'offre de soins par une meilleure décentralisation des services pour améliorer la proximité des services aux patients, à travers la création d'un centre régional d'oncologie à Casablanca à titre d'exemple.

8. Conclusion

Notre étude qualitative exploratoire, nous a permis d'identifier de potentielles barrières et facilitateurs de la coordination des soins, des cancers du sein et du col de l'utérus à la préfecture El Fida Mers Sultan.

Une attention particulière devrait être accordée à la complexité des soins (interdépendance et multiplicité des intervenants) en cancérologie, et la nécessité de favoriser le rôle central du clinicien en matière de coordination de soins, au détriment de la coordination administrative et hiérarchique, à travers le développement du leadership clinique des médecins spécialistes, et d'un leadership relationnel, situationnel, et participatif des gestionnaires.

Contributions

Conception de l'étude : Adil NADAM, Zakaria BELRHITI.

Investigateur principal : Adil NADAM.

Protocole de recherche : Adil NADAM, Zakaria BELRHITI.

Présentation du protocole au comité d'éthique : Adil NADAM.

Outils de collecte des données : Adil NADAM, Zakaria BELRHITI.

Saisie et transcription des données : Adil NADAM.

Analyse des données : Adil NADAM, Zakaria BELRHITI.

Gestion des données : Adil NADAM, Zakaria BELRHITI.

Rédaction de manuscrit : Adil NADAM, Zakaria BELRHITI.

Soutien méthodologique : Zakaria BELRHITI.

Révision de manuscrit : Adil NADAM, Zakaria BELRHITI.

Management de l'étude : Adil NADAM, Zakaria BELRHITI.

Abréviations et sigles

AMO :	Assurance maladie obligatoire
BFCS :	Barrières et Facilitateurs de la coordination des soins
CCRS :	Comité de coordination des réseaux de soins
CHP :	Centre hospitalier préfectoral
CHU :	Centre hospitalier universitaire
CII :	Conseil des infirmiers et infirmières
CRSR :	Centre de référence en santé reproductive
CS :	Centre de Santé
DES :	Dossier électronique des soins
ESSP :	Etablissements des soins de santé primaires
FGD :	Focus Groupe Discussion
ICAMO :	(Intervention, Contexte, Acteurs, Mécanismes, « Outcome »ou Effet)
ISPITS :	Institut supérieur des professions infirmières et techniques de santé
MTD :	Multidisciplinaire
PAA :	Pole des affaires administratives
PAM :	Pole des affaires médicales
PEC :	Prise en charge
PSI :	Pole des soins infirmiers
RAMED :	Régime d'assistance médicale
RCP :	Réunion de concertation pluridisciplinaire
REH :	Réseau des établissements hospitalier
REMS :	Réseau des établissements médicosociaux
RIH :	Règlement intérieur des hôpitaux
RISUM:	Réseau intégré des soins d'urgences médicales
SRES :	Service des réseaux des établissements de santé
TIC :	Technologies d'informations et de communication

Références

Abbas, R. (2017). *La coordination, pierre angulaire pour un parcours de soins optimisé, fluide, pertinent, un levier de performance pour le directeur des soins*, Rennes, France : EHESP

Adunlin, G., Cyrus, J. W., Asare, M., & Sabik, L. M. (2019). Barriers and Facilitators to Breast and Cervical Cancer Screening Among Immigrants in the United States. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 21(3), 606–658.

Aller, M. B., Waibel, S., Vargas, I., Vázquez, M. L., Coderch, J., Cots, F., ... Farré, J. (2016). What are factors influencing coordination and continuity across care levels in the Catalan national health care system? *International Journal of Integrated Care*, 16(6), 168.

Altin, S. V., & Stock, S. (2015). Impact of health literacy, accessibility and coordination of care on patient's satisfaction with primary care in Germany. *BMC Family Practice*, 16(1), 1–7.

Anagou, M. M. (2012). *Facteurs Qui Entraînent La Gestion Efficace Du Personnel Infirmier a L'Hôpital Central De Yaoundé*, (mars), 21. Récupéré du site : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15003161><http://cid.oxfordjournals.org/lookup/doi/10.1093/cid/cir991><http://www.scielo.cl/pdf/udecada/v15n26/art06.pdf><http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84861150233&partnerID=tZOtx3y1>

Arauz Boudreau, A., Goodman, E., Kurowski, D., Perrin, J. M., Cooley, W. C., & Kuhlthau, K. (2014). Care Coordination and Unmet Specialty Care Among Children With Special Health Care Needs. *Pediatrics*, 133(6), 1046–1053.

Arrêté du ministre de la santé n° 003-16 du 23 rabia I 1437 (4 janvier 2016) créant et fixant les attributions et l'organisation des services déconcentrés du ministère de la santé.

Asmar, M. K., & Wacheux, F. (2007). *Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire*. HAL. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00170357>

Augusto, E. F., Rosa, M. L. G., Cavalcanti, S. M. B., & Oliveira, L. H. S. (2013). Barriers to cervical cancer screening in women attending the Family Medical Program in Niterói, Rio de Janeiro, *Archives of Gynecology and Obstetrics*, January 2013, Volume 287, Issue 1, pp 53–58

Bekkali, R. (2017). Cancer Control in Morocco: The Contribution of Lalla Salma Foundation. *International Journal of Medicine and Surgery*, 4(s), 53–57.

Belrhiti, Z., Damme, W. V., Belalia, A. & Marchal, B. 2019. Does public service motivation matter in Moroccan public hospitals? A multiple embedded case study . *International journal for equity in health*, 18.

Belrhiti, Z., Giralt, A. N., & Marchal, B. (2018). Complex leadership in healthcare: A scoping review. *International Journal of Health Policy and Management*, 7(12), 1073–1084.

Belrhiti, Z., Van damme, W., Belalia, A. & Marchal, B. 2020a. The effect of leadership on public service motivation: A multiple embedded case study in Morocco. *BMJ Open* 10.

Belrhiti, Z., Van damme, W., Belalia, A. & Marchal, B. 2020b. Unravelling the role of leadership in motivation and performance of health workers in a Moroccan public hospital: a realist evaluation. *BMJ Open*, 10.

Bickell, N. A., & Young, G. J. (2001). Coordination of Care for Early-stage Breast Cancer Patients - Bickell - 2004 - *Journal of General Internal Medicine* - Wiley Online Library. *General Internal Medicine*, 737-742.

Bloor, M., Frankland, J., Thomas, M. et Robson, K. 2001. *Focus groups in social research* London, Thousand Oaks, California, New Delhi, Sage Publications.

Breckenridge, E. D., Kite, B., Wells, R., & Sunbury, T. M. (2019). Effect of Patient Care Coordination on Hospital Encounters and Related Costs. *Population Health Management*, pop.2018.0176.

Bhaskar, R. 1978. *A realist philosophy of science*. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf.

Bhaskar, R. 2013. *A realist theory of science*, Routledge London and New York

Cantournet, M. (2005). *La coordination des acteurs : Un facteur d'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient hospitalisé*, Rennes, France : ENSP

Chen, A. (2012). Effects of Care Coordination on Hospitalization , Quality of Care , and Health Care Expenditures. *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, 301(6), 603-618.

CIRC, (2017). *Programme de dépistage des cancers du sein et col de l'utérus du Maroc. Etat de la mise en œuvre, organisation et résultats*. <https://www.iarc.fr/fr/news-events/publication-of-evaluation-report-on-the-status-of-moroccos-breast-and-cervical-cancer-screening-programme/>

Cohen, G. R., & Adler-Milstein, J. (2016). Meaningful use care coordination criteria: Perceived barriers and benefits among primary care providers. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 23(e1), e146-e151.

Collett, G. K., Durcinoska, I., Rankin, N. M., Blinman, P., Barnes, D. J., Anderiesz, C., ... Article, O. (2019). Patients ' experience of lung cancer care coordination : a quantitative exploration. *Supportive Care in Cancer*, 27(2).

Conte, V. (2008). *Optimisation du parcours de l' usager à l' hôpital : un processus à construire . Rôle du Directeur des Soins*. Rennes, France : EHESP

Daveson, B. A., Harding, R., Shipman, C., Mason, B. L., Epiphaniou, E., Higginson, I. J., ... Murray, S. (2014). The real-world problem of care coordination: A longitudinal qualitative study with patients living with advanced progressive illness and their unpaid caregivers. *PLoS ONE*, 9(5), 1-2.

De Regge, M., De Pourcq, K., Meijboom, B., Trybou, J., Mortier, E., & Eeckloo, K. (2017). The role of hospitals in bridging the care continuum: A systematic review of coordination of care and follow-up for adults with chronic conditions. *BMC Health Services Research*, 17(1).

Dumez, H. (2015). *Méthodologie recherche qualitative*. 2^{ième} édition Vuibert, France.

Elkaou, M. (2014). *Evaluation Du Programme National De Detection Precoce Du Cancer Du Sein Cas De La Region Du Grand Casablanca*. Rabat, Maroc: ENSP.

Emmel, N., Greenhalgh, J., Manzano, A., Monaghan, M. et Dalkin, S. 2018. *Doing Realist Research*, Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC, Melbourne, SAGE EDITION.

Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001). Managing the care of health and the cure of disease - Part II: Integration. *Health Care Management Review*, 26(1), 70–84.

Goldman, R. E., Figueiredo, E. N., Fustinoni, S. M., Souza, K. M. J. de, Almeida, A. M. de, & Gutiérrez, M. G. R. de. (2019). Brazilian Breast Cancer Care Network: the perspective of health managers. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(suppl 1), 274–281.

Gorin, S. S., Haggstrom, D., Han, P. K. J., Fairfield, K. M., Krebs, P., & Clauser, S. B. (2017a). Cancer Care Coordination: a Systematic Review and Meta-Analysis of Over 30 Years of Empirical Studies. *Annals of Behavioral Medicine*, 51(4), 532–546.

Gorin, S. S., Haggstrom, D., Han, P. K. J., Fairfield, K. M., Krebs, P., & Clauser, S. B. (2017b). Cancer Care Coordination: a Systematic Review and Meta-Analysis of Over 30 Years of Empirical Studies. *Annals of Behavioral Medicine : A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 51(4), 532–546.

Grant, S., Motala, A., Chrystal, J. G., Shanman, R., & Zuchowskilaurie, J. (2018). Describing care coordination of gynecologic oncology in western healthcare settings : a rapid review. *Translational Behavioral Medicine*, Volume 8, 2018.

Gruénais, M. E. 2008. *Une approche qualitative de la question de la motivation des personnels de santé. Le point de vue des acteurs de la région sanitaire du grand Casablanca*. Rabat, Maroc: Institut National d'Administration Sanitaire Observatoire régional de la Santé, Institut de Recherche Developpement.

Gruénais, M. E., Amine, M., Vincent DE, B., Guillermet, E., Guennif, S., Hachri, H. & Zerhouni, M. W. (2010). *Les disparités dans l'accès au soins au Maroc*.

Guillaume, V. (2012). *Les coopérations entre professionnels de santé , quelle stratégie pour le directeur des soins*, Rennes, France : EHESP

Haggerty, J. L., Roberge, D., Freeman, G. K., Beaulieu, C., Breton, M., Davies, S., ... Malcolm, E. (2012). Systematic Review of care coordination measurement. *The Annals of Family Medicine*, 10(5), 443–451.

Hasnain, M., Menon, U., Ferrans, C. E., & Szalacha, L. (2014). Breast Cancer Screening Practices Among First-Generation Immigrant Muslim Women. *Journal of Women's Health*, 23(7), 602–612.

Hawley, S. T., Janz, N. K., Lillie, S. E., Friese, C. R., Jennifer, J., Graff, J. J., ... Katz, S. J. (2011). *Perceptions of care coordination in a population-based sample of diverse breast cancer patients*. National Institutes of Health, (1), 1–16.

Hebert-croteau, N., Brisson, J., & Pineault, R. (2000). Review of Organizational Factors Related to Care Offered to Women with Breast Cancer. *Public Health*, 22(2), 45–55.

Houdt, S. Van, Heyrman, J., Vanhaecht, K., Sermeus, W., & Lepeleire, J. De. (2013). Care pathways across the primary-hospital care continuum : using the multi-level framework in explaining care coordination, *BMC Health Services Research*, 13, 296 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/296>

Jacqueline Nolan, Tajan Braithwaite Renderos, Jane Hynson, Xue Dai, Wendy Chow, Anita Christie, and T. W. M. (2014). *Barriers to Cervical Cancer Screening Women in Massachusetts*. JOGNN, 580–588.

Jennifer Walsh, James D Harrison, Jane M Young, Phyllis N Butow, Michael J Solomon, L. M. (2009). What are the current barriers to effective cancer care coordination? *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology*, 5, A202.

Jones, C. D., Vu, M. B., O'Donnell, C. M., Anderson, M. E., Patel, S., Wald, H. L., ... DeWalt, D. A. (2015). A Failure to Communicate: A Qualitative Exploration of Care Coordination Between Hospitalists and Primary Care Providers Around Patient Hospitalizations. *Journal of General Internal Medicine*, 30(4), 417–424.

Juilliard-fourmier, N. (2002). *L'hôpital organisé en pôles d'activités. Perspectives et enjeux pour le directeur des soins*, Rennes, France : ENSP

Karadeniz, K. (2017). *La coordination des intervenants ville- hôpital dans le parcours de santé Le rôle du directeur des soins*, Rennes, France : EHESP

Klabunde, C. N., Haggstrom, D., Kahn, K. L., Gray, S. W., Kim, B., Liu, B., ... Policy, C. (2018). Oncologists' Perspectives on Post-Cancer Treatment Communication and Care Coordination with Primary Care Physicians, 26(4), 1–18.

La Rocca, A., & Hoholm, T. (2017). Coordination between primary and secondary care: the role of electronic messages and economic incentives. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1–14.

Lapointe, J., Minvielle, É., & Sicotte, C. (2013). Usages des technologies de l'information et de communication pour la coordination des soins en oncologie : État des connaissances . Quelles recommandations pour une implantation efficace ? « *Journal de gestion et d'économie médicales* » Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Montréal - - 132.204.251.36 - 27/07/2015 17h53. © ESKA Powered by TCPDF (www.tcpdf.org), 2013/5 Vol. 31 | pages 273 à 302

Lee, S. J. C., Jetelina, K. K., Marks, E., Shaw, E., Oeffinger, K., Cohen, D., ... Balasubramanian, B. A. (2018). Care coordination for complex cancer survivors in an integrated safety-net system: a study protocol. *BMC Cancer*, 18(1), 1–10.

Lie, N.-E. K., Solvang, P. K., & Hauken, M. A. (2018). From Challenges to Resources: A Qualitative Study of Cancer Coordinators' Experiences of Barriers and Facilitators to Enacting Their System-Focused Tasks. *Cancer Nursing*, (1),

Lu, M., Moritz, S., Lorenzetti, D., Sykes, L., Straus, S., & Quan, H. (2012). A systematic review of interventions to increase breast and cervical cancer screening uptake among Asian women. *BMC Public Health*, 12(1),

Marchal, B., Dedzo, M. & Kegels, G. 2010. A realist evaluation of the management of a well-performing regional hospital in Ghana. *BMC health services research*, 10, 24.

Marchal, B., Kegels, G. & Belle, S. V. 2018. Theory and realist methods In: Emmel, N., Greenhalgh, J., Manzano, A., Monaghan, M. & Dalkin, S. (eds.) *Doing Realist Research*. SAGE.

Marchal, B., Van belle, S., Van olmen, J., Hoérée, T. et Kegels, G. 2012. Is realist evaluation keeping its promise? A review of published empirical studies in the field of health systems research. *Evaluation*, 18, 192-212.

Maryaline, C. (2013). *Les enseignements de l'expérience américaine en matière de coordination des soins Définition, évaluation, déterminants, incitations, conduite de projets sur le terrain*, Rennes, France : EHESP

McAlearney, A. S., Murray, K., Sieck, C., Lin, J. J., Bellacera, B., & Bickell, N. A. (2016). The challenge of improving breast cancer care coordination in safety-net hospitals barriers, facilitators, and opportunities. *Medical Care*, 54(2), 147-154.

Mellinger, J. L., & Volk, M. L. (2013). Multidisciplinary Management of Patients With Cirrhosis: A Need for Care Coordination. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 11(3), 217-223.

Michelle Banfield, Karen Gardner, Ian McRae, James Gillespie, R. W. and L. Y. (2013). Unlocking information for coordination of care in Australia: a qualitative study of information continuity in four primary health care models. *Biomed Central*, 27(2), 279-288.

Michaux, G., Mwembo-Tambwe, A., Belrhiti, Z., Monet, F. & Criel, B. (2018). *Développement des Zones de Santé d'Apprentissage et de Recherche en République Démocratique du Congo: enseignements utiles d'une évaluation qualitative des expériences antérieures en Afrique Subsaharienne*. Global health promotion, 1757975918784537.

Miles, J., Mericle, A. A., Way, F., & Cacciola, J. (2015). Patient-centered care coordination: a qualitative study of the lived experience of residents in Philadelphia recovery homes. *Addiction Science & Clinical Practice*, 10(S1), 2454.

Miles, M. B., & Huberman, M. (1994). *Qualitative Data Analysis, Second edition*. SAGE Publications, London.

Milliet, C. (2013). *La coordination dans le parcours de soins : un axe managérial pour le Directeur des soins*, Rennes, France : EHESP

Miles, M. B., Huberman, A. M. & Saldana, J. 2016. *Qualitative data analysis, Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC*, Sage Publications.

Mintzberg, H. (1989). *The structuring of organizations. Readings in Strategic Management*. Springer.
Ministère de la Santé du Maroc. (2008). REGISTRE DES CANCERS de la Région du Grand Casablanca pour la période.

Ministère de la Santé du Maroc. (2011a). *Guide de détection précoce Des cancers Du Sein et du Col de l'utérus*, 18–25.

Ministère de la Santé du Maroc. (2011b). Loi cadre n° 34-09 BO N° 5962 du 19 Chaabane 1432 (21-07-2011), relative au système de santé et à l'offre de soins.

Ministère de la Santé du Maroc. (2016). Arrêté du ministre de la santé n° 003-16 du 23 rabia I 1437 (4 janvier 2016) créant et fixant les attributions et l'organisation des services déconcentrés du ministère de la santé.

Ministère de la Santé du Maroc. (2019). la circulaire N°02/2019/DHSA. organisation du service de réseau des établissements de santé

Ministère de la santé Maroc. (2010). *Plan national de prévention et de contrôle du cancer*. https://www.sante.gov.ma/Documents/Synthese_PNPCC_2010-1019.pdf

Ministère de la santé Maroc. (2018). *Plan santé 2025*. <https://www.sante.gov.ma/Documents/2019/02/Plan%20Strate%CC%81gique.pdf>

Ministère de la santé Maroc. (2019). *Stratégie Nationale Multisectorielle de Prévention et de Contrôle des Maladies Non Transmissibles 2019 - 2029*.

Mintzberg, H. (1982). *Structure et dynamique des organisations*. Les Editions d'Organisation Paris, 434.

Mintzberg, H. (1990). *Le management : voyage au centre des organisations*. Editions d'Organisation, France.

Mintzberg, H. (2011). Management: la gestion efficace. *Management, automne 2011*, p 6–8.

Mitra, S. & Vadivelu, N. (2013). *Multidisciplinary approach and coordination of care. Essentials of palliative care*. Springer. <https://www.springer.com/gp/book/9781461451631>

Mora-pinzon, M. C., Chrischilles, E. A., Greenlee, R. T., Hoeth, L., Hampton, J. M., Smith, M. A., ... Trentham-dietz, A. (2019). Variation in coordination of care reported by breast cancer patients according to health literacy. *Supportive Care in Cancer*, 27(3).

Mukumbang, F. C., Marchal, B., Van belle, S. & Van wyk, B. (2018). Unearthing how, why, for whom and under what health system conditions the antiretroviral treatment adherence club intervention in South Africa works: A realist theory refining approach. *BMC Health Serv Res*, 18, 343.

Mukumbang, F. C., Van belle, S., Marchal, B. & Van wyk, B. (2016). *Towards Developing an Initial Programme Theory: Programme Designers and Managers Assumptions on the Antiretroviral Treatment Adherence Club Programme in Primary Health Care Facilities in the Metropolitan Area of Western Cape Province, South Africa*. PLoS One.

Nobre, T. (2013). L'innovation managériale à l'hôpital. Changer les principes du management pour que rien ne change ? *Revue Française de Gestion*, 39(235), 113–127.

OECD. (2008). *Améliorer l'efficacité des systèmes de santé : optimiser l'utilisation des ressources*. Conférence Commune Commission Européenne / OCDE.

Pawson, R. & Tilley, N. (1997). *Realistic Evaluation London Thousand Oaks New Delhi*, Sage Publications Ltd.

Patton, M. Q. (2001). *Qualitative Research and Evaluation Methods*, 3rd.ed.

Pauze, F. (2017). *La gouvernance de l'encadrement paramédical, un enjeu de coordination pour la direction des soins*. Rennes, France : EHESP

Pham, M. (2002). *la prise en charge du patient à l'hôpital : mieux gérer la complexité de la coordination des acteurs*, Rennes, France : ENSP

Pichault, F., & Alsene, E. (2007). La Coordination au Sein des Organisations: Eléments de Recadrage Conceptuel. *Gérer et Comprendre*, (n° 87), 61–81.

Plescia, M., Wong, F., Pieters, J., & Joseph, D. (2014). The National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program in the era of health reform: A vision forward. *Cancer*, 120(SUPPL. 16), 2620–2624.

Porche, D. J. (2015). Care Coordination and Transition of Men's Health Management. *American Journal of Men's Health*, 9(6), 441–441.

QSR International Pty Ltd. (2015). NVivo 11 for Windows. Retrieved from www.qsrinernational.com

R.Atun, D. B. H. M. M. E. K. (2017). Health system barriers and enablers to early access to breast cancer screening, detection, and diagnosis: a global analysis applied to the MENA region. *Public Health*, 152(November).

Redwood-Campbell, L., Fowler, N., Laryea, S., Howard, M., & Kaczorowski, J. (2011). "Before You Teach Me, I Cannot Know": Immigrant Women's Barriers and Enablers With Regard to Cervical Cancer Screening Among Different Ethnolinguistic Groups in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 102(3), 230–234.

Reshma Jagsi, Paul Abrahamse, Monica Morrow, Ann S. Hamilton, John J. Graff, S. J. K. (2016). Coordination of Breast Cancer Care Between Radiation Oncologists and Surgeons: A Survey Study. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 118(24), 6072–6078.

Richard A. Krueger, M. A. C. (2014). *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. SAGE Publications, 280 pages.

Ridde, V., Robert, E., Guichard, A., Blaise, P. et Van Olmen, J. (2012). L'approche Realiste à l'épreuve du réel de l'évaluation des programmes. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 26, 37-59.

Robert, É., & Ridde, V. (2014). L'approche réaliste pour l'évaluation de programmes et la revue systématique : de la théorie à la pratique, *Mesure et évaluation en éducation*, vol 36(August),n°3 79-108. <https://doi.org/10.7202/1025741ar>,

Royaume du Maroc (2015a). Décret n°2-14-562 d'application de la loi cadre n°34_09 relative au système de santé et à l'offre de soins, en ce qui concerne l'organisation de l'offre de soins, la carte sanitaire et les schémas régionaux de l'offre de soins. 7 chaoual 1436 (24 juillet 2015). *Royaume du Maroc, : bulletin officiel 6388*.

Royaume du Maroc, Ministère de la santé. (2010). règlement Intérieur des hôpitaux: l'arrêté du Ministère de la Santé N° 456-11 du 2 Rajeb 1431 (6 juillet 2010).

Rouet, J. (2006). *Le management des processus : Une méthode de gestion des dysfonctionnements aux interfaces*. Rennes, France : ENSP

Rubin, H. J. R. & I. S. (2011). *Qualitative Interviewing: The Art of Hearing Data* (3ième éd.), 27(2), 109-112.

Saldaña, J. (2013). *The Coding Manual for Qualitative Researchers*.

Schleicher, E. (2006). *Immigrant women and cervical cancer prevention in the united states*. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.

Sebai, J. (2016). Une analyse théorique de la coordination dans le domaine des soins : application aux systèmes de soins coordonnés A theoretical analysis of coordination in the field of health care : application to coordinated care systems. *Sante Publique*, 28, 223-234.

Stuedler, F. (2004). Le Management Hospitalier De Demain Approche sociologique. *Revue Hospitalière de France*, N°497-Mars.

Thiéart, A. (2003). Méthodes de recherche en management. In R.-A. Thiéart (Dir.), *Méthodes de Recherche En Management*, 82-103.

Tilley, R. P. and N. (1997). *Realistic Evaluation*. Sage, London, 256.

Tripathy, D. (2003). Multidisciplinary care for breast cancer: Barriers and solutions. *Breast Journal*, 9(1), 60-63.

Tschudy, M. M., Raphael, J. L., Nehal, U. S., OConnor, K. G., Kowalkowski, M., & Stille, C. J. (2016). Barriers to Care Coordination and Medical Home Implementation. *Pediatrics*, 138(3), e20153458-e20153458.

Valaitis, R. et al. (2018). Organizational factors influencing successful primary care and public health collaboration. *BMC Health Services Research*, 97(38), 1185-1191.

Van Houdt, S., Sermeus, W., Vanhaecht, K., & De Lepeleire, J. (2014). Focus groups to explore healthcare professionals' experiences of care coordination: Towards a theoretical framework for the study of care coordination. *BMC Family Practice*, 15(1), 1–11.

Vanderboom, C. E., Thackeray, N. L., & Rhudy, L. M. (2015). Key factors in patient-centered care coordination in ambulatory care: Nurse care coordinators' perspectives. *Applied Nursing Research*, 28(1), 18–24.

Vareilles, G., Marchal, B., Kane, S., Petrič, T., Pictet, G. et Pommier, J. (2015). Understanding the motivation and performance of community health volunteers involved in the delivery of health programmes in Kampala, Uganda: A realist evaluation. *BMJ Open*, 5.

Varroud-vial, M. (2011). Réseaux de santé et coordination ville / hôpital, Enjeux et perspectives. *Revue hospitalière de France*, N 542, 2–5.octobre 2011.

Walsh, J, Young, J, M., Harrison, J,D., Butow, P,N., Solomon, M,J., Masya,L., et White, K. (2011). What is important in cancer care coordination? A qualitative investigation. *European Journal of Cancer Care*, 20(2), 220–227.

Walsh, Jennifer, Harrison, J. D., Young, J. M., Butow, P. N., Solomon, M. J., & Masya, L. (2010). What are the current barriers to effective cancer care coordination? A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 10.

Weaver, S. J., & Jacobsen, P. B. (2018). Cancer care coordination: Opportunities for healthcare delivery research. *Translational Behavioral Medicine*, 8(3), 503–508.

Wong, G., Westhorp, G., Manzano, A., Greenhalgh, J., Jagosh, J. & Greenhalgh, T. 2016. RAMESES II reporting standards for realist evaluations. *BMC medicine*, 14, 96.

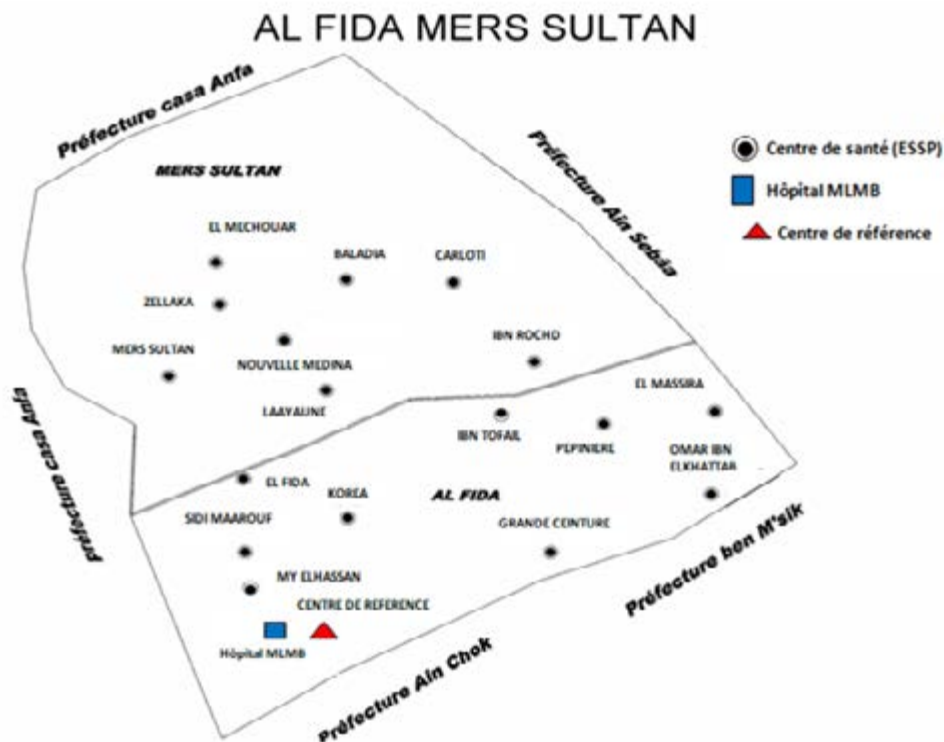
Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods*. Thousand Oaks, California, USA, Sage publications.

Yin, R. K. (2011). *Qualitative Research from start to finish*.

Annexes

Annexe 1: Quelques indicateurs de la délégation préfectorale de santé El Fida Mers Sultan Casablanca.

Référence : la délégation préfectorale de santé El Fida Mers Sultan année 2019.



A. Indicateurs de desserte

- ESSP/Habitants = 1/18838 H (N:1/25000 hab, reg: 1/28155)
- Médecins G/Habitants = 1/7360 H (reg: 1/10223)
- Infirmier/Habitants = 1/9419 H (reg:1/7777)
- Lit/ hab = 1 lit/1546 (reg: 1lit/1496)

B. Ressources humaines

	Personnel médical	Personnel infirmier	Personnel administratif
Délégation	08	02	24
SRES	02	6	04
centres de santé	41	36	1
Hôpital	86	133	43
CDTMR	02	03	00
Espace santé jeune	01	0	0
CRSR	02	03	00
Total	143	187	72

Annexe 2: Guide d'entretien avec le professionnel de santé concerné par les barrières et facilitateurs de la coordination des soins des cancers du sein et du col de l'utérus à la préfecture El Fida Mers Sultan Casablanca.

Bonjour Madame/ Monsieur,

Mr NADAM Adil participant au cycle de spécialisation en santé publique et en management de la santé, filière Management Hospitalier 2017/2019. Je mène, sous l'encadrement du Dr BELRHITI Zakaria enseignant-chercheur à l'Ecole Nationale de Santé Publique à Rabat, une recherche dont l'objectif est d'explorer les barrières et facilitateurs de la coordination des soins des cancers du sein et du col de l'utérus à la préfecture El Fida Mers Sultan Casablanca.

Dans le cadre de cette étude, votre participation est hautement souhaitée et certes elle est volontaire. Il s'agit de participer à une entrevue d'environ 30 min à une heure. Si vous le permettez, cette discussion sera enregistrée pour s'assurer que tous les points clés seront documentés avec précision. L'anonymat et la confidentialité des données seront strictement respectés. Je vous remercie d'avance pour votre collaboration et d'avoir accepté cet entretien dont les thèmes à discuter sont les suivants :

I. Introduction générale de l'entretien :

- Expliquer les règles de consentement éclairé
- Récupérer la lettre de consentement écrit
- Vérifier le dispositif d'enregistrement
- S'assurer que l'environnement est calme et non bruyant

II. Questions Générales

- Décrivez-moi votre rôle dans le processus de soins ?
- Décrivez-moi votre rôle en tant que gestionnaire ?
- Depuis combien de temps vous travaillez à l'hôpital ou CS?
- Parlez-moi de votre parcours professionnel ?
- Quel est votre âge ?

III. Transitions aux thématiques principales

Coordination des soins

- Dans le cadre de la filière de soins des patientes atteintes de cancer des seins et du col utérin ; Comment pourriez vous décrire la coordination des soins ?
- D'après vous qu'est ce qui facilitent la qualité de la coordination des soins ?
- D'après vous qu'est ce qui entrave la coordination de soins ?
- Quels sont les contraintes rencontrées pour la prise en charge des patientes atteintes du cancer du sein et col utérin ?

Culture et climat organisationnel

- Comment décrivez-vous vos relations avec les autres professionnels ?
- Est-ce que cette interaction influence-t-elle la coordination des soins ? si oui pourquoi ? Si Non pourquoi ?
- Est-ce que le climat organisationnel joue-t-il un rôle ? si oui pourquoi ? si non pourquoi ? donner moi un exemple ?

Caractéristiques organisationnelles

- Est-ce que d'après vous, l'organisation des services jouent-elle un rôle ? si oui pourquoi ? sinon pourquoi ?

Processus Managériaux

- Est-ce que d'après vous, le management joue-elle un rôle ? si oui pourquoi ? sinon pourquoi ?
- Comment décrivez-vous votre rôle de gestionnaire dans la coordination des soins ?
- Communication interpersonnelle
- Est-ce que la communication interservices joue un rôle dans la coordination des soins ? si oui pourquoi ? si non pourquoi ? Donnez-moi un exemple ?

Conclusion

- D'après vous comment peut- t-on améliorer la coordination des soins lié au cancer à l'hôpital ?
- Nous avons exploré ensemble la question de la coordination des soins, est ce qu'il existe un thème que nous n'avions pas exploré et que vous jugiez important ?
- Vous nous aviez apporté des informations très riches par rapport à la question de coordination, est ce que vous aviez une question pour moi ?

Annexe 3: Guide de groupe de discussion avec le professionnel de santé concerné par les barrières et facilitateurs de la coordination des soins des cancers du sein et du col de l'utérus à la préfecture El Fida Mers Sultan Casablanca.

Bonjour Madame/ Monsieur,

Mr NADAM Adil participant au cycle de spécialisation en santé publique et en management de la santé, filière Management Hospitalier 2017/2019. Je mène, sous l'encadrement du Dr BELRHITI Zakaria enseignant-chercheur à l'Ecole Nationale de Santé Publique à Rabat, une recherche dont l'objectif est d'explorer les barrières et facilitateurs de la coordination des soins des cancers du sein et du col de l'utérus à la préfecture El Fida Mers Sultan Casablanca.

Dans le cadre de cette étude, votre participation est hautement souhaitée et certes elle est volontaire. Il s'agit de participer à un groupe de discussion d'environ 30 min à une heure. Si vous le permettez, cette discussion sera enregistrée pour s'assurer que tous les points clés seront documentés avec précision. L'anonymat et la confidentialité des données seront strictement respectés.

Je vous remercie d'avance pour votre collaboration et d'avoir accepté cet entretien dont les thèmes à discuter sont les suivants :

I. Introduction générale de groupe de discussion :

- Expliquer les règles de consentement éclairé
- Récupérer la lettre de consentement écrit
- Vérifier le dispositif d'enregistrement
- S'assurer que l'environnement est calme et non bruyant

II. Questions Générales

- Décrivez-moi votre rôle dans le processus de soins ?
- Depuis combien de temps vous travaillez à l'hôpital ou CS?
- Parlez-moi de votre parcours professionnel ?
- Quel est votre âge ?

III. Transitions aux thématiques principales

Coordination des soins

- Dans le cadre de la filière de soins des patientes atteintes de cancer des seins et du col utérin ; Comment pourriez vous décrire la coordination des soins ?
- D'après vous qu'est ce qui facilitent la qualité de la coordination des soins ?
- D'après vous qu'est ce qui entrave la coordination de soins ?
- Quels sont les contraintes rencontrées pour la prise en charge des patientes atteintes du cancer du sein et col utérin ?

Culture et climat organisationnel

- Comment décrivez-vous vos relations avec les autres professionnels ?
- Est-ce que cette interaction influence-t-elle la coordination des soins ? si oui pourquoi ? Si Non pourquoi ?

- Est-ce que le climat organisationnel joue-t-il un rôle ? si oui pourquoi ? si non pourquoi ? donner moi un exemple ?

Caractéristiques organisationnelles

- Est-ce que d'après vous, l'organisation des services jouent-elle un rôle ? si oui pourquoi ? sinon pourquoi ?

Processus Managériaux

- Est-ce que d'après vous, le management joue-elle un rôle ? si oui pourquoi ? sinon pourquoi ?

Communication interpersonnelle

- Est-ce que la communication interservices joue un rôle dans la coordination des soins ? si oui pourquoi ? si non pourquoi ? Donnez-moi un exemple ?

Conclusion

- D'après vous comment peut-t-on améliorer la coordination des soins lié au cancer à l'hôpital ?
- Nous avons exploré ensemble la question de la coordination des soins, est ce qu'il existe un thème que nous n'avions pas exploré et que vous jugiez important ?
- Vous nous aviez apporté des informations très riches par rapport à la question de coordination, est ce que vous aviez une question pour moi ?

Cahiers REALISME
Numéro 18, Mai 2020

Comité éditorial:

Maria José Arauz Galarza
Marie Munoz Bertrand
Fanny Chabrol
Jean-Paul Dossou
Lara Gautier
Valéry Ridde
Emilie Robert
Emmanuel Sambieni
Sylvie Zongo

Coordinatrice de la collection:

Lara Gautier

ISBN: 2369-6648

Institut de recherche en santé publique
de l'Université de Montréal (IRSPUM)
7101 avenue du Parc, bureau 3187-03

Montréal, Québec, Canada H3N 1X9

www.equitesante.org/chaire-realisme/cahiers/
cahiers-realisme@equitesante.org

La Chaire REALISME

Lancée en 2014, la Chaire de recherche REALISME vise à développer le champ en émergence de la science de l'implantation en santé mondiale. Plus spécifiquement, son objectif est d'améliorer la mise en œuvre des interventions communautaires afin de les rendre plus efficaces dans une perspective d'équité en santé.

Dans ce cadre, la Chaire lance une nouvelle collection de documents de recherche portant sur les interventions communautaires de santé dans les pays à faible revenu, et/ou les problématiques touchant les populations les plus vulnérables dans ces pays et au Canada.

Les Cahiers REALISME

La création de ces Cahiers vise à prendre en compte un certain nombre de problèmes :

- Diffusion limitée des recherches en français et en espagnol sur le thème de la santé publique appliquée à la santé mondiale, du fait de l'anglais comme langue de diffusion principale
- Accès restreint pour les chercheurs de certains pays et la plupart des intervenants aux recherches publiées dans les revues scientifiques payantes
- Publications en accès libres payantes dans les revues scientifiques limitant la capacité des étudiants et jeunes chercheurs à partager leurs connaissances dans ces revues
- Processus de publication dans les revues scientifiques longs et exigeants

Compte tenu de ces problèmes, de nombreuses recherches ne sont pas publiées du fait de la longueur des procédures, des contraintes de langue, des exigences élevées de qualité scientifique.

L'objectif des Cahiers REALISME est d'assurer la diffusion rapide de recherches de qualité sur les thèmes de la Chaire en accès libre, sans frais, en français, anglais et espagnol.

Les contributions sont ouvertes aux étudiants aux cycles supérieurs (maîtrise, doctorat) et stagiaires postdoctoraux et aux chercheurs francophones, anglophones et hispanophones.

Les Cahiers s'adressent à tous les étudiants, chercheurs et professionnels s'intéressant à la santé publique appliquée à la santé mondiale.



This work is licensed under the Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Partage dans les Mêmes Conditions 4.0 International License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/> or send a letter to Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA.

Cahiers Scientifiques REALISME
Numéro 18, Mai 2020

ISBN: 2369-6648

Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM)
7101 avenue du Parc, bureau 3187-03
Montréal, Québec, Canada H3N 1X9



www.equitesante.org/chaire-realisme/cahiers/

