



**Mise à l'échelle et pérennisation des innovations visant à  
diminuer le fardeau du cancer afin d'améliorer l'accès aux  
soins et de renforcer la main-d'œuvre en oncologie  
considérations pancanadiennes**

**Synthèse des données probantes de l'initiative de  
recherche sur les services et les politiques de santé (RSPS)**

**1<sup>er</sup> juin 2026**

**Promotrice de la RSPS :** Kristi MacKenzie, directrice générale, ACAPC

**Responsables de la recherche de l'initiative de RSPS :** Dre Gail Tomblin Murphy et Dre Tara Sampalli –  
Université Dalhousie; Dr Stuart Peacock – BC Cancer et Université Simon-Fraser; Dre Sri Navaratnam – Action  
Cancer Manitoba

## Remerciements

Nous remercions les membres clés de notre équipe de recherche, notamment Danielle Domm et Arezoo Mojbfan (Université Dalhousie), et le Dr Diego Sanchez et la Dre Colene Bentley (économiste de la santé et méthodologiste supérieure — BC Cancer Population Health Sciences).

Nous remercions sincèrement les responsables de l'initiative, les décideurs politiques, les dirigeants du système de santé et les collaborateurs de recherche de partout au Canada et dans le monde qui ont participé aux sondages et aux entrevues. Leurs contributions ont permis d'obtenir des perspectives critiques et ancrées dans la réalité relativement aux défis de mise en œuvre, aux possibilités de diffusion et de déploiement à grande échelle des innovations dans les différentes provinces et différents territoires.

Nous tenons à remercier sincèrement les membres du conseil d'administration de l'ACAPC pour leur leadership, leur coordination et leur orientation durant tout le projet.

## OBJET

Cette synthèse des données probantes examine les innovations mises en œuvre au Canada et à l'échelle internationale afin de diminuer le fardeau du cancer. Plus précisément, elle :

1. Présente les conclusions clés d'un examen exhaustif des données probantes portant sur les innovations visant à diminuer le fardeau du cancer ;
2. Présente les considérations liées à la mise à l'échelle au Canada, y compris la capacité de la main-d'œuvre, l'état de préparation du système, l'équité et les conditions de durabilité ;
3. Présente les considérations politiques et liées au système qui sont ressorties pendant l'analyse ;
4. Fournit des recommandations pour la pérennisation et la mise à l'échelle des innovations dans l'ensemble du Canada.

Cette synthèse vise à soutenir les programmes et organismes provinciaux et territoriaux visant à diminuer le fardeau du cancer, les ministères de la Santé, les communautés et les partenaires du système pour identifier les innovations de grande valeur qui peuvent améliorer l'accès à des soins de grande qualité, tout en appuyant et pérennisant la main-d'œuvre en oncologie.

Cette synthèse a été éclairée par l'initiative de recherche sur les services et les politiques de santé dirigée par l'Association canadienne des agences provinciales du cancer (ACAPC) avec le soutien financier du Partenariat canadien contre le cancer (PCCC) et de Santé Canada. Le travail a été effectué par des chercheurs de l'Université Dalhousie, de BC Cancer, de l'Université Simon-Fraser et d'Action Cancer Manitoba, avec une mobilisation active des programmes et organismes provinciaux et territoriaux visant à diminuer le fardeau du cancer et des leaders du système partout au Canada.

Les opinions exprimées dans le présent document ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou du Partenariat canadien contre le cancer.

## INTRODUCTION

Les systèmes de soins contre le cancer au Canada font face à des pressions accrues en raison de l'augmentation de l'incidence, du vieillissement de la population, de l'augmentation de la complexité clinique et sociale, des coûts des technologies de la santé qui augmentent rapidement, et des iniquités persistantes dans l'accès à des services spécialisés. Au cœur de ces pressions est une pression croissante sur la main-d'œuvre en oncologie, notamment des pénuries de personnel dans les professions clés, une répartition géographique inégale, des niveaux élevés d'épuisement professionnel, et des capacités de formation et d'enseignement limitées. Ces défis liés à la main-d'œuvre

représentent maintenant la menace la plus importante à la pérennité de la prestation des soins contre le cancer.

### **Contexte et justification**

Un examen exhaustif des innovations mises en œuvre au Canada et à l'échelle internationale afin de diminuer le fardeau du cancer a été mené en 2025. Il a été appuyé par une mobilisation pancanadienne des programmes et organismes provinciaux et territoriaux visant à diminuer le fardeau du cancer et des leaders du système, et il était conçu pour éclairer les approches stratégiques et fondées sur des données probantes pour la mise à l'échelle et la pérennisation de la prestation des soins contre le cancer partout au Canada.

Un constat primordial de ce travail est que l'innovation dans les soins contre le cancer ne peut être considérée indépendamment de la main-d'œuvre. Les innovations doivent être comprises systématiquement au moyen de données probantes et de rigueur pour éclairer la mise en œuvre et la mise à l'échelle des possibilités, tout en comprenant les besoins en renforcement des capacités pour la main-d'œuvre en oncologie et la population qui a besoin de soins.

### **Pression sur la main-d'œuvre en oncologie : Un facteur déterminant de l'accès équitable et de la pérennité du système**

Parmi toutes les pressions sur le système, la main-d'œuvre en oncologie représente la contrainte la plus importante sur la pérennisation et la mise à l'échelle des soins contre le cancer de façon équitable. Bien que les pénuries de main-d'œuvre en santé sont un défi global, le problème est particulièrement criant en oncologie en raison du besoin de professionnels hautement spécialisés, des longs parcours de formation nécessitant d'importantes ressources, et des demandes physiques et psychologiques de la prestation de soins multidisciplinaires et de plus en plus complexes en cancérologie.

Les données indiquent que l'incidence du cancer et la mortalité liée au cancer au Canada augmenteront respectivement d'environ 40 % et 44 % d'ici 2040 en raison de la croissance et du vieillissement de la population. En même temps, le Canada est confronté à des pénuries de personnel critiques pour presque toutes les professions en oncologie. Environ 17 % de tous les postes en équivalent temps plein en radio-oncologie et 14 % des postes en soins infirmiers en oncologie sont vacants à l'échelle nationale, alors que 35 % des technologues en radiation médicale affirment avoir l'intention de quitter leur profession de façon permanente. Les départs de la main-d'œuvre accélèrent, notamment avec une augmentation de 129 % des départs de médecins médicaux entre 2021 et 2022, et une augmentation de 14,8 % chez les radio-oncologues entre 2019 et 2022.

Bien que le Canada ait toujours des ratios oncologues-population relativement élevés comparativement aux moyennes à l'échelle mondiale, les difficultés d'accès persistent dans les régions rurales et éloignées, où les pénuries, les contraintes de déplacement et

les capacités multidisciplinaires limitées exacerbent les iniquités dans le diagnostic et le traitement rapides. Ces disparités ont été intensifiées davantage par la pandémie de COVID-19.

## **Considérations pour la mise à l'échelle et pérennisation des innovations à l'échelle du Canada**

Les données démontrent que les contraintes liées à la main-d'œuvre ne sont pas un problème périphérique, mais un problème global, qui est un facteur clé déterminant de la mise à l'échelle et la pérennisation des innovations dans les soins contre le cancer. Les innovations qui ne tiennent pas compte de la capacité de la main-d'œuvre, de la conception des rôles, de l'éducation et la formation, de la reconceptualisation de la capacité et de la répartition de la main-d'œuvre, et du bien-être des prestataires et des équipes, risquent d'accroître les pressions sur le système au lieu de les atténuer. Inversement, les innovations qui intègrent délibérément la réorganisation de la main-d'œuvre, par exemple l'accompagnement, la prise en charge en équipe, les champs d'activité optimisés, la santé numérique et l'intelligence artificielle (IA) et les modèles communautaires sont les plus susceptibles de stabiliser les capacités, d'accroître l'équité et de soutenir la résilience du système à long terme.

Cette synthèse des données probantes présente les principales conclusions de l'examen approfondi réalisé pour comprendre le paysage des innovations dans les soins contre le cancer, plus particulièrement du point de vue de la science de la mise en œuvre, des résultats du quintuple objectif, de l'opérationnalisation et des considérations liées à la mise à l'échelle. Elle résume ces conclusions dans une synthèse concise à visée politique qui appuie les décideurs pour identifier les innovations de grande valeur et les réformes habilitantes qui sont prêtes pour une mise en œuvre à l'échelle du Canada, en mettant l'accent sur l'équité, la pérennité de la main-d'œuvre en oncologie et des innovations, et la résilience du système.

## **MÉTHODES**

### **Examen des données probantes**

Une synthèse exhaustive des données probantes a été réalisée à l'aide des méthodes établies de revue de la portée et d'analyse de l'environnement (Arksey et O'Malley, 2005). Les revues systématiques évaluées par les pairs publiées entre 2020 et 2025 ont été priorisées pour mettre en évidence l'expérience de la mise en œuvre après la pandémie dans les soins contre le cancer et, s'il y a lieu, des soins primaires et communautaires. Cette approche a permis l'inclusion de modèles pertinents pour la pérennité au-delà de l'oncologie en milieu hospitalier.

Les recherches de littérature grise ont suivi la méthodologie de Godin et coll. (2015) et priorisé les publications des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et des

autorités gouvernementales et sanitaires internationales. Cela a permis de tenir compte de l'expérience concrète de mise en œuvre, des adaptations des politiques et des facteurs facilitants à l'échelle des systèmes, en complément des données probantes issues de la littérature scientifique.

La sélection et la synthèse ont été guidées par le quintuple objectif (Nundy et coll., 2022) et le *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR) [Damschroder et coll., 2009]. Dans ce processus, les documents suivants ont été sélectionnés pour un examen approfondi :

- 42 revues systématiques
- 32 documents de politiques et du système du Canada
- 20 rapports internationaux sur la mise en œuvre

## Mobilisation des intervenants à l'échelle du Canada

Un sondage bilingue à l'échelle du Canada a été mené auprès des leaders du système visant à diminuer le fardeau du cancer, des responsables de la mise en œuvre et des décideurs politiques, suivi d'entretiens semi-structurés avec des informateurs clés, c'est-à-dire des experts nationaux et internationaux. La mobilisation a eu lieu dans l'ensemble des provinces et territoires et a inclus des perspectives cliniques, opérationnelles et politiques. Une analyse qualitative thématique s'est concentrée sur les obstacles à la mise en œuvre, les facteurs facilitants et les implications pour la main-d'œuvre. Elle a inclus ce qui suit :

- 72 répondants au sondage à l'échelle du Canada
- 24 entretiens avec des informateurs clés

## Priorisation structurée en fonction de la faisabilité et de l'impact

Les innovations mises en œuvre ont été évaluées à l'aide d'une matrice de faisabilité et d'impact tirant parti des méthodes de la science de la mise en œuvre et de la politique de santé (Bowen et coll., 2009 ; Brownson et coll., 2021).

- Chaque initiative a été évaluée selon plusieurs dimensions, notamment la maturité de la mise en œuvre, la mise à l'échelle, la faisabilité sur le plan économique, la capacité de la main-d'œuvre, l'équité, l'état de préparation sur le plan numérique, l'infrastructure, l'alignement des politiques et les résultats du quintuple objectif.

Les phases préliminaires de cette recherche ont été examinées et approuvées par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université Dalhousie.

## SYNTHÈSE DES PRINCIPALES CONCLUSIONS

Les principales conclusions sont réparties dans trois groupes :

- Les priorités établies ;
- L'application de la matrice et des critères ayant mené aux cinq principales innovations ;

- Les implications politiques.

## **PRIORITÉS ÉTABLIES :**

Dans l'ensemble des sources de données probantes, cinq domaines d'innovation émergeaient constamment comme priorités pour améliorer l'accès, l'expérience des patients/communautés et des prestataires/équipes et la pérennité :

### **1. Soins virtuels et santé numérique**

- Les consultations en oncologie virtuelles, les résultats déclarés par les patients (RDP) par voie électronique et la surveillance des symptômes à distance sont maintenant mis en œuvre à différents degrés dans une mesure variable dans la plupart des provinces et territoires, avec l'adoption la plus marquée dans les soins de suivi, la gestion des symptômes et la surveillance des traitements.
- Les données probantes démontrent que les RDP par voie électronique et les soins appuyés par la télésurveillance réduisent les visites en personne non nécessaires, les visites aux urgences et les hospitalisations, tout en améliorant le contrôle des symptômes et l'accès pour les populations rurales et éloignées.
- Les normes numériques et l'infrastructure, l'interopérabilité et la cohérence dans les protocoles d'intégration, un financement stable, des modalités de remboursement adéquates et de la formation, sont des éléments facilitants clés pour réaliser les avantages des modèles de surveillance virtuels et à distance.

### **2. Intelligence artificielle (IA)**

- Les mises en œuvre de l'IA ont été plus courantes dans les diagnostics, la planification des traitements et les activités cliniques.
- La majorité des mises en œuvre de l'IA demeurent aux stades pilote ou de mise en œuvre précoce, avec une intégration limitée dans les processus de travail habituels.
- Selon les conclusions de l'examen, l'état de préparation à l'échelle du Canada pour la mise en œuvre et la mise à l'échelle des innovations en IA demeure inégal, notamment en ce qui concerne la gouvernance, les mesures de protection et lignes directrices en matière d'éthique et d'équité, la préparation, les compétences et les capacités de la main-d'œuvre, les stratégies d'évaluation et de gestion des risques, la gestion du changement et plus encore.

### **3. Soins en équipe**

- Des modèles de soins en oncologie et multidisciplinaires en équipe sont mis en œuvre dans de nombreux territoires.
- Les données issues des sondages et des entretiens ont systématiquement révélé un rendement accru, un fardeau réduit sur les médecins et une meilleure coordination des soins.

- La mise à l'échelle est limitée par l'absence de compétences d'équipe standardisées et de temps réservé pour la collaboration et les communautés d'apprentissage.

#### 4. **Élargissement des champs d'activité**

- Des rôles élargis pour les infirmiers praticiens, les radiothérapeutes de pratique avancée, les pharmaciens et les médecins généralistes en oncologie sont mis en œuvre dans plus de la moitié des territoires visés par l'examen.
- Ces modèles montrent un fort potentiel de stabilisation de la main-d'œuvre, mais se heurtent à des contraintes liées à des variations réglementaires et de rémunération, à une capacité accrue en matière d'enseignement et de formation, aux possibilités de développement de carrière, et à l'évaluation intégrée et aux communautés d'apprentissage.

#### 5. **Soins à domicile et soins communautaires**

- L'accompagnement et le dépistage en milieu communautaire et les programmes de soutien faisaient partie des innovations les plus fréquemment mises en œuvre et mises à l'échelle relevées.
- Les données probantes démontrent une amélioration de la rapidité des diagnostics, de la coordination des soins et de l'expérience des patients, particulièrement dans les communautés autochtones, rurales et éloignées et pour d'autres populations confrontées à des iniquités.
- Les services d'oncologie communautaires et les traitements par perfusion à domicile, y compris les services de navigation et de dépistage, ont démontré leur faisabilité, mais nécessitent des modèles normalisés en matière de sécurité et de supervision, ainsi qu'un financement stable et une formation adéquate pour les travailleurs communautaires.

### **PRIORISATION DES INNOVATIONS**

Les initiatives ont été priorisées en fonction de la maturité de la mise en œuvre, du potentiel de déploiement dans plusieurs territoires, de la faisabilité économique, de la stabilisation de la main-d'œuvre, de l'impact sur l'équité, du niveau de préparation numérique et d'interopérabilité, et de l'alignement des politiques.

Les cinq principales innovations retenues avaient le meilleur équilibre entre faisabilité à court terme et potentiel de transformation du système à l'échelle du Canada.

- L'**accompagnement** était le modèle le plus axé sur l'équité et prêt à la mise en œuvre, avec des données probantes indiquant un renforcement des soins en amont, y compris le dépistage, la réduction des délais de diagnostic et de traitement, et l'amélioration de l'accès pour les populations confrontées à des iniquités.

- Les **modèles de soins en oncologie en équipe rendus possibles par l'optimisation des champs d'activité** ont été classés parmi les meilleurs rangs pour s'attaquer aux pénuries de main-d'œuvre grâce à la redéfinition des rôles, la redistribution des tâches et des gains de productivité.
- Les **perfusions à domicile** ont été identifiées comme un modèle de grande valeur pour fournir les traitements appropriés plus près du domicile, réduire la pression sur les unités de perfusion, et pour améliorer l'expérience des patients, à condition que des critères d'admissibilité normalisés, des protocoles de sécurité, des voies d'escalade et des modèles de financement durables soient en place.
- L'**IA** a été priorisée comme facteur facilitant à fort potentiel pour améliorer les flux, la fiabilité et la coordination, à condition qu'il y ait des normes rigoureuses pour la gouvernance, la gestion des risques, la gestion du changement, l'interopérabilité et la capacité de la main-d'œuvre.
- Finalement, les **parcours diagnostiques axés sur l'équité pour les personnes sans domicile et sans accès aux soins primaires** ont été priorisés comme modèle stratégique à fort impact sur l'équité, malgré une maturité précoce, nécessitant une coordination intersectorielle et des investissements ciblés en matière d'équité pour obtenir un impact durable à grande échelle.

## **IMPLICATIONS POLITIQUES POUR LA MISE EN ŒUVRE ET LA MISE À L'ÉCHELLE À L'ÉCHELLE DU CANADA**

L'analyse matricielle démontre que le Canada est rendu au-delà de la question de savoir *si* l'innovation fonctionne dans les soins contre le cancer, et se concentre sur le défi politique plus urgent de savoir *comment mettre à l'échelle ce qui fonctionne déjà*.

Trois implications politiques globales émergent des résultats :

D'abord, **la capacité de la main-d'œuvre en oncologie est un élément facilitant clé pour mettre à l'échelle les innovations**. Les initiatives les mieux notées, c'est-à-dire l'accompagnement, les cliniques offrant des soins en équipe avec des champs d'activité optimisés, les perfusions à domicile et les mises en œuvre de l'IA, tirent principalement leur valeur de leur capacité à repenser et à redistribuer le travail, à stabiliser les effectifs et à accroître la capacité au sein des équipes.

Deuxièmement, **la variation dans l'adoption dans les différentes provinces et différents territoires est maintenant une considération plus importante qu'une absence d'innovation**. Les différences dans la réglementation des champs d'activité, l'octroi de privilèges, la rémunération, les normes numériques et en IA, et les ententes de partage de données équitables et éthiques sont des risques possibles qui pourraient fragmenter la mise en œuvre et compromettre le déploiement à l'échelle pancanadienne d'innovations efficaces. Un accent mis sur une intégration de la mise en œuvre et de

l'évaluation pour soutenir l'apprentissage continu et les communautés de pratique est essentiel, de même que les besoins en infrastructure.

Troisièmement, **l'équité doit être intégrée dès la conception et à grande échelle.**

L'accompagnement et les parcours diagnostiques axés sur l'équité pour les communautés autochtones, rurales et éloignées, et les personnes sans domicile et sans accès aux soins primaires ont obtenu un score élevé, car ils mettent directement en évidence la nécessité de s'attaquer aux obstacles systémiques et structurels.

## **RECOMMANDATIONS DE POLITIQUES**

### **1. S'articuler autour d'un petit nombre d'initiatives pancanadiennes qui servent de modèles et facteurs facilitants du système pouvant être mis à l'échelle**

Se concentrer sur la mise à l'échelle d'un nombre limité d'initiatives à haut niveau de préparation au lieu de répartir les efforts entre plusieurs projets pilotes. Selon l'analyse matricielle, il faudrait inclure ce qui suit :

- Accompagnement des patients et des communautés à grande échelle
- Cliniques d'oncologie fondées sur le travail d'équipe rendues possibles par l'optimisation des champs d'activité
- Perfusions à domicile afin d'offrir des soins plus près du domicile
- Applications basées sur l'IA
- Soins axés sur l'équité pour les personnes sans domicile et sans accès aux soins primaires

### **2. Traiter la reconfiguration et la capacité de la main-d'œuvre comme les principaux leviers de la mise en œuvre**

Faire de l'innovation une stratégie pour le maintien de la main-d'œuvre et le renforcement des capacités. Une réorganisation délibérée de la main-d'œuvre est essentielle pour la mise à l'échelle des innovations tout en investissant dans les capacités de la main-d'œuvre.

### **3. Établir des « normes avant la mise à l'échelle » aux fins de cohérence**

Prioriser le développement et l'adoption de normes pancanadiennes qui réduisent les obstacles à la mise en œuvre, notamment :

- Normes d'orientation et réglementation sur les rôles d'accompagnement et de soutien communautaire, qui comprennent des indicateurs de rendement
- Cadres et normes de gouvernance de l'IA
- Normes réglementaires ainsi que normes de formation et de compétences pour l'optimisation des rôles en oncologie
- Plan directeur pour la mise en œuvre et la mise à l'échelle des perfusions à domicile
- Normes et lignes directrices fondées sur des données probantes pour des modèles de soins équitables pour les personnes sans domicile et sans accès aux soins primaires.

Ces normes devraient pouvoir être appliquées dans les différentes provinces et différents territoires tout en permettant une adaptation à l'échelle locale.

#### **4. Intégrer l'équité dans les efforts de mise à l'échelle**

Il faut veiller à ce que la mise à l'échelle comble, et n'augmente pas, les inégalités dans l'accès et les résultats grâce à une conception collaborative, à l'intégration des mesures d'équité et au renforcement des partenariats intersectoriels. L'équité devrait être traitée comme un objectif de rendement clé et non comme un résultat secondaire.

#### **5. Renforcer l'apprentissage à l'échelle du Canada**

Aller au-delà de l'évaluation basée sur des projets pour passer à des **systèmes d'apprentissage intégrés** en :

- Définissant un petit ensemble d'indicateurs communs de mise en œuvre et de résultats dans les différentes provinces et différents territoires ;
- Utilisant une évaluation en cycles rapides et des mécanismes d'audit et de rétroaction pour soutenir l'adaptation ;
- Mettant en lien directement les résultats de l'évaluation avec le financement, le perfectionnement des politiques et les décisions de mise à l'échelle.

Cela permettra d'assurer que la mise à l'échelle demeure basée sur des données probantes et adaptée aux réalités du système.

#### **6. Renforcer la coordination à l'échelle du Canada et les communautés d'apprentissage**

Une coordination durable et des communautés d'apprentissage pour l'ensemble des programmes et organismes visant à diminuer le fardeau du cancer, des gouvernements et des partenaires sont des leviers clés. Cela doit inclure :

- L'identification et la mobilisation des occasions d'apprentissage à l'échelle du Canada et entre les différents territoires afin d'accélérer l'échange de connaissances et la diffusion des pratiques efficaces ;
- L'utilisation de la présence de l'ACAPC au sein des organismes et programmes provinciaux et territoriaux comme mécanisme central pour l'apprentissage et la mise à l'échelle dans l'ensemble du Canada.

### **CONCLUSION**

Cette synthèse des données probantes démontre que le renforcement des soins contre le cancer partout au Canada nécessite des innovations axées sur la main-d'œuvre appuyées par des stratégies pancanadiennes coordonnées de mise en œuvre. Les progrès durables dépendront de l'alignement des politiques, des capacités de la main-d'œuvre et de la mise à l'échelle basée sur des données probantes des innovations qui améliorent l'accès, l'équité et la pérennité à long terme du système.

### **PROCHAINES ÉTAPES**

Les conclusions de ce travail éclaireront la prochaine phase des considérations de planification pour la mise en œuvre et la mise à l'échelle des innovations partout au

Canada. Les facteurs de réussite pour la mise à l'échelle et la pérennisation équitables identifiés dans cet examen éclaireront la conception des politiques, les capacités de la main-d'œuvre et la gouvernance continue. Les prochaines étapes de ce travail comprendront la conversion des données probantes en plans d'action politiques concrets, en trousseaux d'outils de mise en œuvre et en lignes directrices en matière de gouvernance pour soutenir la transformation durable et équitable des soins contre le cancer partout au Canada.

## Principales références

1. Arksey, H. et L. O'Malley (2005). *Scoping studies: towards a methodological framework*. *International Journal of Social Research Methodology*, vol. 8, numéro 1, p. 19 à 32. [en anglais seulement]
2. Bowen, D. J. et coll. (2009). *How we design feasibility studies*. *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 36, numéro 5, p. 452 à 457. [en anglais seulement]
3. Brownson, R. C. et coll. (2021). *Dissemination and implementation research in health*. Oxford University Press. [en anglais seulement]
4. Damschroder, L. J. et coll. (2009). *Fostering implementation of health services research findings*. *Implementation Science*, vol. 4, numéro 50. [en anglais seulement]
5. Buajitti, E. et T. Watson (2020). *Insights into health equity in Canada*. *Canadian Medical Association Journal*, vol. 192, numéro 33, p. E 952 à E957. [en anglais seulement] <https://doi.org/10.1503/cmaj.200085>
6. ACMTS (2024). *L'intelligence artificielle pour améliorer le roulement des patients*. Ottawa : Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé.
7. Inforoute Santé du Canada (2023). *Feuille de route commune de l'interopérabilité pancanadienne*. Toronto : Inforoute.
8. Partenariat canadien contre le cancer (PCCC) (2017). *Models of care for cancer survivorship*. Toronto (Ontario) : PCCC. <https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/>
9. ACAPC, *Pan-Canadian Strategic Oncology Workforce Report*, 2025. [en anglais seulement] [En ligne]. Disponible ici : <https://capca.ca/wp-content/uploads/2025/05/CAPCA-Strategic-Oncology-Workforce-FINAL-2025-05-05.pdf>
10. ACAPC (2025). *Enhancing access, and health outcomes and addressing health workforce challenges in cancer care using innovative models of care*. [en anglais seulement]
11. Action Cancer Manitoba (2022). *Cancer Navigation Program : Evaluation and outcomes report*. Winnipeg : Santé Manitoba.
12. Davidson, P., L. Hickman, B. Graham, E. Halcomb et J. Phillips (2006). *Beyond the rhetoric: What do we mean by a 'model of care'?* *Australian Journal of Advanced Nursing*, vol. 23, numéro 3, p. 47 à 55. [en anglais seulement]
13. Fan, Q., G. Wehby et K. Munguti (2022). *Housing and cancer care and outcomes: a systematic review*. *Cancer Medicine*, vol. 11, numéro 18, p. 3426 à 3435. [en anglais seulement] <https://doi.org/10.1002/cam4.5066>

14. Gaglio, B., J. A. Shoup et R. E. Glasgow (2013). *The RE-AIM framework: A systematic review of use over time*. *American Journal of Public Health*, vol. 103, numéro 6, p. e 38 à e46. [en anglais seulement] <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301299>
15. Glasgow, R. E., T. M. Vogt et S. M. Boles (1999). *Evaluating the public health impact of health promotion interventions: The RE-AIM framework*. *American Journal of Public Health*, vol. 89, numéro 9, p. 1322 à 1327. [en anglais seulement] <https://doi.org/10.2105/AJPH.89.9.1322>
16. Holtrop, J. S., P. A. Estabrooks, B. Gaglio, S. M. Harden, R. S. Kessler, D. K. King, B. M. Kwan, M. G. Ory, B. A. Rabin, R. C. Shelton et R. E. Glasgow (2021). *Understanding and applying the RE-AIM framework: Clarifications and resources*. *Journal of Clinical and Translational Science*, vol. 5, p. e126. [en anglais seulement] <https://doi.org/10.1017/cts.2021.789>
17. Kiran, T., A. Kopp, R. Moineddin et coll. (2020). *Cancer diagnosis and care among the homeless: Equity considerations for policy and practice*. *Canadian Family Physician*, vol. 66, numéro 3, p. 181 à 187. [en anglais seulement]
18. Meadows, D. H. (2008). *Thinking in systems: A primer*. Chelsea Green Publishing. [en anglais seulement]
19. Ming, X., L. Zhang et NRG Oncology AI Working Group (2022). *Benchmarking artificial intelligence tools for radiation oncology: A framework for evaluation and quality assurance*. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*, vol. 112, numéro 3, p. 569 à 577. [en anglais seulement] <https://doi.org/10.1016/j.ijrobp.2021.11.012>
20. National Home Infusion Association (NHIA) (2023). *Infusing safety: Comparing oncology infusion outcomes at home infusion services vs. hospital-based outpatient infusion centers*. Alexandria (VA) : NHIA. [en anglais seulement]
21. Okoli, C. et S. D. Pawlowski (2004). *The Delphi method as a research tool: An example, design considerations and applications*. *Information & Management*, vol. 42, numéro 1, p. 15 à 29. [en anglais seulement] <https://doi.org/10.1016/j.im.2003.11.002>
22. Pereira, R., B. Dykstra et J. Stinnett-Donnelly (2021). *Systematic literature review to identify the current state of knowledge regarding home infusion vs. medical-setting infusion*. *Value in Health*, vol. 24 (suppl. 2), p. S 18. [en anglais seulement] <https://doi.org/10.1016/j.jval.2021.04.093>
23. Schiffler, T., M. Jeleff, A. Gil-Salmerón, L. Yang, S. Haider, F. B. Schuch, I. Grabovac et coll. (2023). *Cancer risk factors and access to cancer prevention services for people experiencing homelessness: a scoping review protocol*. *BMJ Open*, vol. 13, numéro 8, p. e074710. [en anglais seulement] <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-074710>
24. Strøm, H. H., M. H. Andersen, M. Jørgensen et coll. (2022). « *It's a part of the patient* » : *The experiences of patients with cancer undergoing home-based chemotherapy from patients' and nurses' perspectives*. *European Journal of Oncology Nursing*, vol. 56, p. 102086. [en anglais seulement] <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2022.102086>
25. Wells, K. J., T. A. Battaglia, D. J. Dudley et coll. (2018). *Patient navigation in cancer care : A systematic review*. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, vol. 27, numéro 11, p. 1447 à 1455. [en anglais seulement] <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-18-0506>

26. Zhu, X., Y. Ge, C. Fakhry et Q. J. Wu (2021). *Artificial intelligence in adaptive radiotherapy: A systematic review of clinical evidence and emerging applications*. *Radiotherapy and Oncology*, vol. 161, p. 211 à 219. [en anglais seulement]  
<https://doi.org/10.1016/j.radonc.2021.06.019>
27. Nundy, S., L. A. Cooper et K. S. Mate (2022). *The Quintuple Aim*. *Health Affairs*, vol. 41, numéro 2, p. 226 à 234. [en anglais seulement]
28. Tomblin Murphy, G., T. Sampalli, D. Domm, S. Peacock, S. Navaratnam et K. Mackenzie (2025). *Sustaining Canada's cancer workforce: A pan-Canadian review of innovations in the rising needs for equitable care*. Manuscrit soumis pour publication. [en anglais seulement]