

Un nouveau type de rapport de cas pour de meilleurs résultats Les chirurgiens et les anatomopathologistes s'inspirent des listes de contrôle de sécurité de l'industrie du transport aérien

Ce n'est pas tous les jours qu'une innovation dans le domaine de la lutte contre le cancer s'avère une solution gagnante sur toute la ligne, aussi bien pour les patients, que pour les médecins et les chercheurs.

Cette innovation n'est ni une intervention effractive, ni un médicament ou une nouvelle technique d'imagerie médicale. En fait, il s'agit tout simplement de donner aux chirurgiens oncologues et aux anatomopathologistes une liste de contrôle structurée qu'ils doivent utiliser dans la rédaction d'un rapport de cas, plutôt que d'avoir recours à l'habituel rapport de cas narratif dicté.^{1,2}

Dans l'industrie du transport aérien, il est pratique courante de garder une liste de contrôle des procédures dans le poste de pilotage. Cette méthode est considérée depuis longtemps comme la norme d'excellence pour garantir la sécurité en ingénierie des



« En améliorant la pratique chirurgicale, l'utilisation du rapport normalisé pourrait avoir un impact aussi grand que la chimiothérapie. »

– Dr Walley Temple,
Alberta Cancer Board

systèmes. Certains anatomopathologistes et chirurgiens canadiens reconnaissent aujourd'hui la pertinence de cette méthode et ils utilisent des listes de contrôle structurées comme modèles de rapport dans la salle d'opération et le laboratoire d'anatomopathologie.

Deux projets parallèles – un en chirurgie, l'autre en anatomopathologie – sont appuyés par le Partenariat canadien contre le cancer.

Plus facile à comprendre

« Depuis une vingtaine d'années, les rapports d'anatomopathologie sur le cancer sont devenus de plus en plus complexes », affirme le Dr John Srigley, chef du programme d'anatomopathologie et de médecine de laboratoire à Action Cancer Ontario et professeur à la faculté des sciences de la santé de l'Université McMaster. Ces rapports doivent maintenant préciser le type, la taille et le grade de la tumeur, en plus d'indiquer l'état des ganglions lymphatiques et de donner des descripteurs du cancer, offrant ainsi de nouveaux paramètres pour le pronostic et la recommandation de traitements adjuvants.



Dr John Srigley, Action Cancer Ontario

« Vu le grand nombre d'éléments qui doivent figurer dans un rapport d'anatomopathologie, la liste de contrôle structurée est beaucoup plus facile à remplir et, qualité non négligeable, elle est beaucoup plus facile à comprendre pour le clinicien », dit-il.

Le Dr Srigley collabore étroitement avec le Partenariat et l'Association canadienne des pathologistes dans le but d'adapter les modèles de rapport existants du College of American Pathologists,

(suite à la page 3)

Les nouveaux horizons du Dr Simon Sutcliffe

Le Partenariat interviewe le vice-président de son conseil

Q. Vous quittez vos fonctions après avoir été pendant huit ans président de la BC Cancer Agency. Quels sont vos projets d'avenir?

R. Je travaille depuis 39 ans dans le secteur des soins de santé et j'ai été à la tête de deux organismes importants de lutte contre le cancer. Je me rends compte que je m'intéresse de plus en plus à la lutte contre le cancer à l'échelle de la population –

(suite à la page 2)

Entreprenant sa cinquième carrière, le Dr Simon Sutcliffe considère de nouveaux horizons dans les pays en développement

Le vice-président du Partenariat a joué un rôle déterminant dans sa création

(suite de la page 1)

en particulier, à l'interaction entre les pays industrialisés et les pays en développement.

C'est en tant qu'oncologue et radio-oncologue que j'ai commencé à œuvrer dans le domaine du cancer, aussi ai-je consacré la majeure partie de ma vie professionnelle au traitement du cancer. Depuis une dizaine d'années, nous sommes de plus en plus conscients qu'en mettant l'accent sur le traitement du cancer, nous visons les populations qui sont atteintes du cancer et qui, de plus, ont accès au traitement. En général, nous ne prenons pas en compte la période qui précède ou celle qui suit le cancer, ni l'ensemble des populations qui ne bénéficient pas d'un accès égal au traitement – c'est pourtant le cas dans les pays en développement.

Aujourd'hui, je cherche à explorer comment on peut comprendre la lutte contre le cancer en tenant compte de contextes culturels et économiques différents.

J'entreprendrai donc une cinquième carrière. Je suis passé du secteur du traitement du cancer (oncologie médicale et radio-oncologie), à celui des soins aux patients atteints du cancer en milieu hospitalier, à celui de la lutte contre le cancer en population, et je m'engage maintenant dans la voie de la lutte contre le cancer à l'échelle mondiale.

Q. Étant donné que vous avez travaillé aux États-Unis et en Afrique du Sud avant de quitter l'Angleterre pour venir vous installer au Canada, vous avez déjà une perspective internationale. Vous

avez créé et présidé le comité directeur du Congrès international de la lutte contre le cancer, qui s'est tenu d'abord à Vancouver, puis au Brésil. Est-ce que les congrès internationaux vous ont amené à vous intéresser à la situation mondiale?

R. Rappelons, pour mémoire, que le premier Congrès international de la lutte contre le cancer, qui s'est tenu à Winnipeg en 2005, découlait directement de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer. Nous voulions instaurer un forum réunissant les personnes qui s'intéressent à la lutte contre le cancer en population dans différents pays, afin de leur permettre d'échanger et de s'informer sur les mesures de lutte en population à l'échelle nationale.

Nous avons découvert que quelques pays se sont engagés dans cette voie, comme l'Australie, la Nouvelle-Zélande,

Projets de rapports synoptiques dans cinq provinces



« Un consensus national s'impose », affirme Lee Fairclough.

L'atteinte d'un consensus national sur les normes applicables aux rapports fondés sur une liste de contrôle structurée – ou rapports synoptiques – et sur le contenu de ces derniers est un projet prioritaire pour le Partenariat, déclare Lee Fairclough, vice-présidente, Gestion du savoir.

LE PROJET APPLIQUÉ À L'ANATOMOPATHOLOGIE :

- encourage le recours au rapport synoptique pour recueillir les données anatomopathologiques nécessaires à une stadification optimale du cancer;
- comprend une collaboration avec l'Association canadienne des pathologistes afin d'appuyer :
 1. l'adoption des modèles par le College of American Pathologists comme normes de contenu;
 2. la collaboration avec les provinces pour accroître l'utilisation des modèles.

LE PROJET APPLIQUÉ À LA CHIRURGIE :

- est fondé sur les rapports normalisés de chirurgie du cancer élaborés par l'Alberta Cancer Board;
- comprend des modèles de rapports sur les chirurgies du cancer du côlon, du rectum, du sein, de l'ovaire, et de la tête et du cou;
- adapte des modèles utilisant le programme Web de dossiers médico-chirurgicaux (WebSMR) pour la Nouvelle Écosse, le Québec, l'Ontario et le Manitoba.

LES AUTRES OBJECTIFS DU PROJET COMPRENNENT L'ÉVALUATION DES POINTS SUIVANTS :

- la faisabilité d'un système synoptique;
- la collaboration avec Inforoute Santé du Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé;
- l'acceptabilité pour les utilisateurs;
- l'échange de données : faisabilité et possibilités.

les pays scandinaves, la France, la Grande-Bretagne, certains États américains et le Canada – autrement dit, une partie de l'Amérique du Nord, de l'Europe occidentale et de l'Australasie, mais pas l'Europe orientale ni la majeure partie du monde.

Il y avait une poignée de pays fortement industrialisés déjà actifs dans le domaine, tandis que la majorité des pays n'accordaient pas une importance prioritaire à la question. Le défi consistait à trouver des moyens de faire la promotion de la lutte contre le cancer et d'en accroître la visibilité dans les pays qui n'avaient pas toutes les ressources dont disposent l'Europe occidentale et l'Amérique du Nord.

J'ai fini par acquérir la conviction que même si ces congrès sont très utiles, pour qu'ils débouchent réellement sur quelque chose de concret dans la majeure partie du monde, il faut tenir compte de la situation contextuelle dans les différentes populations.

(suite à la page 4)

Simon Sutcliffe, M.D., FRCP, FRCPC, FRCR

Simon Sutcliffe est vice-président du conseil d'administration du Partenariat canadien contre le cancer. Cet oncologue et radio-oncologue s'est particulièrement intéressé, dans le cadre de sa pratique clinique et de ses recherches, aux domaines suivants : lymphome, leucémie, tumeurs endocriniennes malignes, fonction reproductrice et immunodéficience chez les patients atteints du cancer. Après avoir occupé pendant huit ans le poste de président de la BC Cancer Agency, il quittera ses fonctions en décembre 2008. Il a été, dans le passé, président de l'Ontario Cancer Institute/Princess Margaret Hospital à Toronto.

Le Dr Sutcliffe a grandi non loin de Londres (Angleterre) et il a étudié ou travaillé au Royaume-Uni, aux États-Unis et en Afrique du Sud avant de s'installer à Toronto en 1979. Le Dr Sutcliffe préside le Congrès international de la lutte contre le cancer, et il a participé à la création de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer (1998-2002), dont il a présidé le conseil exécutif de 2002 à 2006.

« En général, on ne s'intéresse guère aux populations qui n'ont pas accès au traitement. »

– Dr Simon Sutcliffe



(suite de la page 1)

dont le contenu servirait de norme pour les rapports canadiens d'anatomopathologie.

Complète et précise

« Les études sur la chirurgie du cancer montrent déjà qu'une intervention chirurgicale optimale améliore de 10 % à 15 % les taux de survie à cinq ans chez les patients atteints du cancer, ce qui équivaut, dans certains cas, aux bienfaits de la chimiothérapie ou du traitement adjuvant », affirme le Dr Walley Temple, chef du département d'oncologie chirurgicale au Tom Baker Cancer Centre de l'Alberta Cancer Board.

« La liste de contrôle comprend les éléments des pratiques exemplaires, ce qui donne au chirurgien ou à l'anatomopathologiste un moyen de déterminer sur le champ s'il applique bel

et bien ces pratiques », ajoute-t-il.

« Lorsqu'elle est utilisée par un chirurgien ou un anatomopathologiste, une liste de contrôle structurée est à la fois plus complète et plus précise qu'un rapport narratif, car elle permet de rendre compte des éléments importants, comme la taille de la tumeur, la profondeur de la marge et le stade du cancer », dit le Dr Temple. Il souligne avec fierté le travail accompli par l'équipe de l'Alberta Cancer Board, dont les rapports normalisés ont été accueillis avec enthousiasme par les chirurgiens.

Les rapports électroniques normalisés de l'Alberta – pour les chirurgies de la tête et du cou, de l'ovaire, du sein, du côlon et du rectum – servent de modèles à l'initiative sur les rapports chirurgicaux appuyée par le Partenariat canadien contre le cancer, au Manitoba, en Ontario, au Québec et en Nouvelle-Écosse.

« Une simple amélioration des systèmes existants permet parfois d'accomplir des progrès considérables, affirme Lee Fairclough, vice-présidente, Gestion du savoir, au Partenariat. Avec l'aide des Drs Srigley et Temple, nous nous employons à modifier le système en y intégrant les pratiques exemplaires sur les lieux mêmes des soins, là où cela compte le plus ». Ces initiatives concordent parfaitement avec le mandat du Partenariat.

« Autre avantage : les rapports structurés et numérisés ont également de la valeur dans le cadre d'une recherche », dit-elle. ■

1. The computer synoptic operative report – a leap forward in the science of surgery. Edhemovic I, de Gara CJ, Temple WJ, Stuart GC, Ann Surg Oncol 2004 Oct; 11(10): 941-947
2. Key issues in handling and reporting radical prostatectomy specimens. Srigley JR, Arch Pathol Lab Med 2006 Mar; 130(3) 303-317

Simon Sutcliffe

(suite de la page 3)

Q. Est-ce que le Partenariat pourrait jouer un rôle de chef de file parmi les organismes internationaux de lutte contre le cancer?

R. Oui, je crois que la formule du Partenariat est avantageuse sur le plan international. Comme la plupart des autres pays du monde, nous disposons de ressources limitées pour la lutte contre le cancer, c'est pourquoi nous tentons de faire en sorte que « le tout soit supérieur à la somme de ses parties ».

Le Partenariat présente la valeur ajoutée suivante : il montre que l'on peut faire beaucoup avec les ressources existantes en misant sur la collaboration. Nous avons démontré l'intérêt de créer un « tout » qui est de beaucoup supérieur à la somme de ses parties, sans pour autant diminuer l'importance de l'une

ou l'autre des parties additionnées.

Nous montrons comment les ressources institutionnelles existantes peuvent être utilisées de

la manière la plus

profitable possible pour l'ensemble de la population. Enfin, soyons réalistes, si nous sommes incapables de démontrer, ici au Canada, que la collaboration stratégique et les partenariats intersectoriels peuvent améliorer la santé et le bien-être de notre population, les défis seront de taille pour le reste du monde qui s'engage dans la lutte contre cet ennemi changeant qu'est le cancer. ■



Notre modèle cadre tout à fait avec le contexte mondial

Comparativement à plusieurs autres modèles, celui du Partenariat est souple car il permet de créer du changement fondé sur des données probantes.

Le Partenariat fait appel à une approche systémique dans le but :

- de prévenir le cancer;
- d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes du cancer;
- de réduire le risque de décès associé au cancer;
- d'accroître l'efficacité de la lutte contre le cancer au Canada.

Pour atteindre ces objectifs, le Partenariat met l'accent sur les initiatives fondées sur des données probantes et ayant une portée pancanadienne, qui sont axées sur des résultats atteignables et mesurables.

Lors du Congrès mondial sur le cancer qui s'est tenu à Genève, en août, les participants ont été impressionnés par le démarrage rapide du Partenariat et par le fait qu'une stratégie complète est déjà en place, affirme Jessica Hill, PDG du Partenariat. « Cet exploit a été accompli grâce au travail acharné de toutes les personnes qui ont donné de leur temps pour créer la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer. Ils ont ainsi établi un cadre que nous nous employons aujourd'hui à renforcer et à appliquer.

« D'autres pays ont affirmé que l'intérêt de notre modèle réside précisément dans le fait qu'il permet de tirer le meilleur parti des ressources existantes et de regrouper ces ressources de manière à les rendre plus efficaces, plutôt que de mettre sur pied un nouveau système dispendieux », dit-elle.

« En 18 mois à peine, certaines initiatives du Partenariat se sont déjà fait remarquer sur la scène internationale », affirme John Potter, M.D., Ph.D., ancien directeur de la prévention au Fred Hutchinson Cancer Research Center à Seattle (Washington), et président du comité de gouvernance de l'étude de cohorte Projet de partenariat canadien Espoir pour demain. « La contribution du Partenariat sur la scène internationale est très importante. Le fait que ce dernier ait eu l'idée d'appuyer l'étude de cohorte – étude dont nous avons vraiment besoin – en est la preuve très éloquent. »



Le Partenariat « constitue une contribution importante sur la scène mondiale »

– Dr John Potter,
Fred Hutchinson Medical Center,
Seattle

Partenariat canadien contre le cancer

Ce bulletin se veut être un rapport semestriel sur le Partenariat à l'intention de toutes les personnes et organisations œuvrant dans le secteur du cancer au Canada.

Partenariat canadien contre le cancer
1, avenue University, Bureau 300
Toronto (Ontario) M5J 2P1

Renseignements : Polly Thompson
au 416-619-5782 1-877-360-1665

Pour recevoir le bulletin électronique :

www.partenariatcontrelecancer.ca

This newsletter is available in English.

La production de ce bulletin a pu être réalisée grâce à une contribution financière de Santé Canada. Les opinions exprimées sont celles du Partenariat canadien contre le cancer.