Prendre soin de la planification, planifier pour prendre soin : immersion dans le Plan régional de lutte contre le cancer 6

00:02

Bill, vous écoutez le podcast Cancer Assist, animé par le Dr Bill Evans et proposé par le Programme d'aide au cancer. Où que vous en soyez dans votre expérience, nous sommes là pour vous apporter aide et espoir dans la prévention, le traitement et les soins du cancer.

00:17

aidez-moi quand tu en as vraiment besoin.

00:20

Bienvenue au podcast Cancer Assist. Je suis votre hôte, le Dr Bill Evans, et aujourd'hui j'accueille deux invités au podcast. Anil Johnson, qui est le vice-président de l'oncologie et vice-président régional de l'oncologie à Santé Ontario et pour Hamilton Ira Haldeman, Brandt Lin, c'est un gros mot, mais ce n'est plus un Lin, c'est la région. Je pense que nous avons compris cela. Et Jennifer Smith, qui est la directrice du programme régional de cancérologie pour la même région, et vous avez également des responsabilités en hématologie, je crois comprendre, semble faire double emploi et doit mettre à rude épreuve les gens au niveau des jurés ces jours-ci. Mais je pense que c'est un défi pour l'ensemble du système en termes de nombre de dirigeants, de praticiens et d'infirmières, donc tout le monde travaille très, très dur. Ce dont nous voulons parler aujourd'hui, c'est de la façon dont Action Cancer Ontario planifie les services qu'elle offre. Et juste pour vous donner un peu de contexte. Je suis assez vieux pour avoir été là pour le tout premier plan de lutte contre le cancer de l'Ontario, qui a été élaboré en 2005

01:28

et ce sont des plans triennaux évolutifs , et j'en ai d'ailleurs une copie. Donc, comme nous sommes sur YouTube ces jours-ci, je peux le tenir et vous pouvez voir ce joli livret brillant ici qui présente toute une série de priorités. Et à l'époque, les priorités étaient essentiellement axées sur un système qui manquait de ressources. Il n'avait pas assez de machines, pas assez de centres de cancérologie, pas assez de personnel et pas assez de directives sur la façon de fournir des soins de qualité aux patients. Les plans d'action ont donc été élaborés autour de tous ces éléments. Et après cela, un rapport d'étape a été publié en 2008-2009

02:09

Ce qui a montré que des progrès importants ont été réalisés dans tous ces domaines, ou des plans pour six nouveaux centres de cancérologie, par exemple, dans la province de l'Ontario. Ces plans ont donc été très bénéfiques, et nous en sommes maintenant au sixième plan, et je pense que c'est l'une des caractéristiques qui font du système de cancérologie de l'Ontario l'un des meilleurs au monde.

02:34

Mais il y a toujours place à l'amélioration, n'est-ce pas ? C'est donc du plan six que nous voulons parler, de ce à quoi ressembleront certaines de ces améliorations et de la façon dont elles pourraient être mises en œuvre dans notre région.

02:47

Vous avez également dirigé un certain nombre de ces plans, Neil, et vous voudriez peut-être nous donner votre propre impression de leur efficacité avant de nous plonger dans le Plan six et certains des sujets qui y sont signalés pour un développement futur ? Oui, je suis heureux de vous rencontrer, Bill. Bill et moi avons toujours siégé à la table des dirigeants provinciaux pendant plusieurs années ensemble, et c'est donc toujours bon de renouer avec vous, et évidemment avec vos auditeurs sur le podcast. Vous savez que vous avez raison. Je veux dire, vous ne pouvez pas améliorer un système, qu'il s'agisse d'un système de cancérologie ou d'un système de santé, si vous n'avez pas de plan. Et je crois qu'Action Cancer Ontario a vraiment connu beaucoup de succès au cours des deux dernières décennies. C'est vrai pour l'organisation des plans, mais aussi pour leur exécution. Je veux dire, un plan sans exécution n'est rien. Ce n'est rien. Vous savez, il faudrait peut-être faire un petit pas en arrière et simplement dire aux gens qu'il existe Action Cancer Ontario. Qu'est-ce que c'est ? Et elle s'est un peu transformée maintenant en une organisation plus grande appelée Santé Ontario. Mais peut-être que je vais vous donner un peu de contexte. J'aime l'histoire de cette organisation, car je pense que si vous ne connaissez pas l'histoire des organisations, vous ne pouvez pas en quelque sorte comprendre la culture et comment elles sont nées. Si vous revenez aux années 1900, cela semble être il y a longtemps, mais c'est le cas aujourd'hui, je suppose. Vous savez, dans les années 1930 et 1940, il y avait très peu de traitements contre le cancer disponibles. Le radium venait juste d'arriver sur le marché, et il était nécessaire de créer des centres autour du radium, car il y avait très peu de radium dans les radiations. Et donc, vous savez, une commission royale d'enquête, ou une commission de l'Ontario, a été créée pour dire que nous avions besoin d'un système de lutte contre le cancer, et c'est vraiment ce qui a donné naissance à la Fondation ontarienne pour le traitement et la recherche contre le cancer. Maintenant, vos auditeurs voudront peut-être savoir que l' inimitable Dr Bill Evans a joué un rôle dans la dénomination de l'actuel Cancer Care Ontario. Maintenant, je suis On me l'a fait croire. Et tu pourras raconter l'histoire plus tard si tu veux, Bill, mais le changement de nom d'OC T ou F ou de la Fondation ontarienne pour la recherche et le traitement du cancer à Action Cancer Ontario, Bill a eu quelques petites relations avec ça, mais je laisserai ça pour plus tard dans le podcast, peut-être.

04:55

Mais au fil du temps, Action Cancer Ontario a géré des centres de cancérologie et.

05:00

Mais il n'y avait pas vraiment de supervision sur des sujets comme la chirurgie du cancer, la convalescence, les soins palliatifs, etc. Et donc en 2004

05:08

ou alors, à propos de Cancer Care Ontario, cela a changé. C'est devenu un véritable organisme de planification, un organisme d'amélioration, et les hôpitaux ont pris en charge les opérations du centre de cancérologie. Par exemple, le Jarvinsky Cancer Center, que les Hamiltoniens connaissent bien. Et donc, au cours de cette période , nous avons lancé des centres de cancérologie, l'ensemble du parcours de traitement du cancer, du dépistage et de la prévention jusqu'au traitement, qu'il s'agisse de chirurgie, de chimiothérapie, d'hématologie et de malignités que Jen supervise dans notre centre, ainsi que de radiothérapie. Donc, vraiment, tout un continuum de services . Et donc , l'un des principes sur lesquels nous fonctionnons est de développer des centres et d'exécuter des centres au niveau provincial. Et votre bonne amie à moi, Mary Gospoderwitz , la Dre Mary Gosper Edwards, qui est une leader internationalement reconnue dans les services de cancérologie. J'étais à une réunion avec des dirigeants d'hôpitaux il y a deux ans, et elle a parlé de ce sujet précis : quel est l'état actuel de la planification du cancer dans le monde ? Bien entendu, tous les pays développés ont des plans de lutte contre le cancer. Même de nombreux pays en développement ont des plans de lutte contre le cancer. Ainsi, peu importe où vous vous trouvez dans le monde, il existe un mécanisme de planification pour améliorer les services aux patients atteints de cancer, car l'impact du cancer sur notre société est si important, et l'Ontario n'est pas le seul pays à avoir réussi à mettre en œuvre ses plans.

06:39

Le dernier commentaire que j'aurais à faire sur cette partie, Bill, c'est que le plan est vraiment élaboré en trois parties, ou en trois parties. Tout d'abord , il doit être orienté vers ce dont les patients ont besoin, ce qu'ils veulent. Nous mettons donc l'accent sur l'engagement des patients à propos de ce qui est important pour eux. Ainsi, par exemple, j'ai siégé au comité qui a élaboré le sixième plan de lutte contre le cancer de l'Ontario, dont nous allons parler aujourd'hui, et un patient coprésidait ce travail. Il est donc très important d'avoir cette rétroaction. Deuxièmement, et vous le verrez, Vous comprendrez que cela doit être fondé sur des données probantes. Nous devons utiliser les meilleures données probantes pour éclairer nos investissements. L'exemple que je citerais plus récemment est celui du dépistage du cancer du poumon. Nous avons donc lancé le dépistage du cancer du poumon dans toute la province et, compte tenu de votre expérience professionnelle, vous comprendrez très bien cela.

07:32

Eh bien. Et à Hamilton, nous l'avons lancé à St Joseph's, et nous allons étendre ce programme qui s'appuie sur des recherches cliniques clés qui ont été menées il y a probablement moins de dix ans et qui ont vraiment montré que le dépistage d'une certaine manière entraînera des améliorations dans la durée de vie des personnes atteintes de la maladie et dans les taux de survie, de morbidité et de mortalité, n'est-ce pas ? Il faut donc que cela soit ancré dans de bonnes données probantes. Et puis le troisième élément consiste vraiment à s'assurer que ceux qui fournissent les soins ont leur mot à dire dans le processus, n'est-ce pas ? Parce que ce sont eux, les oncologues, les infirmières, les pharmaciens, les diététiciens, les travailleurs sociaux, qui voient les défis au quotidien, et c'est donc un élément très important, qu'ils donnent leur avis sur ce qu'ils voient et qu'ils l'intègrent dans le plan. Voilà donc tous les apports. Beaucoup d'autres facteurs entrent en jeu, mais c'est ainsi que nous abordons le processus de planification. Je pense qu'il est très important que nos auditeurs l'entendent, car l'un des résultats est qu'il s'agit d'un système provincial. En fin de compte, les soins prodigués dans chacun des 14 centres de cancérologie sont à peu près les mêmes. Il y a des domaines de spécialisation. Les choses ont été rationalisées dans certains centres simplement parce qu'ils sont peu fréquents et que le volume est important pour concentrer l'expertise et produire les meilleurs résultats. Mais je veux que les gens sachent qu'il y a une planification pour l'ensemble du système et que la qualité est intégrée dans l'ensemble du système, afin qu'ils puissent avoir confiance, qu'ils soient vus à Niagara , à Hamilton ou à l'hôpital Princess Margaret. Au niveau des soins, ils recevront des soins équivalents parce que tout est fondé sur des données probantes, et nous essayons tous d'améliorer le soutien psychosocial et les services de santé. et d'autres éléments de qualité qui contribueraient à un excellent système de soins. Je remarque simplement qu'au bas du plan de 2005, il est question de la qualité. Je pense que cette idée de qualité est là depuis le début et nous continuons de promouvoir la qualité, la responsabilisation et l'innovation dans l'ensemble du système ontarien. Je pense donc que c'est ce que chacun des plans successifs a tenté de faire, et d'identifier le prochain domaine dans lequel nous pouvons innover, ou le prochain domaine dans lequel nous pouvons ajouter de la qualité à l'ensemble du système, afin d'améliorer l'expérience du patient et celle du fournisseur. C'est donc l' idée derrière l' idée de ce podcast : essayer de sensibiliser davantage nos auditeurs à la façon dont nous pouvons améliorer la qualité des soins de santé. comment les choses se passent. Ce n'est pas le fruit du hasard, ou un médecin ici pense que c'est la meilleure façon de traiter le cancer et.

10h00

donc pas ce problème. Nous avons un système basé sur des preuves et sur une planification très minutieuse. Et je pense qu'il y a une évolution intéressante dans la planification, car je pense

10:09

Nous pouvons toujours utiliser davantage de ressources, et certainement davantage de financement pour ces ressources, mais nous avons maintenant des centres de cancérologie bien répartis dans notre province, ce qui n'était pas le cas auparavant. C'est pourquoi, dès le premier plan de lutte contre le cancer, nous avons pris en compte la nécessité d'avoir davantage de centres et de les répartir de manière appropriée. La planification des ressources humaines est beaucoup plus sophistiquée que jamais auparavant.

10:31

et il existe un mécanisme vraiment excellent de génération de preuves, pas seulement autour des traitements, mais sur l'organisation des systèmes par le biais de notre programme de soins fondés sur des preuves qui est basé ici à McMaster, ces choses auxquelles vous faisiez référence, la base de preuves est si importante que nous ne faisons pas les choses simplement parce que quelqu'un pense que c'est une bonne idée. C'est basé sur des recherches solides. Et donc je pense que nous avons vu des améliorations successives dans le système de lutte contre le cancer dans chacun des plans, et nous n'examinerons pas les cinq plans qui nous amènent à

11h05

J'ai une série en six parties ou quelque chose comme ça, mais je trouve le plan de lutte contre le cancer de l'Ontario intéressant en raison des points sur lesquels il met l'accent. Certaines des choses qui sont devenues une priorité non seulement dans le domaine des soins de santé, mais je pense que de manière plus générale, toute la notion d'équité, je pense que certaines de ces choses découlent de nos discussions autour de

11:27

Ce que nous avons fait à nos peuples autochtones en tant que colons, mais nous reconnaissons aussi que nous sommes une société pluraliste et que nous avons ici de nombreux groupes différents. Y a-t-il des groupes qui sont désavantagés d'une manière ou d'une autre et qui n'ont pas accès au centre de cancérologie ?

11:46

c'est vraiment le premier bloc de ce nouveau plan contre le cancer. J'aimerais bien connaître votre avis sur la pertinence de cela pour Hamilton, nigra,

11:58

La région de Brandt, Haldeman Brandt, nous avons clairement des poches de communautés marginalisées en termes de ce qu'on appelle les zones rouges froides et à Hamilton, mais Branford et et Les îles Sainte -Catherine ont des zones similaires, peut-être plus petites, mais elles existent néanmoins. Nous avons une importante population aborigène, six nations. Alors, qu'est-ce que l' équité ? À quoi ressemble une amélioration de l'équité ?

12:31

Dans notre région ? Oui, vous pouvez peut-être commencer. Et puis je sais que Jen a beaucoup de bons exemples de son travail plus directement avec ses équipes dans toute la région, vous savez, pour revenir au plan. Donc si je peux juste prendre une minute, Bill, vous savez, vous parlez des plans un à cinq, chacun d'entre eux avait une emphase thématique différente, n'est-ce pas ? Le premier était donc autour d'un retour aux fondamentaux, parce que nous ne savions pas quels étaient les temps d'attente pour une chirurgie du cancer par exemple, n'est-ce pas ? Construire les fondations de nouveaux centres de cancérologie et ainsi de suite, n'est-ce pas ? Quelque part plus tard, je pense que c'était au troisième ou au quatrième, nous avons abordé les soins centrés sur la personne et fait avancer cette notion selon laquelle les patients doivent avoir leur mot à dire dans le système, n'est-ce pas ? Et, et vous avez raison. Le thème suivant, vraiment, concerne l'équité. Et, vous savez, je parle ici de base de preuves scientifiques, mais je vais faire un commentaire non scientifique , et vous pouvez me contester là-dessus, mais, vous savez, je pense que c'est utile pour l'effet. Vous savez, je pense que la question de l'équité est encore plus importante dans le système de lutte contre le cancer, en termes d'impact, que le tabagisme et la consommation de tabac. Vous savez, quand vous réfléchissez, expliquez-vous,

13h30

Les inégalités dans notre société laissent de côté de nombreuses personnes. Nous constatons donc chaque jour les conséquences sur la santé . Nous voyons des gens qui passent entre les mailles du filet, des gens qui ne peuvent pas, qui sont diagnostiqués en phase terminale de la maladie, qui n’ont même pas pu se rendre à un centre de dépistage, qui ne savent pas, qui n’ont pas de médecin de famille ou qui ont d’autres obstacles dans leur vie du point de vue des déterminants sociaux de la santé, et donc , vous savez, nous les laissons de côté. Nous planifions le système de manière historique, ou bien souvent, nous avons l’impression que nous le planifions pour des hommes blancs aisés comme moi. Et vous savez, la réalité est que je peux m’y retrouver dans le système. Beaucoup de gens ne le peuvent pas. Et donc, vous savez, qu’est-ce que cela signifie ? Eh bien, vous savez, félicitations pour le travail que vous avez fait lorsque vous étiez dans mon bureau, ou ce qui est maintenant mon bureau, je suppose, avec le coach mobile que nous avons qui parcourt cette région et propose des dépistages du cancer à ces groupes. Mais plus que cela, je pense qu’il ne s’agit pas seulement d’apporter des services là-bas, mais ce sont les relations que nous construisons avec ces groupes communautaires qui représentent, défendent et traitent avec des communautés très sous-spécialisées dans nos régions, qui peuvent être une communauté d’immigrants, cela peut être une zone très pauvre de notre société, vous savez, et nous construisons ces relations avec eux afin que nous puissions mieux comprendre, vous savez.

15h00

Je dis à notre équipe que la première chose que nous pouvons faire est de chercher à comprendre et de développer les services autour de ces choses. Mais Jen, peut-être que tu peux nous en dire un peu plus . Je veux dire, au cours des six mois que tu as passés sur le terrain ici, eh bien, je pense que le car mobile en est un très bon exemple. Et il ne s'agit pas seulement de dépister les populations mal desservies, mais aussi les populations sous-dépistées, et d'utiliser vraiment, vous savez, un esprit de promotion de la santé comme moyen de fournir des informations sur les raisons pour lesquelles vous devriez vous faire dépister. Et puis, plus encore, lorsque nous parlons d'avoir cette voix présente et de vraiment nous assurer que nos communautés autochtones ou mal desservies contribuent vraiment à la conception de ce CO. Il s'agit de développer ces voies de suivi pour elles , si quelque chose est identifié grâce au dépistage. C'est donc un aspect sur lequel nous avons continué à nous concentrer, et nous avons récemment établi de nouveaux partenariats avec certaines de nos communautés autochtones et organisé des parcours de suivi très solides pour elles à Brantford ou partout où se trouve le site de dépistage ou d'évaluation le plus proche après cette évaluation. Je pense donc que c'est vraiment quelque chose dans lequel nous sommes très engagés en utilisant notre équipe autochtone de cancérologie, notre navigateur, notre coordonnateur des patients, pour vraiment aider à continuer à renforcer ces partenariats et à faire entendre cette voix. Une grande partie de cela est Il faut établir un climat de confiance avec ces communautés. Si vous venez d’un pays étranger, vous n’avez aucune idée de ce à quoi ressemble le système de santé de ce pays, de la façon dont vous serez traité, de la façon de commencer à l’utiliser. Comment vous présentez-vous à qui devez-vous vous présenter pour porter plainte ? C’est donc une expérience très effrayante pour eux, et le fait que le coach se rende dans ces différentes régions et que les gens discutent entre eux, les amène à se rendre compte qu’ils sont de bonnes personnes. Ils sont là pour être utiles. Ils répondent aux questions, etc. , etc. , et ils ne se contentent pas de promouvoir le dépistage. Je sais qu’ils encouragent l’arrêt du tabac, ce dont je suis très satisfait.

16:54

Quelqu'un qui doit diriger ce projet dans la province. Je suis heureux de l'entendre. C'est donc extrêmement important. Mais vous savez, l'un des échecs du système de santé, à mon avis, est l'incapacité à tendre la main aux gens. Il s'agit des organismes de santé, des hôpitaux, des centres de médecine, des médecins, des cabinets privés. Ils attendent que les gens viennent à eux. Cela a fonctionné . En fait , la population est plutôt petite. Nous ne l'étions peut-être pas, en raison de notre multiculturalisme, etc., mais nous devons faire le contraire, car nous ne laissons pas les gens de côté, et ce sont des personnes marginalisées, et j'ai pu le constater de façon assez spectaculaire en passant d'Ottawa au Centre de cancérologie d'Hamilton, car la population que nous servons à Ottawa est plutôt instruite, bien assurée, assez informée, avare, très exigeante, et les résultats obtenus par le centre de cancérologie en termes de résultats du traitement sont meilleurs qu'à Hamilton, et ce n'est pas à cause d'une quelconque défaillance des personnes, de l'équipement ou des connaissances. À Hamilton, les résultats sont tout aussi bons qu'à Ottawa. La différence, c'est que les gens viennent plus tard, et c'est parce qu'il y a un grand groupe dans le centre-ville et ailleurs qui ne sait pas que cracher du sang est une mauvaise chose, ou que ces crampes abdominales qu'ils ont devraient être examinées et qu'un coach devrait être envoyé, peut-être qu'il faudrait plus qu'un coach de dépistage. Peut-être qu'il existe un autre type de modèle similaire, mais qui permet de tendre la main à ces communautés, ce qui est utile de toute façon, c'est juste non, je pense que Bill Fingers ajoute à cela, comme, je pense que vous avez raison. Je veux dire, je pense que c'est une approche philosophique qui doit changer, dans laquelle nous essayons d'initier le changement, et c'est aussi culturel. Dans le système de santé, n'est-ce pas ? Vous savez, les gens viennent dans un centre de cancérologie, ils viennent dans un hôpital ? Eh bien, la destination ne devrait pas être l'hôpital. Maintenant, il y a certaines choses que nous devons avoir dans l'hôpital. Et l'équipement de radiothérapie ne va pas être placé à chaque coin de rue, mais nous devons réfléchir à la meilleure façon de prendre soin de ces personnes. Et vous savez, Bill, ce n'est pas seulement une question d'équité. C'est aussi une question de qualité et de capacité . Certaines des choses dont nous commençons à parler avec l'un de nos médecins dans le cadre d'une subvention de recherche majeure de près de 5 millions de dollars, pour examiner cela, sont : comment pouvons-nous effectuer des traitements majeurs au domicile des personnes avec une surveillance à distance ? Donc, dans le domaine de l'hématologie de Jen, qui est, encore une fois, la clé du jury, il y a l'un des trois seuls centres de la province qui offrent des services complets de traitement du cancer du sang. Comment pouvons-nous faire des choses comme des traitements par cellules souches, des perfusions de cellules souches T au domicile des gens? Maintenant, vous savez exactement ce que vous voyez, vous vous dites : « Wow , c'est interne, mais ce n'est pas tant une question d'équité, c'est plutôt une question de maximisation de la capacité de notre système. » Mais cela montre simplement que nous devons penser différemment, que nous abordions l'équité, la durabilité ou la capacité. Nous devons penser que l'hôpital n'est pas le seul endroit où fournir des soins, ni le cabinet du médecin ou la clinique, car vous allez sortir des sentiers battus et revenir à l'innovation ici. Ouais. Donc.

20h00

Oui, c'est une discussion très importante. Et il est clair que la question de l'équité est importante dans le sixième plan d'action, comme le sont un certain nombre d' autres questions. Et peut-être passons-nous à celle qui se trouve à côté, sur ce petit napperon, qui dit : améliorer les soins aux patients. Les soins aux patients , l'expérience des partenaires et des prestataires. Il me semble que je continue d' entendre des commentaires très positifs sur les expériences des patients lors des réunions du jury. Certaines de ces choses commencent par le fait d'avoir quelqu'un à la porte d'entrée, quelqu'un qui ouvre la porte de la voiture et vous souhaite la bienvenue. Et si vous êtes un nouveau venu, la première visite vous amène au bureau d'information, vous permet de commencer. Certaines de ces petites choses améliorent vraiment l'expérience des soins. Et j'aimerais faire un plaidoyer en faveur du programme d'aide aux personnes atteintes de cancer. Je pense qu'il améliore l'expérience des soins en fournissant des transports gratuits, en fournissant des équipements qui aident les gens à être en sécurité chez eux, etc., et d'autres soutiens. Mais à quoi d'autre pensons-nous maintenant en termes d'innovations pour améliorer l'expérience des patients ? Qu'entendez-vous des patients et de leurs prestataires de soins, des membres de leur famille, qui, selon eux, pourraient améliorer leur expérience ? Jen et moi essayons de déterminer qui va commencer, ou je vais laisser tomber tout de suite. Vas-y. Jen, oui, c'est un gros problème, et c'est l'une des premières choses sur lesquelles nous avons porté notre attention, c'est que nous avons commencé à envisager d'utiliser certains des commentaires que nous avions reçus de nos sessions d'engagement qui avaient en fait commencé avant que je ne commence mon rôle, et j'ai simplement eu la tâche amusante de formuler toutes ces données ensemble pour essayer de les organiser en quelques thèmes. Et l'une des choses qui m'est venue à l'esprit

21:36

Les patients et les prestataires de soins ont clairement indiqué que la plus grande pression à laquelle ils sont confrontés est l’attente de deux semaines avant de voir un oncologue. Nos praticiens en oncologie psychosociale et en soins de soutien disent qu’ils reçoivent un grand nombre d’appels de patients qui se sentent perdus, anxieux et qui attendent l’inconnu. Du point de vue des patients, vous connaissez leurs descriptions de leurs expériences pendant qu’ils attendent cette première consultation . Cela reste gravé dans votre mémoire. Et vous savez, si vous avez déjà été un proche ou un patient dans cette période d’attente, c’est difficile. Alors, ce que nous examinons de ce point de vue, tout en essayant d’améliorer l’expérience du patient et du prestataire, c’est comment pouvons-nous créer davantage de mécanismes de soutien entre pairs ? Et vous savez, nous pensons à nos partenariats avec le Cancer Assistance Program ou Wellwood , ou n’importe lequel de nos autres organismes communautaires. Vous savez, comment pouvons-nous tirer parti de ces partenaires externes, les intégrer à l'interne, examiner comment nous pouvons réellement formuler des voies vraiment solides pour que les patients puissent obtenir du soutien de la part de patients qui ont peut-être vécu quelque chose de similaire à ce qu'ils vivent actuellement. L'une pour alléger une partie de la pression sur les équipes, pour s'assurer qu'elles ont la capacité de vraiment s'occuper des patients une fois qu'ils ont eu ce rendez-vous et qu'ils ont reçu leur diagnostic, et pour les patients qui sont dans cette période d'attente également. C'est donc certainement quelque chose sur lequel nous tournons notre attention, qui aurait, espérons-le, un double impact. En partant de là, je pense que le système de santé a sous-estimé les ressources et l'importance des patients qui sont des personnes, des personnes qui ont une maladie,

23:08

Trouver une communauté. C'est pourquoi j'utilise le mot tribal. Vous savez, les humains sont en quelque sorte des créatures tribales, n'est-ce pas ? Nous faisons partie d'une équipe. Nous faisons partie de cela. Et lorsque vous recevez un diagnostic de cancer, tout d'un coup , vous êtes isolé, seul, parce que vous ne connaissez personne qui a le même problème que vous. Pourtant, il y a des centaines et des milliers de personnes qui ont exactement le même problème que la plupart de ces patients, n'est-ce pas ? Alors, comment pouvons-nous établir ce lien ? Je pense que le secteur de la santé a dit de ne pas intervenir. Vous savez, nous sommes les experts. Nous allons faire tout cela pour vous. Mais pourtant , les patients veulent parler à quelqu'un de leur expérience. Ils veulent savoir qu'il y a quelqu'un comme moi, et je pense que c'est là que nous réfléchissons, comment pouvons -nous non pas construire ces relations, mais comment pouvons-nous faciliter cela ?

23:54

Et vous savez, je pense que l'autre partie de cette expérience est de savoir comment faciliter la tâche à un patient ou à un membre de la communauté atteint d'un cancer pour trouver ces services, n'est-ce pas ? Par exemple, Cap est juste en bas de la route. Nous avons des services dans le bâtiment, comme j'aimerais avoir un centre commercial communautaire dans la clé des jurés où les personnes que vous connaissez qui sont confrontées à un diagnostic, tout d'abord, peuvent voir, oh, voici les 10 programmes différents. Voici les 10 agences communautaires différentes auxquelles je peux m'adresser, n'est-ce pas ? Et alors, comment pouvons-nous faire cela de manière intégrée ? Comment intégrons-nous les services des puits, des Caps et des autres personnes dans nos opérations ? Parce qu'à l'heure actuelle, tout est basé sur le transfert. Allez dans la rue, parlez à Deb et à son équipe, allez voir ce qu'ils sont, n'est-ce pas ? Comment pouvons-nous mieux intégrer cela ? N'est-ce pas ? Et vous savez, je pense que c'est une approche philosophique que nous devons adopter dans le système de lutte contre le cancer, car nous n'avons pas besoin de tout faire pour tout le monde. Nous ne le pouvons pas. Nous sommes bons en radiothérapie, en chirurgie et en chimiothérapie, mais nous ne sommes pas bons dans ce que font les autres organismes. Alors, comment pouvons-nous mieux les intégrer ? Comment.

25:00

Avez-vous cette boule de coupe qui permet aux gens de s'orienter facilement ? Eh bien, cela touche également à un autre élément du plan, l'intégration des différents partenaires de soins. Et en fait, je pense que l'intégration, ou une variante de ce mot, apparaît cinq fois dans ce plan. Il est donc clair que

25:21

Ceux qui ont rédigé le plan pensaient que c'était une direction essentielle. Et je suis d'accord, car ce que vous entendez constamment de la part des patients, c'est que le système, c'est un non-système , est fragmenté, et comme vous le décrivez, c'est une sorte de pièce décousue, votre idée d'une sorte de centre commercial où tous les différents acteurs qui pourraient fournir divers soutiens seraient visibles , facilement accessibles, pourraient être inscrits aux services fournis par ce groupe particulier. C'est une excellente idée. Cela demande juste un peu d'argent, de temps et de relations collégiales, qui, j'en suis sûr, sont déjà établies. L'une des autres choses dont je me souviens de mon expérience avec Jurorsky , c'est que pendant cette période de deux semaines , les gens n'avaient aucune idée de ce à quoi ressemble un centre de cancérologie. Ils n'avaient également aucune idée de ce à quoi ressemblerait une radiothérapie s'ils devaient la recevoir, de ce à quoi ressemblerait une machine de radiothérapie, aucune idée de ces choses. Et nous avons en fait créé une sorte de visite virtuelle, mais c'était une visite guidée. Je ne sais pas où elle est encore disponible sur votre site Web. Nous devons refaire ce projet de loi. Et vous savez, j'ai une certaine expérience de cette vie et de vies antérieures, et l'une des choses les plus puissantes que j'ai trouvées est de faire en sorte que les patients, actuels et passés, éduquent d'autres patients. Voici donc la visite du centre. C'est ce que j'ai vécu dans ma vie antérieure. Dans notre programme de néphrologie, un programme de dialyse, n'est-ce pas ? Nous demandions aux patients d'enseigner à d'autres patients les différents types de traitements de dialyse, dont vous savez généralement en tant que clinicien qu'ils sont très différents, n'est-ce pas ? Et ils doivent faire un choix judicieux.

26:56

dans la même situation. Et cela a été bien accueilli. Et vous savez, les patients aiment entendre d’autres personnes qui ont vécu cette expérience. Alors, comment pouvons-nous faire en sorte que la patience soit le vecteur de l’éducation et de l’orientation, par exemple ? Parce que je peux leur dire, Jen, je peux leur dire à quoi ressemble l’expérience et comment elle est conçue pour se dérouler. Mais la réalité est qu’ils vont de toute façon parler avec des gens dans la salle d’attente, et ils vont entendre parler de telle ou telle expérience. Alors, comment pouvons-nous intégrer cela dès le départ pour que les gens aient un temps d’intégration plus facile ? C’est difficile parce que c’est peut-être très spécifique, spécifique au type de cancer que vous avez. Ce qui va vous arriver si vous avez un lymphome , ce sera différent d’un cancer du côlon métastatique. Donc, même le simple fait de vous orienter dans le bâtiment, à quoi cela ressemble. Donc, ce n’est pas effrayant quand on arrive la première fois et qu’on a une idée des types de services qu’on est susceptible de recevoir, mais obtenir toute cette information dans un intervalle de deux semaines semble être une bonne idée, s’il n’y a pas de problème de surcharge d’informations. Parce que, comme vous le savez, certains patients peuvent gérer le diagnostic du cancer, les tests diagnostiques et toute cette avalanche d’informations qui leur arrivent. C’est donc une chose délicate à faire, mais différentes choses fonctionnent pour différentes personnes. Il faut donc aussi avoir un menu d’options. Je pense que vous devez avoir un menu d’options. Donc , c’est là que vous le souhaitez, si vous voulez l’utiliser, mais si vous ne le souhaitez pas, vous voudrez peut-être y revenir plus tard. C’est là que ça se trouve. Et chaque expérience est différente. Chaque expérience familiale est différente. Donc, ce n’est peut-être pas le patient, ce peut être un soignant, un proche, s’il y a des barrières linguistiques, potentiellement, n’est-ce pas ? Un immigrant âgé qui a des difficultés linguistiques. Peut-être que c’est le fils ou la fille qui le fait. Nous devons donc réfléchir à un environnement multicanal , je déteste avoir l'air d'un spécialiste du marketing, qui nous permettra de mieux servir nos clients. Pour nos auditeurs, vous pouvez voir qu'il y a beaucoup de choses dans ce sixième plan de lutte contre le cancer qui vont être difficiles à mettre en œuvre, mais c'est formidable que les gens y réfléchissent. Nous allons faire une petite pause maintenant, mais nous reviendrons dans quelques minutes pour parler d'autres aspects du plan. Nous aimerions prendre un moment pour remercier nos généreux donateurs, le Hutton Family Fund et le Banco Creative Studio, qui rendent possible le podcast Cancer Assist. Le programme d'aide au cancer est plus occupé que jamais à fournir un soutien essentiel aux patients et à leurs familles. Nous restons déterminés à fournir des services gratuits aux patients de notre communauté, notamment le transport et l'équipement, les prêts, les soins personnels et les articles de confort, le stationnement et l'éducation pratique.

29:34

Ces services sont rendus possibles grâce à la générosité de nos donateurs, par le biais de dons ponctuels , de dons mensuels, de collectes de fonds auprès de tiers, de parrainages d’entreprises et d’opportunités de bénévolat.

29:45

Visitez cancerassiste.ca pour voir comment vous pouvez faire une différence dans la vie des patients atteints du cancer et de leur famille.

29:53

Nous sommes de retour avec Neil Johnson et Jennifer Smith pour parler du sixième plan de lutte contre le cancer de l'Ontario, et nous en avons parlé.

30:00

J'ai plusieurs des piliers de ce plan et je connais les plans qui se déroulent dans notre propre région pour mettre en œuvre certains des aspects du plan. Et l'une des choses qui

30:12

Les professionnels de la santé dans le domaine du cancer doivent faire face à un défi majeur : l’augmentation incroyable du nombre de nouvelles thérapies efficaces et la nécessité de les adopter, mais aussi les répercussions sur les ressources, le coût des médicaments, des nouvelles radiothérapies ou d’autres approches, les exigences de formation des personnes pour qu’elles puissent prodiguer les soins plus près de chez elles. C’est donc une question complexe, et tout cela est éclairé par les essais cliniques sur le cancer, dont nous avons déjà parlé dans des podcasts. Mais fondamentalement, les essais cliniques consistent simplement à tester de nouvelles thérapies, d’abord pour leur toxicité, quelle est leur tolérance chez les êtres humains, dans une phase précoce, que nous appelons la phase un, puis à voir où elles sont efficaces pour quel type de cancer, puis à les comparer aux meilleures thérapies actuelles pour voir si elles constituent une amélioration, soit en les combinant avec les meilleures thérapies existantes, soit en les combinant avec les traitements les plus efficaces, soit en les associant à ceux qui existent déjà, et enfin en les comparant à la phase trois. Il existe donc un moyen d'introduire ces nouvelles approches thérapeutiques, et c'est formidable qu'elles se produisent, mais il est également très difficile pour les centres de cancérologie de le faire actuellement.

31:30

se mettre rapidement à niveau et s'intégrer

31:34

etc. déjà très fréquentées , et disposer de suffisamment de personnes formées et disponibles pour les administrer, de sorte que, j'en suis sûr, cela vous préoccupe beaucoup en ce moment, et comment vous faites cela et peut -être entendre vos pensées, car je sais que l'élargissement de l'accès aux essais cliniques est important pour les jurés, et cela a toujours été le cas à Hamilton. Je pense que cela fait partie de la philosophie de McMasters d'être un domaine d'innovation,

32:08

mais cela crée

32:10

certaines contraintes pèsent également sur l'institution, d'où l'expansion des essais cliniques et l'adoption de nouvelles approches

32:18

et tout en maintenant un système durable. Mon Dieu, quel défi vous avez à relever. Je suis content de poser des questions au bureau. Bill, juste un autre jour au bureau, je peux peut-être essayer d'apporter un peu de lumière là-dessus. Et puis Jen et son rôle de supervision de notre programme complexe d'hématologie maligne ont, je pense, de très bons exemples de cas. Vous savez, Bill, vous avez grandi dans des hôpitaux universitaires toute votre carrière.

32:47

J'ai travaillé dans des hôpitaux universitaires toute ma carrière. Nous savons que les hôpitaux universitaires ont beaucoup de valeur dans la recherche. Les essais cliniques sont très importants pour moi et pour notre programme. J'ai dit à nos équipes que nous étions un centre de recherche intensive sur le cancer, point final. Cela signifie que nous devons vraiment faire les choses sérieusement dans ce domaine. Nous espérons donc voir notre plan de transformation pour nos essais cliniques augmenter de 100 % au cours des deux prochaines années, n'est-ce pas ? En termes de nombre d'essais, de nombre de personnel, de nombre de chercheurs, de nombre de projets en cours, cela demande beaucoup de travail. Il y a beaucoup de choses qui bougent. Tout ne fonctionne pas bien en ce moment, mais nous voulons le faire pour plusieurs raisons. Vous savez, il y a la contribution à la science et à la recherche, et c'est juste, mais c'est aussi plus que ça. C'est aussi une question de qualité des soins pour nos patients, n'est-ce pas ? Parfois, vous savez, il y a des maladies pour lesquelles il n'existe pas de traitement efficace, et la seule façon pour une personne d'espérer une vie plus longue et meilleure est de passer par des essais cliniques sur un nouvel agent. Vous savez, lorsque j'étais à Londres, j'ai rencontré notre groupe consultatif de familles de patients. Je lui ai demandé ce que nous devions vraiment faire pour être bons en tant que centre de cancérologie. Chacun avait ses propres réponses intéressantes, mais l'un de nos patients, qui était atteint de myélome, a dit : « Neil , tu dois être vraiment bon en recherche, en recherche clinique et en essais cliniques. » Je lui ai posé la question par la suite et il m'a répondu : « Il n'y a pas de remède pour ma maladie, et ma vie dépend de tes résultats aux essais cliniques. » C'est ce qui m'a toujours motivé, Bill, et vous savez, c'est ce qui vous motive dans nos équipes. Mais cela nous amène à l'énigme intéressante dont vous parlez, n'est-ce pas ? Vous savez, nous avons réussi

34:31

Nous avons traité ou étudié différents agents, différentes molécules, et maintenant ils sont en pratique. Comment faites-vous face à chaque fois que nous recevons des courriels toutes les deux semaines indiquant que tel agent a été amélioré, telle indication, etc. Et ce n'est pas simplement comme rédiger une ordonnance

34:46

pour le médicament. Il faut une formation, des ressources également. Et nous avons aussi des problèmes de capacité, car auparavant, pour le traitement du cancer, vous savez, il fallait passer par là.

35:00

Le traitement, puis vous arrêtez le traitement et vous attendez de voir comment les choses se passent et vous faites le suivi. La plupart de nos traitements sont maintenant en cours pendant le reste de la vie d'une personne. Et c'est donc une bonne chose, car les gens vivent plus longtemps et mieux, mais c'est aussi une recherche intensive en ressources. Ainsi , notre système, notre suite de traitement systémique, par exemple, a augmenté de 50 % en volume au cours des quatre dernières années, 50 % et donc, vous savez, je ne peux pas construire un bâtiment assez grand ou assez rapide pour réellement faire face à ce qui pourrait l'accueillir. Cela nous ramène donc à cette autre philosophie. Mais comment non seulement adopter mais faire des traitements différemment, pas dans le centre de cancérologie, peut-être chez quelqu'un dans un environnement différent, alternatif, etc., n'est-ce pas ? Donc, mais moi, Jen a de très bons exemples avec les produits dont je ne me souviens jamais du nom, mais oui, je le ferais, grâce aux essais cliniques et à l'accès à ceux-ci. Je veux dire, nous avons beaucoup appris localement du côté hématologie sur les anticorps qui engagent les cellules T, ou bispécifiques , comme on les appelait autrefois, et vous savez, c'était grâce à des essais cliniques que nous avons pu essayer d'expliquer un peu cela à nos auditeurs. Je sais de quoi vous parlez. Oui, ils ne sont peut-être pas des anticorps engageant les cellules T. C'est donc un type de thérapie qui aide pour un certain nombre d'indications différentes, pour les patients atteints de cancers du sang. Vous savez, c'est un type de traitement qui est innovant, et il comporte certaines nuances en termes de certains des effets secondaires qui surviennent après la perfusion de ces médicaments qui nécessitent une formation et une éducation très spécialisées pour notre personnel et pour nos prestataires en termes d'administration de ces médicaments. En fait, grâce aux essais cliniques, nous avons pu acquérir une expérience de première main de l'adoption de certaines de ces thérapies. Et je pense que cela a aussi eu un impact, même si cela a nécessité beaucoup de ressources au début, et que nous avons dû être très déterminés dans notre planification de la manière dont nous les fournirions, cela nous a également donné l'occasion d'être des leaders dans toute la région et même parmi d'autres régions, en termes de la façon dont nous pourrions continuer à adopter cette thérapie maintenant qu'elle est en place, car de plus en plus de ces types de médicaments deviennent des lignes de traitement approuvées pour les patients. Je pense donc que c'est l'un de ces cas. Cela a été un apprentissage clé pour moi sur la façon dont nous devons vraiment être

37:00

Nous devons veiller à ce que nous soyons conscients de la mesure dans laquelle nous favorisons l’accès et à ce que nous ayons des processus très solides en place et que nous effectuions une analyse d’impact approfondie sur le parcours que devraient suivre les patients lorsqu’ils reçoivent ces types de thérapies, et nous appuyer sur nos partenaires pour pouvoir contribuer à cette capacité une fois que les médicaments seront approuvés et deviendront ces lignes de traitement régulières. C’est donc un bon apprentissage qui, je pense, peut également être appliqué à d’autres essais cliniques, et c’est quelque chose sur lequel nous devons continuer à porter notre attention lorsque nous planifions ces agents. Par exemple, la monographie ou les instructions stipulent que lorsque vous recevez ce médicament, vous devez être hospitalisé pendant une semaine ou cinq jours, n’est-ce pas ? Et c’est très bien, mais quand vous n’avez pas de lits, c’est difficile de le faire, n’est - ce pas ? Mais grâce à nos cliniciens, qui font partie de l’équipe de recherche qui fait cela , ils se familiarisent avec cette pratique et adoptent une pratique qui ne nécessite pas ce niveau d’admission, qui nécessite une façon différente de faire les choses, n’est-ce pas ? C’est donc là que le fait d’être en première ligne dans les essais cliniques, d’acquérir de l’expérience avec ces molécules et les traitements en situation réelle nous aide à choisir la transition. Et puis d’ autres sites partenaires, comme Trillion Health Partners à Mississauga et d’ autres centres de cancérologie aux alentours, comptent sur nous pour leur donner ces conseils, car ils n’ont pas cette expérience. Ils n’ont pas fait d’essais cliniques. Il y a donc , vous savez, il y a, je pense, un chemin vertueux entre la recherche et l’adoption. Et dans quelle mesure pouvons-nous utiliser certaines des technologies virtuelles pour faciliter la chose, une grande partie de la surveillance peut être effectuée à distance de nos jours. Et je sais qu’il y a un projet en cours, et j’ai oublié son nom, Prédire ou prévenir ou quelque chose comme ça que BJ Devereaux, eh bien, c’est proche.

38:50

C'était un mot en P

38:53

surveiller,

38:55

Nous commençons par la cardiologie, mais nous passons à l’oncologie pour essayer de minimiser la nécessité pour les patients de venir et d’être vus dans un centre de cancérologie, et donc de libérer des ressources, mais aussi d’améliorer la situation du patient, qui n’a pas à se déplacer, à se soucier du stationnement, etc. L’utilisation créative de la technologie appliquée à des situations comme celle-ci, avec tous les types d’aides à la surveillance à distance dont nous disposons, les appareils portables qui permettent de contrôler votre tension artérielle, votre oxygène, etc., peut être utile à cet égard. Je suppose donc que nous devons continuer à rechercher des approches innovantes pour mettre en œuvre les changements vraiment passionnants qui arrivent dans le traitement et la facturation. Je pense que cela contribue également à l’expérience du patient. Il y a quelques semaines, nous étions en conférence téléphonique provinciale et le mari d’une patiente qui a malheureusement dû se rendre aux États-Unis pour un traitement par cellules souches, je crois, a parlé de son expérience, n’est-ce pas ? Il a dû vivre à Cleveland dans une sorte d’hôtel.

39:57

pendant 100 jours, et ça ne pouvait pas être, vous savez, avec ou.

40:00

Loin de sa femme, qui était la sienne, qui était la patiente, vous savez, il ne pouvait pas être à plus de 30 mètres d'elle, n'est-ce pas ? Alors, vous pensez à la perturbation de cette perturbation massive de votre vie, et au coût, et au coût de 100 jours dans des hôtels quelque part, oui, et, et, et. Donc, vous savez, vous pensez à la possibilité de résider dans votre propre chambre, votre propre suite, mais aussi d'avoir le soutien des experts à la clé des jurés . C'est assez incroyable de penser à ce que cet avenir pourrait réserver. Donc, vous savez, nous avons des essais de recherche actifs en cours à ce sujet. Nous voulons nous assurer que c'est sûr et efficace, évidemment. Mais vous savez, c'est le genre de choses que nous devons penser différemment.

40:37

Eh bien, c'est un énorme défi de penser différemment, mais comment peut-on penser différemment à quelque chose comme une voiture, une cellule T, la livraison, l'ensemble du processus de fabrication, le temps nécessaire à la fabrication, le temps nécessaire pour le récupérer, la perfusion, le risque de conséquences assez graves,

40:55

Vous savez ? Comment gérez-vous cela différemment ? Que pensent les hématologues de faire à ce sujet ? Oui, je pense que le plus grand défi à l'heure actuelle avec le vaccin contre la COVID-19 est de rester au courant de ce qui va suivre, n'est-ce pas ? Nous nous rencontrons à l'échelle provinciale et locale pour parler de ce qui est en cours, non seulement de ce que nous avons actuellement approuvé, mais aussi de ce qui va arriver et, vous savez, de nouveaux médicaments qui seront potentiellement approuvés. Vous savez, début 2025

41:21

Cela représente le car-t comme une option pour les patients atteints de myélome multiple qui n'a pas été introduite auparavant, ce qui va être du point de vue de la capacité, du point de vue de la planification, c'est énorme pour nous localement et dans toute la province également. En ce moment. Je pense que la façon dont nous envisageons cela différemment est que nous comptons vraiment, vraiment sur nos partenariats avec certains des autres hôpitaux, Trillium Health Partners comme Neil, a mentionné l'hôpital Grand River et son centre de cancérologie alors qu'ils essayaient de développer leurs propres programmes de thérapie cellulaire et de vraiment renforcer ces partenariats que nous avons pour transférer les patients des soins,

41:54

vous savez, que ce soit le premier jour après la transplantation , afin que nous puissions vraiment garder une partie de ces soins spécialisés pour Car T au niveau local pendant que nous continuons à gérer ces patients, puis déterminer comment nous pouvons les étendre et les soutenir dans leur intégration et leur apprentissage. C'est donc là que nous en sommes vraiment dans toute la province, en essayant de créer un certain niveau d'intégration. Nous revenons toujours à ce mot,

42:13

mais en intégrant tous les programmes, vous savez, nos trois principaux centres étant Princess, Margaret, Ottawa et Hamilton, et en soutenant également nos sites partenaires dans le développement de leurs programmes afin de renforcer cette capacité. Je pense donc que c'est vraiment ainsi que, du côté hématologie, nous essayons de réimaginer la façon dont nous pouvons fournir des soins tout en nous tenant au courant de toutes les nouvelles thérapies et et être prêt localement aussi. Et Bill, je veux dire, cet été, lorsque nous avons lancé le programme Grand River en partenariat avec Grand River, c'était le premier programme de cellules souches, un nouveau programme de cellules souches depuis plus d'une douzaine d'années dans la province de l'Ontario, n'est-ce pas ? Donc, et c'est le type de travail que nous devons faire avec nos centres régionaux. S'ils effectuent ce type de traitements pour les patients qui résident ou les personnes qui résident dans leurs communautés, ils n'ont pas besoin de venir au Jarvinsky et nous sommes alors en mesure de faire plus d'autres choses. Et n'est-ce pas ? Donc, c'est une approche continue du type « et ensuite ? ». Pendant de nombreuses années, la région de Kitchener Waterloo a envoyé ses cas d'hématologie complexe ici. Et donc, dans la mesure où ils peuvent avoir une capacité locale, notre centre est déchargé. C'est bien pour les patients d'avoir les soins dans leur propre région. Et donc c'est gagnant- gagnant .

43:20

Je suppose que nous pensons généralement à l’intégration comme à un phénomène local ou régional, alors qu’en réalité, nous parlons d’une intégration provinciale . des programmes. L'intégration comporte plusieurs niveaux , comme le dit le mot sur le napperon. Voilà donc un bon exemple d'intégration provinciale. Peut-être pourrions-nous conclure en parlant de l' amélioration de la qualité de vie des Ontariens. C'est le quatrième pilier de ce plan de lutte contre le cancer et de ce que cela signifie à l'échelle locale et régionale. Quelles sont les choses auxquelles vous pensez ou qu'est-ce qui s'inscrit dans ce pilier, du point de vue du centre de cancérologie Jarovinsky .

44:03

Je veux dire, au niveau local, ce à quoi nous pensons. Ainsi , de nouveaux rapports et de nouvelles données ont été mis à disposition par Oh CCO, qui examinent réellement chacune des régions et leurs données de survie. Et c'est nouveau depuis juin, et maintenant ils cherchent en fait des commentaires sur la façon dont nous pouvons utiliser ces données pour éclairer la pratique. Et c'est vraiment intéressant de voir, vous savez, comment nous nous comparons à nos autres régions du point de vue de la survie, lorsque nous examinons vraiment cela, vous savez, la qualité de vie et la prestation de soins aux patients au-delà de leur parcours de cancer aigu alors qu'ils continuent à vivre avec. Et vous savez, la seule chose à laquelle je pense au niveau local au JCC, comment nous pouvons aider à cela, c'est de vraiment poursuivre nos partenariats avec nos équipes de santé de l'Ontario et le réseau de santé de Hamilton pour vraiment nous assurer que nous impliquons également nos fournisseurs de soins primaires dans ce cadre. Vous savez, je pense qu'historiquement, parfois, lorsque les patients reçoivent ce diagnostic de cancer, leur leur équipe d'oncologie les entoure, alors que nous laissons en quelque sorte le médecin de premier recours attendre dans les coulisses, s'il est informé.

45:00

Tous, et je pense que cela a été un apprentissage clé pour nous, que, vous savez, ils sont si importants du côté du dépistage, et vous savez, dans ces premières étapes de diagnostic précoce, eh bien, comment pouvons-nous continuer à les exploiter et à les impliquer dans ce processus, sachant que ces patients vont continuer à avoir des besoins complexes, vous savez, au-delà de cette phase de traitement aigu.

45:18

donc que c’est une chose qui me vient à l’esprit pour savoir comment nous pouvons vraiment nous concentrer sur la qualité de vie des Ontariens, c’est d’adopter une approche multi-fournisseurs et de veiller à ce que nous impliquions nos fournisseurs à tous les niveaux pour nous assurer qu’ils sont informés et capables de soutenir les patients. Je pense à l’autre projet de loi, et c’est drôle, nous n’avons même pas mentionné l’intelligence artificielle dans cette conversation. J’avais peur de m’avancer, je sais, mais je vais en parler. Vous savez, quand vous pensez à la qualité de vie, quand vous êtes dans le parcours du cancer, vous savez , vous savez, ce sont des traitements très complexes, et chacun vient avec un parcours différent, n’est-ce pas, un problème différent. Nous avons parlé des déterminants sociaux de la santé il y a quelque temps à titre d’exemple, et donc, vous savez, nous commençons à recueillir davantage de données sur les circonstances individuelles des gens directement dans leur dossier médical. C’est donc leur dossier, pas le nôtre. Mais alors, comment utiliser les outils d’intelligence artificielle pour identifier les personnes à risque dans leur parcours contre le cancer, un risque d’être perdues de vue, ou peut-être un risque pour ce dont nous avons parlé avec Car T avec, vous savez, des effets secondaires spécifiques. Comment pouvons-nous nous assurer que nous pensons à ces personnes et que nous concevons les services en conséquence ? Mes ressources sont limitées. Je n’ai pas de ressources illimitées. Donc, la façon dont je pense à cela est que je dois m’assurer que les ressources dont je dispose sont prioritaires pour ceux qui ont les besoins les plus élevés. Et, vous savez, nous avons toujours pensé que ce serait une bonne chose à faire, mais je pense qu’avec l’IA et la collecte de certaines données à ce sujet, nous pouvons penser différemment et nous pouvons mieux prédire et identifier les patients qui vont avoir des difficultés. Nous savons que nous faisons du travail sur les jurés , en examinant les patients qui passent par notre service des urgences, et nos outils d’IA peuvent prédire ou identifier les personnes présentant un risque plus élevé de réadmission après leur retour après leur sortie, par exemple. Je pense donc qu’il y a beaucoup de choses à faire à ce sujet. L’autre élément qui me frappe, c’est que nous vivons dans un monde numérique. Nous avons l’application MyChart, qui connecte les patients, et nous n’en sommes qu’à la surface. Et je pense qu’il y a quelques mois, j’étais aux États-Unis avec notre fournisseur informatique, et les choses qui se passent aux États-Unis, avec des personnes connectées en temps réel, avec leurs équipes de soins, sont tout simplement transformatrices, et cela peut aussi améliorer l’expérience, mais aussi les résultats. Nous ne faisons donc qu’effleurer la surface de ces choses. Ces choses pourraient être davantage une intervention spécifique de Jarvinsky , mais ce sont des choses que vous savez que nous allons devoir intégrer dans notre réflexion, les choses qui me viennent à l’esprit. Et j’étais frustré lorsque j’étais dans ce rôle, j’essayais de mettre en œuvre pleinement la puissance de l’E SaaS, qui est l’échelle d’évaluation des symptômes, qui, vous savez, vous donne une évaluation de la douleur, de l’inconfort, de l’anxiété, de la dépression qu’un patient ressent. Si vous n’êtes pas au courant de ces choses, vous ne pouvez pas commencer à les aborder ou à les orienter vers les services. Il semble y avoir une certaine réticence, en partie du côté des patients à remplir l’instrument, en partie du côté des fournisseurs à l’utiliser. Et cela semblait être une occasion perdue d’améliorer la qualité des soins aux patients. Je ne sais pas comment cela se passe dans l’ensemble du système en ce moment, ou plus précisément chez les jurés, mais c’est peut-être un domaine où l’IA pourrait également être appliquée pour faire apparaître des indicateurs qui orientent vraiment les gens de manière assez automatique vers les services afin qu’il y ait une occasion de s’attaquer à ce qui nuit à la qualité de vie de manière plus efficace. Alors, oui, j’espère que vous vous en sortez mieux que moi. Eh bien, je pense que toute la province a connu une baisse, mais nous sommes au sommet de cette mauvaise province où nous nous en sortons, pas trop mal. Mais, vous savez, c’est intéressant, Bill. Je veux dire, East House est un excellent outil, et c’est vraiment juste un outil de collecte de données, n’est-ce pas ? Comment se porte le patient ? N’est-ce pas ? Et je pense qu’à notre époque , comme à notre époque, cela fait seulement 10 ans que nous avons commencé cela, n’est-ce pas ? Mais, vous savez, à notre époque , il existe différentes façons d’accéder à ces données. Mais pour en revenir à ce que vous disiez, nous avons besoin de ces données pour servir efficacement ceux qui recherchent nos soins. C’est à cela que cela se résume. On ne peut pas simplement collecter les données pour le plaisir des données. Il faut les utiliser pour qu’elles aient un impact sur les résultats. J’ai l’impression que lors d’une séance de planification d’Action Cancer Ontario dans ce podcast, vous avez peut-être eu l’impression que Vancouver devait replanifier les six plans de lutte contre le cancer de l’Ontario, mais pour moi, cela a été une excellente discussion. J’espère que nos auditeurs en ont profité et ont eu une meilleure idée du travail acharné qu’implique la réflexion sur la manière d’améliorer continuellement le système. Et il s’est énormément amélioré depuis que le tout premier plan de lutte contre le cancer a été élaboré en 2005.

49:59

et.

50:00

Nous continuerons à nous améliorer au fur et à mesure de notre évolution, mais il y aura toujours des défis à relever, c'est pourquoi nous devons continuer à planifier et à faire des choses.

50:09

mieux. Nino Johnson, Jennifer Smith, merci beaucoup pour votre temps. Merci pour vos idées et d'être ici aujourd'hui pour le podcast. Merci beaucoup. J'ai apprécié. Merci.

50:22

Merci d'avoir écouté le balado d'aide aux personnes atteintes de cancer. Retrouvez d'autres épisodes, ressources et informations sur cancer assist.ca ou suivez le programme d'aide aux personnes atteintes de cancer sur Facebook, Twitter et Instagram.

50:34

Merci de votre écoute. Vous