**Guider le traitement du cancer avec des preuves, et non des opinions**

**Orateur 1** 00:02

Bill, vous écoutez le podcast « Cancer Assist » , animé par le Dr Bill Evans et proposé par le Programme d'aide aux personnes atteintes de cancer. Quel que soit votre niveau d'expérience, nous sommes là pour vous apporter soutien et espoir dans la prévention, le traitement et les soins du cancer, et vous aider quand vous en avez vraiment besoin.

**Dr Bill Evans** 00:20

Bienvenue au podcast « Cancer Assist ». Je suis votre hôte, le Dr Bill Evans, professeur émérite à l'Université McMaster, ici à Hamilton, en Ontario, au Canada. Je commence à mentionner la situation de Hamilton, car nous avons maintenant des auditeurs en Allemagne, à Hong Kong et partout aux États-Unis, ainsi que de nombreux sites au Canada, bien sûr. Si vous ne savez pas où se trouve Hamilton, sortez une carte. Trouvez les Grands Lacs. Cherchez le lac Ontario, et Hamilton se trouve à l'extrémité ouest du lac Ontario. Alors, où que vous soyez, bienvenue à l'émission. Le podcast d'aujourd'hui porte sur le développement de données probantes en cancérologie, et plus particulièrement sur ce que nous appelons le programme de soins fondés sur des données probantes , basé ici à Hamilton et à McMaster. Avant de présenter mes invités, je tiens à rappeler que le podcast « Cancer Assist » vous est proposé par le Programme d'aide aux personnes atteintes de cancer, ici à Hamilton. Cap est un organisme caritatif qui offre divers services gratuits, notamment le transport gratuit pour les rendez-vous médicaux et les visites au centre de cancérologie, la fourniture de soutiens nutritionnels, de produits pour l'incontinence, de couvre-chefs (perruques et autres), de soutiens-gorge pour mastectomie et, surtout, l'accès à du matériel médical permettant aux patients de rester en sécurité à domicile ou de sortir. Nous avons ainsi accès à des fauteuils roulants, des déambulateurs, des rotateurs, des déambulateurs, des chaises percées et d'autres équipements. C'est un organisme caritatif formidable, entièrement financé par des dons. Nous sommes donc très reconnaissants du soutien du public et des événements spéciaux. Je tiens tout particulièrement à remercier la famille Hutton pour son soutien continu au podcast « Cancer Assist ». Aujourd'hui, nous sommes les invités du Dr Jonathan Sussman, professeur d'oncologie à McMaster. Il est radio-oncologue et directeur scientifique du programme de soins fondés sur des données probantes . Bienvenue Jonathan, merci de nous avoir invités. Bonjour, et Carolyn Swall , directrice générale du PEBC et méthodologiste expérimentée en recherche en santé. Je suppose donc que beaucoup d'auditeurs ou de téléspectateurs de ce podcast ignorent totalement ce que fait le programme de soins fondés sur des données probantes . C'est une hypothèse plausible, mais ils n'ont probablement pas vraiment idée de la raison d'être de ce programme, et ils ignorent peut-être même ce que nous entendons par « données probantes » en lien avec les traitements contre le cancer ou les soins oncologiques en général. Je pense donc qu'un bon point de départ serait d'essayer de définir les données probantes en lien avec la médecine en général, et d'en déterminer l'origine. Je vais donc commencer par vous, Jonathan, pour répondre à cette question.

**Orateur 2** 03:16

Bien sûr. Fondamentalement, une preuve est un ensemble de faits ou de vérités permettant de définir un phénomène, un résultat considéré comme valide, c'est-à-dire que, même en l'étudiant à maintes reprises , on devrait obtenir le même résultat. Voilà donc ce qu'est une preuve. Et vous savez, les preuves sont évidemment importantes, car lorsque des individus cherchent à prendre une décision ou à évaluer quelque chose, ils collectent des faits pour dresser un profil du problème à résoudre, peut-être en générant une hypothèse, une idée de ce qu'il faut faire. Et ensuite, s'ils estiment disposer de suffisamment de preuves, de preuves solides, ils peuvent, espérons-le, prendre ce qu'on appelle une décision éclairée, une bonne décision qui peut conduire au meilleur résultat possible. Il s'agit, je pense, d'essayer de décomposer le tout en ses éléments fondamentaux. C'est précisément ce dont on parle quand on parle de preuve. Alors, d'où viennent les preuves ? Les preuves peuvent provenir de sources très diverses. En médecine, elles proviennent généralement d'études de recherche. Cela nous ramène probablement à la notion de médecine factuelle , et à la raison pour laquelle nous avons dû définir ce qu'on appelle la médecine factuelle. En effet, on se demanderait généralement s'il serait évident de vouloir des preuves solides ou de bons produits. Mais en réalité, si l'on considère l'histoire de la médecine, on constate qu'une grande partie de la médecine s'apprenait par cœur, puis par l'expérience et l'accumulation d'expérience, ce qui est évidemment extrêmement important. Chaque professionnel de santé, par exemple, peut acquérir de l'expérience au fil de ses interactions et devenir expert et sage, mais il n'a peut-être pas une vision complète des autres possibilités face à un problème particulier, reconnu probablement dans les années 1940 et 1950. Lorsqu'il existait des collections de manuels auxquels contribuaient des experts, une grande partie de ces contributions reposait sur des opinions et des expériences, parfois un peu régionales. Il était clair que beaucoup de ces éléments ne s'appliquaient pas nécessairement à la population générale ni à la personne assise en face de vous. À mesure que la recherche médicale s'est développée, avec de vastes études impliquant de très nombreuses personnes acceptant que des informations les concernant soient collectées au cours d'un traitement ou d'une expérience particulière, le tableau, ou la validation, si vous voulez, est devenu plus clair. C'est de là qu'est née la médecine factuelle : elle vise à améliorer la qualité des soins en collectant ces données et en les appliquant de manière rigoureuse et cohérente.

**Dr Bill Evans** 06:31

Alors, Carolyn, juste pour vous intéresser à la discussion, existe-t-il différents niveaux de preuve ? Parler de preuve, c'est toujours un phénomène unique , mais existe-t-il différentes sources et différents niveaux de preuve ?

**Orateur 3** 06:46

Oui, il existe bien sûr différents types de données probantes. Il existe notamment des essais contrôlés randomisés, où les participants sont randomisés pour une intervention, puis une comparaison. Et ce sont généralement les meilleures preuves. Il existe également différentes études prospectives qui suivent les individus au fil du temps et comparent, par exemple, ceux qui ont fumé et ceux qui n'ont pas fumé, et ceux qui ont développé un cancer du poumon par la suite. Nous parlions de différents niveaux et qualités de preuves, n'est-ce pas ? Ce n'est pas parce qu'une étude est publiée qu'elle est bonne. Lorsqu'on reçoit une étude, il faut l'examiner, l'analyser, la réfléchir et l'évaluer. Si elle est bonne, on l'intègre dans une ligne directrice ou on s'en sert pour prendre une décision clinique. Il existe aussi des études de cas où une personne a subi un événement, mais ce n'est pas parce que c'est arrivé à une seule personne que cela va arriver à beaucoup d'autres. C'est pourquoi les études de plus grande envergure sont meilleures, car elles fournissent beaucoup plus de données pour… prendre une décision . Avec ce genre d' étude

**Dr Bill Evans** 07:49

Dans le programme, vous synthétisez des données provenant d'autant de sources que possible. Pouvez- vous m'expliquer comment fonctionne ce processus ?

**Orateur 3** 08:02

Eh bien, je peux vous donner un aperçu général de la façon dont nous élaborons nos lignes directrices. Habituellement, nous recevons un sujet concernant le cancer en Ontario. Une fois le sujet choisi, nous décidons qui est le meilleur expert, celui qui va nous aider. Ensuite, nous créons une question avec les experts, car il faut déterminer ce que nous allons rechercher et quel type de données probantes nous allons rechercher. Par exemple, nous pouvons comparer une chimiothérapie à une autre. Ensuite , en tant que méthodologiste de la recherche en santé , comme moi dans mon ancien poste, nous consultons les bases de données médicales, examinons toutes les données probantes, sélectionnons celles qui ont trouvé une réponse, les évaluons pour nous assurer qu'il s'agit d'études pertinentes. Ensuite, nous les additionnons. J'essaie de décrire une méta-analyse . Je dis simplement qu'il faut additionner les données et les diviser par le nombre d'études ou le nombre de personnes. Et c'est ce que l'on fait. On rassemble le tout, puis on utilise ces informations pour… prendre une décision . Il faut s'assurer qu'elle est judicieuse . interpréter ce que Quels sont les résultats, etc. Mais c'est le cas. C'est rigoureux et transparent. Tout est consigné, afin que quiconque souhaite refaire votre système, réviser votre Mac ou comprendre ce que vous avez fait puisse le voir. Vous vous assurez donc que tout est également consigné.

**Dr Bill Evans** 09:28

Vous avez mentionné les bases de données. Pour les études, pourriez-vous expliquer cela un peu ? Je ne suis pas sûr que certains auditeurs comprendraient pourquoi vous trouvez tous ces articles à ce sujet.

**Orateur 3** 09:40

Chaque fois qu'une étude est réalisée, elle est téléchargée dans une base de données. On peut la consulter électroniquement, comme on peut le faire sur Google. On peut chercher la base de données sur Google.

**Dr Bill Evans** 09:50

recherchez électroniquement ces articles en utilisant certains termes pertinents pour le domaine thématique que vous étudiez.

**Orateur 3** 09:57

C'est vrai. C'est bien. On identifie, encore une fois, un peu comme… Google, par exemple, le cancer du sein, la chimiothérapie , la radiothérapie, ou quoi que ce soit d'autre. Et ces informations seront publiées. Et le type d'étude… si vous ne voulez qu'un essai clinique, vous pouvez simplement chercher des essais cliniques.

**Dr Bill Evans** 10h15

D'accord ? Bon, Jonathan, pourquoi est-ce vraiment nécessaire ? Il me suffit d'aller au New England Journal pour lire le dernier article. Ça ne me suffit pas ?

**Orateur 2** 10:25

Eh bien, c'est possible , je suppose. On pourrait dire que cela dépend, car cela dépend en partie du problème étudié et aussi du problème à résoudre. Cependant, de manière générale , avec la multiplication des études, il est très difficile pour un prestataire de soins de rassembler toutes ces informations et de les synthétiser. Certaines études publiées , par exemple, peuvent être contradictoires quant à leurs résultats, ce qui est parfois lié au fait que l'intervention testée n'est pas aussi prévisible qu'on le pensait, peut-être en raison de son application à différentes populations, par exemple. Ainsi , certains principes fondamentaux de l'évaluation des preuves sont les suivants, notamment le concept de triangulation : même si vous pensez à une scène de crime et que vous interrogez des personnes, vous ne vous contentez pas d'interroger une seule personne pour savoir ce qui s'est passé. On interroge généralement plusieurs personnes ayant observé ce qui s'est passé sous différents angles, et on rassemble ces informations pour vérifier leur cohérence. C'est précisément le principe du processus de synthèse, très similaire à la collecte de données médicales, comme l'a expliqué Carolyn. Il s'agit d'une revue systématique, d'une analyse systématique et rigoureuse de toutes ces preuves, de ces études publiées dans de très nombreuses revues. Prenons l'exemple d'une recommandation visant à répondre à une question sur le cancer du sein : nous pourrions devoir examiner jusqu'à 8 000 articles de revues. C'est plus qu'une personne seule. Après une consultation, on rencontre quelqu'un dans son cabinet pour décider si je dois utiliser tel ou tel médicament, ou tel ou tel dosage. Ce processus de revue systématique permet donc de constituer efficacement une base de données probantes à partir de différents points de vue et publications, afin d'aider chacun à être au courant de ce qui existe. Et puis, la partie directive consiste à prendre les preuves et à les transformer en recommandation.

**Dr Bill Evans** 13h00

Vous avez évoqué le fait que nous recevons un volume d'informations en constante augmentation. Il y a tellement de revues qu'il est totalement impossible pour un professionnel de la santé de se tenir au courant de tout ce qui est nécessaire sans l' aide d'un groupe comme le vôtre, qui les synthétise et les diffuse. C'est donc essentiel pour tenir les gens informés et, je suppose, pour réduire la variabilité des soins prodigués dans la communauté.

**Orateur 2** 13:33

Oui, c'est là que les gens se demandent quel est l' objectif ultime de la création d'une ligne directrice. Il s'agit en fin de compte d'améliorer la qualité des soins en soutenant la prise de décision, ce qui devrait se traduire par une amélioration des résultats à grande échelle, à l'échelle de la population. C'est au cœur de la raison d'être de cette initiative. L'idée est, bien sûr, qu'il peut y avoir une grande variabilité dans la manière dont les soins sont dispensés, et de nombreuses personnes impliquées dans la qualité diraient qu'une grande variabilité des soins en général est un indicateur de moins bonne qualité, surtout s'il existe une base de données probantes solide et synthétisable permettant de déterminer clairement les meilleures options. Bien sûr, il y aura toujours une variabilité dans les soins. Et je pense que l'autre point important à souligner à propos d' une ligne directrice , c'est qu'il s'agit d'un document d'orientation. Il s'agit de guider le choix ultime d'une intervention médicale, comme le choix des médicaments, etc., une décision partagée entre le professionnel de santé et le patient, où l'information est partagée. Les lignes directrices peuvent bien sûr aider le professionnel de santé et le patient, car elles ont souvent un impact. des résumés rédigés dans un jargon moins médical également, pour que les individus puissent avoir accès à ces informations et prendre une décision

**Orateur 3** 15:11

En fait, notre groupe de travail compte des patients , qui contribuent à formuler des recommandations à partir des données probantes dont nous disposons. Ils nous font part de leurs valeurs et de leurs préférences. Nous disposons également d'un groupe de consultation de patients qui examine toutes les recommandations et nous fait part de son avis sur leur faisabilité et leur acceptabilité . pour tout le monde.

**Dr Bill Evans** 15:37

McMaster est donc considérée, je suppose, comme le berceau de la médecine factuelle , voire son berceau. Votre programme a débuté en 1995 et je pense qu'une partie de vos réalisations dans cette province, et même au-delà, a consisté à changer la mentalité des médecins. Je ne sais pas si c'était le plan initial, mais les médecins se contentaient d'apprendre à la faculté de médecine et d'exercer. Ils ont peut-être continué à exercer avec leurs connaissances des années 1940 pendant longtemps, tandis que la médecine progressait dans sa compréhension des soins. Créer cette culture, amener les gens à réfléchir aux preuves qui étayent mon travail, aux meilleures preuves actuelles. En élaborant ces différents documents, j'ai été étonné de constater que vous avez élaboré plus de 500 recommandations et publié un grand nombre de revues. Différents groupes sont impliqués dans leur travail d'élaboration. Certains se concentrent sur des maladies spécifiques, comme les maladies pulmonaires ou mammaires, et d'autres sont plus axés sur les programmes, comme les soins infirmiers, la pathologie ou l'imagerie. Il existe également quelques domaines spécialisés, comme la tomographie par émission de positons et la greffe de cellules souches. De nombreuses idées fusent, et la science évolue très vite. Le principal défi pour vous est de déterminer les recommandations à adopter. Compte tenu de la taille limitée de votre programme, je pense que vous avez 11 méthodologistes qui ont lu le site web correctement. La définition des priorités doit donc être très complexe. Alors vous en parlez un peu.

**Orateur 2** 17:32

Je suis heureux de tenter d'y répondre, car c'est une question très actuelle, dont nous avons discuté. Le Groupe des lignes directrices lui-même n'identifie pas les domaines prioritaires. Ceux-ci sont essentiellement conçus. Ils sont déterminés par les experts. Et ces experts sont les fournisseurs de soins spécialisés, les cadres supérieurs ou les responsables des politiques de santé au sein du système de cancérologie de l'Ontario. Nous travaillons donc en collaboration avec eux pour nous assurer de mettre les ressources dont vous avez parlé, c'est-à-dire les personnes, les méthodologistes, qui peuvent effectuer ce travail , au service des questions les plus urgentes . Tout le monde ne peut pas tout faire. Par exemple, notre groupe, et Carolyn pourrait peut-être vous en dire plus, entretient des relations avec d'autres groupes de lignes directrices. Par exemple, le grand groupe de lignes directrices au sud de la frontière. L'American Society of Clinical Oncology a également un groupe de lignes directrices. D'ailleurs, certaines personnes de ce groupe travaillaient au sein du nôtre. Nous entretenons donc des relations et des interactions avec eux. Parce que nous connaissons et faisons confiance aux méthodologies de chacun, nous pouvons parfois établir un menu précis, sachant qu'ils vont travailler sur certains points. Nous pouvons ensuite leur demander de suivre leur processus, puis de l'examiner et de le valider, ce qui rend le tout plus efficace. Et c'est pareil pour nous. Comme vous le savez, plusieurs lignes directrices sont publiées à ce titre. C'est une autre façon d'essayer de l'augmenter. Je suppose que l'autre chose qui se produit, et c'est probablement une question à laquelle l'Agence provinciale du cancer serait mieux placée pour répondre, c'est que, même en ce qui concerne la planification, elle doit procéder à une analyse prospective. Elle doit se demander : « Quels événements nous attendent et dont nous devrons tenir compte dans les deux ou trois prochaines années ? » La plupart de ces événements ne surviennent pas forcément de nulle part. Autrement dit, les gens savent souvent que de très grands essais sont en cours, sur le point d'être terminés ou analysés, et que les résultats ne sont jamais, ou ne devraient pas, être communiqués avant la fin de l'étude. Effectivement, mais nous pouvons parfois anticiper le moment où ces événements se produiront, ce qui nous permet de nous concentrer sur un autre problème : souvent, pour une question importante concernant les lignes directrices sur le traitement de X, nous disposons d'un cadre issu d'une ligne directrice déjà élaborée. Il nous faut ensuite la mettre à jour, car de nombreuses données arrivent. Il ne s'agit donc pas nécessairement d'une ligne directrice de zéro, mais d'une extension de ce que nous avons déjà fait. Parfois, les recommandations restent inchangées, et parfois, elles doivent être ajustées. Mais c'est un problème permanent, un défi permanent. À ajouter.

**Orateur 3** 20:38

Carolyn, je pense que Terry et les intervenants en cancérologie réfléchissent également , comme vous l'avez dit, à la variation des pratiques qui pourrait rendre un sujet plus important ou plus opportun à traiter. Les besoins des patients sont également un enjeu majeur. Vous savez quoi ? Ce dont on a besoin. Je viens de terminer une ligne directrice sur la peur de la récidive du cancer, et c'était un problème important pour les gens. C'était donc un point crucial à mettre en œuvre, et comme Jonathan l'a dit, si une nouvelle étude ou une ligne directrice vient d'être publiée, nous pourrions facilement l'approuver. Il peut s'agir d'une ligne directrice rapide dont nous savons qu'elle est examinée, approuvée et approuvée par nos experts en Ontario. Elle peut donc être utilisée assez rapidement, sans avoir à examiner toutes les données et toutes les études, car quelqu'un d'autre l'a déjà fait. C'est ce que Jonka disait également à l'ASCO. Nous sommes en communication constante avec eux. Nous savons sur quoi ils travaillent. Ils savent sur quoi nous travaillons. Nous pouvons utiliser leurs revues systématiques.

**Dr Bill Evans** 21:43

C'est une bonne chose d'entendre parler de cette collaboration avec nos collègues américains, mais je voulais que vous abordiez un point qui figurait dans les premières publications du PEBC, décrivant l'ensemble du processus : le cycle d'élaboration des lignes directrices de pratique. Vous en avez déjà parlé , je crois. Il serait important que les gens comprennent ce cycle d' élaboration et de révision des lignes directrices , avec l'implication de divers experts. J'aimerais donc commencer avec vous. Pourquoi n'en parlez-vous pas ?

**Orateur 3** 22:18

Le cycle d'élaboration des lignes directrices se déroule en cinq étapes. La première étape consiste à lancer le projet, à identifier le principal expert clinique qui accompagnera le groupe et le projet, et à identifier les autres experts qui pourront également contribuer à l'analyse des données, puis à la recherche et à la manière dont elle peut aboutir à une recommandation. La deuxième étape est la planification du projet. Une fois l'objectif défini, comme le sujet à traiter, il faut déterminer la question à poser, et réfléchir à la population étudiée, à l'intervention envisagée, à la chimiothérapie, à la radiothérapie, ou à tout autre traitement envisagé. Quels résultats recherchez-vous ? Parfois, on s'intéresse à la survie. Combien de temps les patients survivront-ils ? Quelle sera la survie sans progression ? Combien de temps durera-t-il sans récidive du cancer ? La qualité de vie est un critère essentiel. Il est donc essentiel d'analyser ces résultats et de déterminer lesquels sont importants. Les experts cliniques contribuent à la prise de ces décisions, tout comme les patients de nos groupes, car c'est de leur ressort. Nous pouvons décider de la base de données à consulter, de tout élément très spécifique au sujet, de la publication éventuelle, et des personnes impliquées dans la prise de décision. Ensuite, le méthodologiste de la recherche en santé intervient. La troisième étape est l'élaboration des recommandations. Nous collectons toutes les données. Nous les utilisons pour créer des tableaux. Nous facilitons la lecture pour les experts cliniques et les patients, afin que nous puissions tous les examiner et en discuter de manière pertinente. Nous pouvons ensuite rassembler toutes ces données et formuler des recommandations. Ces recommandations reposent sur la vérification de la cohérence des études : sont-elles précises ? Apportent-elles une réponse exacte ? Sont-elles des données de qualité ? Et puis, une fois que vous formulez des recommandations, eh bien, même si vous êtes six ou huit à les juger pertinentes, vous n'en êtes pas vraiment sûr. Nous les recevons en interne, par ce que nous appelons des revues internes et externes. C'est le quatrième point. Il s'agit de la revue. Nous la faisons lire par d'autres SIRH, notamment par Jonathan. Nous avons un comité d'approbation des rapports qui les lit, et nos trois experts cliniques les examinent pour vérifier leur pertinence et leur exactitude. Nous les faisons également lire par d'autres experts cliniques pour nous assurer qu'elles sont pertinentes. Ensuite, nous les diffusons à nouveau auprès d'autres utilisateurs. Nous ciblons les utilisateurs pour nous assurer qu'elles sont accessibles, réalisables et acceptables. Nous intégrons tous les commentaires et en discutons : pouvons-nous y apporter des modifications ? Nous les rédigeons clairement, puis nous essayons de les publier. Toutes nos directives sont donc publiées sur le site web d'Ecco, et nous essayons également de les faire publier dans des revues spécialisées, uniquement les directives et généralement la revue systématique.

**Dr Bill Evans** 25:24

Je voulais que vous examiniez le cycle, car il illustre la rigueur du processus. Il comporte de nombreuses étapes, et le document est examiné par de nombreuses personnes, de nombreux regards, et des critiques qui l'examinent attentivement pour vérifier s'il est pertinent et s'il évalue correctement tous les éléments de preuve.

**Orateur 3** 25:43

C'est donc important. Il est essentiel que les critiques reçoivent leurs commentaires et puissent y répondre et améliorer leurs recommandations, n'est-ce pas ? C'est ce que vous essayez de faire : proposer les meilleures recommandations possibles, celles qui aideront le plus grand nombre. Donc, si vous recevez un commentaire critique, parce que vous l'avez lu d'une certaine manière et que quelqu'un d'autre l'a lu différemment, vous réalisez que c'est important. Vous pouvez apporter ces changements. Vous pouvez en parler. Vous pouvez le comprendre.

**Dr Bill Evans** 26:06

dehors. Question désagréable, combien de temps tout cela prend-il ?

**Orateur 3** 26:10

Généralement de six mois à deux ans. Cela dépend. Parfois, nous avons beaucoup de données, et cela peut prendre beaucoup plus de temps, car il faut beaucoup de temps pour les extraire, les évaluer et les synthétiser. Il serait donc préférable que tout prenne moins de deux ans. Ce serait une bonne chose du début à la fin.

**Orateur 2** 26:32

C'est beaucoup de travail. Surtout lorsqu'il s'agit de synthétiser quelque chose d'aussi complexe. La qualité prend du temps. Ce n'est pas quelque chose qui se fait comme ça, comme Carolyn l'a expliqué au sujet des différentes étapes du processus et du niveau d'engagement. L'autre élément important est la documentation, car la clé pour obtenir un document valide et aussi véridique que possible est la transparence. Comment cette décision a-t-elle été prise ? Quelles ont été les discussions ? En effet, nous essayons de gérer au mieux l'incertitude. Si ce n'est pas possible, et parfois les preuves sont insuffisantes pour la surmonter, il faut en prendre acte et reconnaître que l'incertitude persiste.

**Dr Bill Evans** 27:22

donc pas seulement un ensemble de recommandations, mais la documentation du processus d'élaboration de ces recommandations. Il s'agit donc de documents volumineux , pour la plupart , et composés de nombreux éléments.

**Orateur 3** 27:38

Il y a cinq sections à Une ligne directrice . La première section se résume essentiellement aux recommandations, car nous savons que personne ne souhaite tout lire et que l'on souhaite que le contenu soit exploitable. Chaque recommandation contient des informations très précises sur les personnes concernées, le montant, le moment et d'autres données probantes clés. Nous y indiquons également les données clés et la justification de la recommandation. Vous savez donc ce qui a motivé son élaboration ? La deuxième section contient les recommandations, les énoncés de qualité, ainsi que d'autres données clés et une justification plus détaillée. La deuxième section est donc un peu plus complète et contient beaucoup plus de données clés , car certaines personnes souhaitent connaître l'origine de la recommandation, sans pour autant lire l'intégralité de la revue systématique. La troisième section porte sur la méthodologie des lignes directrices. Nous avons toujours cherché en premier lieu les lignes directrices, ce qui entre dans notre revue systématique et ce type d'informations. C'est donc un peu redondant, car nous procédons de la même manière pour toutes les recommandations . La quatrième section porte sur la revue systématique. Voici les questions que nous avons posées, les résultats recherchés, toutes les données trouvées, ainsi qu'un résumé et tous les tableaux de données. La section cinq présente les résultats des évaluations internes et externes. Tout ce que nous avons reçu est consigné dans cette section, avec nos réponses et les modifications apportées suite à ces commentaires. Il y a aussi la section six, qui, chaque année, évalue les directives publiées sur CCO pour s'assurer de leur pertinence et de leur innocuité. Nous procédons donc à une analyse et analysons toutes les données de la section six. La section six n'est pas accessible à tous, mais elle concerne uniquement les personnes que nous évaluons.

**Dr Bill Evans** 29:29

donc examinées ou mises à jour à intervalles réguliers, lorsque cela est possible.

**Orateur 3** 29:33

chaque année, nous évaluons toutes nos directives qui sont publiées chaque année, chaque

**Dr Bill Evans** 29:37

Année. Fantastique. Bon, faisons une pause, et nous reviendrons pour discuter un peu plus des directives et de la manière de les diffuser et de diffuser ces informations afin que les pratiques évoluent réellement . Nous reviendrons.

**Orateur 1** 29:49

Nous tenons à remercier nos généreux donateurs, le Fonds de la famille Hutton et le studio de création Banco, qui rendent possible le balado « cancer assist » et le Programme d'aide aux personnes atteintes de cancer. Nous sommes plus que jamais occupés à fournir un soutien essentiel aux patients et à leurs familles. Nous maintenons notre engagement à offrir des services gratuits aux patients de notre communauté, notamment le transport et l'équipement, les prêts, les articles de soins personnels et de confort, le stationnement et la formation pratique. Ces services sont rendus possibles grâce à la générosité de nos donateurs, par des dons ponctuels , des dons mensuels, des collectes de fonds auprès de tiers, des commandites d'entreprises et des possibilités de bénévolat. Visitez cancerassist.ca pour découvrir comment vous pouvez faire une différence dans la vie des patients atteints de cancer et de leurs familles.

**Dr Bill Evans** 30:34

Nous reprenons la discussion sur l'élaboration des lignes directrices avec Jonathan Sussman et Carolyn Swall . Nous souhaitions aborder brièvement la manière dont ces lignes directrices sont diffusées et qui peut y accéder. Sont-elles vraiment réservées aux médecins, car elles concernent la prestation de soins, ou sont-elles plus largement accessibles, et comment sont-elles utilisées ?

**Orateur 2** 30:56

Eh bien, en termes de diffusion. Je parle de la principale voie de diffusion, encore une fois, car nous travaillons avec notre partenaire clé, Action Cancer Ontario. Il est également important de souligner que, bien que nous travaillions en étroite collaboration avec l'Agence provinciale de lutte contre le cancer, il est important que nous restions indépendants de cette agence, car nous souhaitons que notre travail soit impartial. Nous ne pouvons pas avoir d'idées préconçues sur le fait que des personnes peuvent se présenter à une situation donnée avec certaines croyances ou sentiments forts, ce qui peut évidemment fausser l'interprétation des données probantes. C'est donc probablement une petite digression, mais un point important à souligner. Quant à la diffusion, la responsabilité incombe généralement à l'Agence provinciale de lutte contre le cancer, ou parfois aux auteurs du document d'orientation créé, qui est publié publiquement sur le site web d'Action Cancer Ontario, accessible à tous. Généralement, une diffusion ciblée peut être effectuée auprès de certains groupes de pratique qui seraient évidemment intéressés par une diffusion via des associations de patients. Bien sûr, nous pouvons aussi mener des actions plus traditionnelles, comme participer à de grands congrès médicaux et présenter nos résultats, puis les publier dans des revues. Et nous nous efforçons, en tant qu'unité universitaire, car notre travail est assez académique, et les personnes qui consacrent leur temps à ce processus, notamment les prestataires de services, devraient avoir la possibilité d'apporter des contributions académiques ou scientifiques, et que cela puisse donner lieu à des publications et à des revues médicales. Mais je ne sais pas où nous en sommes en termes de diffusion médiatique. Je veux dire, nous ne participons pas à des émissions de télévision, et vous êtes maintenant… eh bien, nous sommes maintenant… c'est vrai, c'est… mais cela fait l'objet d'une directive individuelle. Mais, oui, mais oui, ce genre de… vous savez, ce genre de…

**Dr Bill Evans** 33:01

Parce que c'est le début. Oui, d'accord. Elles sont donc assez accessibles, même si les gens veulent les chercher . C'est donc une information utile pour le monde entier : il suffit de consulter le site web des CCO ou des garants du cancer . Il existe une source unique. Mais franchement, si vous cherchez le sujet sur Google, les lignes directrices apparaîtront probablement. C'est donc important de le savoir. J'avais une question sur les lignes directrices, par opposition à « Voici comment cela doit être fait, des documents comme des règles strictes ». Pourquoi les appeler « lignes directrices » ? Par opposition à « Voici comment il faut toujours traiter les gens ». Eh bien, je

**Orateur 2** 33:42

On reconnaît, comme nous l'avons évoqué plus tôt, la variabilité. Et en réalité, il est rare de trouver des preuves, comme par exemple, qu'une personne a une pneumonie et reçoit des antibiotiques, et qu'elle a des réactions . Non seulement le bon sens l'exige, mais vous savez que cet antibiotique est nécessaire pour traiter cette pneumonie. Certains des problèmes auxquels nous sommes confrontés sont un peu plus nuancés avec l'arrivée de nouveaux traitements. Un traitement présente un avantage progressif par rapport à un autre, mais il peut aussi présenter des inconvénients, comme des toxicités, et ce sont les professionnels de santé qui doivent prendre cette décision avec leur interlocuteur. Il a donc toujours été admis que les professionnels de santé, ou les utilisateurs des données probantes, sont les experts. Ce sont eux qui, en fin de compte, doivent prendre la décision. Et ce système vise à les guider dans leur décision en utilisant les meilleures pratiques.

**Dr Bill Evans** 34:48

Preuves. Encore une fois, les preuves proviennent d'essais cliniques où des populations sélectionnées reçoivent, comme vous le décriviez, le traitement standard, éventuellement complété par un traitement innovant par rapport à la norme actuelle, puis on examine s'il y a un avantage à améliorer cette norme. Ces populations sont généralement en assez bonne santé . Leurs caractéristiques sont bien définies, mais le patient que vous consultez peut souffrir d'autres maladies ou comorbidités, comme nous les appelons, qui empêchent l'utilisation de ce traitement innovant. C'est pourquoi il s'agit de recommandations. Elles ne sont pas toujours applicables, mais vous aimeriez qu'elles soient utilisées régulièrement, je suppose, c'est la solution. Existe- t- il des études pour évaluer l'adoption de ces recommandations par les populations ? Ou des études de concordance ?

**Orateur 2** 35:38

Oui, des études de concordance sont menées individuellement. L'Agence du cancer, en particulier, peut utiliser les documents d'orientation dans le cadre d'un processus auquel elle a participé, qui lui permet de définir la trajectoire attendue d'un individu : comment il est évalué, quel traitement il reçoit, quel suivi il reçoit ? Ces éléments sont souvent décrits dans des lignes directrices qui servent de base à l'élaboration de ces politiques. Ensuite, on peut revenir en arrière . Et on peut mesurer, à l'échelle de la population, combien de personnes suivent ce programme, si vous voulez. Donc oui, c'est fait.

**Dr Bill Evans** 36:20

Et voyez-vous l’impact de votre travail alors,

**Orateur 2** 36:23

Oui, oui, c'est tout à fait vrai . Encore une fois. Il y a généralement un léger décalage, et on peut toujours se demander si c'était la recommandation elle-même, ou le fait que les preuves s'accumulaient de toute façon et que les gens commençaient à changer leurs pratiques, car ces choses-là, on lit aussi des études individuelles. Donc, parfois, c'est un peu plus difficile à cerner, pour être tout à fait honnête. Mais on observe généralement des tendances. Il existe ce qu'on appelle des études qualitatives, des études de haut niveau qui observent les régions qui utilisent plus systématiquement les recommandations et qui ont tendance à avoir des schémas de soins plus cohérents.

**Dr Bill Evans** 37:03

Pensez-vous que cela influence la rapidité d'adoption de nouveaux traitements efficaces ? On disait autrefois qu'il fallait 20 ans pour adopter une nouvelle technologie, et je sais que les études en oncologie tendent à montrer des délais d'adoption plus courts. Mais l'élaboration de recommandations accélère-t-elle d'une manière ou d'une autre l'adoption d'une intervention nouvelle et plus efficace ?

**Orateur 2** 37:29

Eh bien, je dirais que cela favorise peut-être une adoption accélérée. Car, comme vous l'avez dit, le système de cancérologie est un peu particulier. Il est rare qu'un prestataire individuel, travaillant seul dans un cabinet ou dans une situation où le traitement d'un cancer est administré en équipe, y est présent. L'une des façons d'assurer la qualité par l'Agence du cancer est de disposer d'équipes multidisciplinaires, c'est-à-dire des équipes composées de tous les prestataires impliqués dans la prise en charge d'une population de patients donnée, par exemple des chirurgiens, des radiologues et des médecins, qui examinent chaque cas pour élaborer des plans d'intervention. Les lignes directrices sont systématiquement consultées lors de ces processus, mais c'est bien plus que cela. Ces processus sont davantage axés sur la prise de décision . Il est donc essentiel d'avoir des lignes directrices pour faciliter la discussion et de permettre à ces groupes de définir la politique à adopter pour aborder ce problème particulier . Cela est en quelque sorte ancré dans le processus, contrairement à l'idée selon laquelle les lignes directrices publiées sur le site web, en elles-mêmes, allaient influencer les comportements individuels par le biais des modes de soins. Je pense qu'il y a beaucoup d'étapes intermédiaires. Mais pour en revenir à ce dont nous parlions, l'un des enjeux, l'un des éléments clés, c'est que la revue systématique consiste à recueillir des données probantes que la plupart des professionnels de santé, très occupés, n'ont pas le temps de collecter. Cela devrait au moins sensibiliser le public à l'existence d'informations pertinentes. Je pense donc que cela accélère probablement le processus, mais il existe de nombreuses autres mesures en place. Et encore une fois, je suis partial, car je travaille dans le domaine du cancer. Votre réponse pourrait donc être légèrement différente si vous aviez travaillé avec quelqu'un qui travaillait avec des recommandations utilisées auprès de populations plus larges, qui ne fréquentent peut-être pas des centres de cancérologie, où les soins sont très ciblés, par exemple pour la prise en charge du diabète ou de la tension artérielle. Il existe des publications à suggérer ou à démontrer. Je veux dire, ces directives sont importantes, mais l’adhésion n’est peut-être pas aussi stricte, et l’adoption peut prendre plus de temps.

**Orateur 3** 39:47

Je pense également qu'ils ont très bien intégré nos lignes directrices aux parcours de soins contre le cancer du CCO. Ainsi, si vous envisagez un parcours de soins contre le cancer, nous pouvons… Des liens vers les différentes lignes directrices et les informations utilisées pour celles-ci . Je pense que certaines personnes ou certains groupes, comme le groupe des infirmières, par exemple, ont des experts dans leur hôpital. Ces lignes directrices sont publiées, puis ces experts transmettent les recommandations à leur groupe dans chaque hôpital, et organisent des conférences, etc. Les conclusions et les lignes directrices des différents pays sont partagées.

**Dr Bill Evans** 40:27

Je viens de vous demander, vous savez, ce programme existe en Ontario. Il est soutenu par l'agence provinciale, etc., mais sa portée doit être bien plus grande. Quelles données ou informations possédez-vous sur son impact dans d'autres pays et territoires ? Avez-vous des commentaires du monde entier sur l'utilisation des directives relatives aux CCO, aux EPI et aux DC ?

**Orateur 3** 40:56

Chaque année, nous participons à une conférence du Réseau international des lignes directrices, où nous discutons des lignes directrices et de la meilleure façon de les élaborer. Je pense que certaines informations en ressortent . J'ai travaillé uniquement avec un groupe psychosocial et un groupe d'infirmières, et je sais, par exemple, que la ligne directrice sur la peur de la récidive du cancer va être adoptée par un groupe en Australie. Nous avions d'ailleurs quelques Australiens au sein de notre groupe d'experts, car c'était leur expertise. Et maintenant, ils vont adopter notre ligne directrice. et je pense que cela arrive, cela arrive.

**Dr Bill Evans** 41:30

donc une influence mondiale de d' ici à Hamilton, ouais, ouais.

**Orateur 2** 41:35

Et, je veux dire, nous faisons partie d'un réseau mondial, comme je le disais, comme la société américaine. Je pense que l'autre point important, c'est que cela revient à ce que vous avez dit en matière d'orientation. Cela dépend aussi du contexte de votre travail. Par exemple, une ligne directrice peut être différente en Ontario qu'ailleurs, en raison des populations rencontrées et de l'accès aux thérapies. Avoir une ligne directrice indiquant qu'il faut utiliser telle thérapie ou tel test lorsque celui-ci n'est pas disponible dans une région donnée, c'est une question de pragmatisme. Et c'est là que, vous savez, il a été reconnu, je pense, plus globalement, autour des orientations et des lignes directrices, que si vous voulez essayer de, vous savez, si vous le voulez, si vous pensez que vous pouvez rendre votre travail plus efficace en regardant les lignes directrices de quelqu'un d'autre, vous devez probablement encore avoir un processus pour pouvoir l'adapter à votre propre contexte, car il se peut que cela ne se fasse pas exactement de la bonne manière.

**Dr Bill Evans** 42:39

Je pensais aussi, pour être honnête, avoir participé à l'élaboration de lignes directrices pendant 20 ans, et partager mon expérience du cancer du poumon : le principal avantage des lignes directrices résidait probablement dans les personnes qui les élaboraient, la présence de médecins autour de la table pour discuter de la littérature, la présence de médecins aux réunions, l'écoute des présentations et une réflexion de plus en plus approfondie sur la façon d'appliquer les données probantes. Il y a donc un réel avantage à participer au processus d'élaboration des lignes directrices. C'est une petite publicité pour les médecins ici en Ontario, mais plus largement, impliquez-vous dans l'élaboration des lignes directrices, car c'est une excellente occasion d'en apprendre davantage sur les données probantes de manière beaucoup plus rigoureuse. Bien sûr, si vous êtes un clinicien occupé, consulter le résumé des recommandations est une aide précieuse pour la prise de décision, mais participer à l'examen de la littérature est un excellent moyen de progresser dans vos connaissances. Caroline, je voulais vous poser une question, car je pense que le plus difficile pour vous dans votre rôle de gestionnaire est la quantité d'informations, et je me demandais si l'intelligence artificielle était utile pour synthétiser l'information sous-estimée.

**Orateur 3** 43:56

Eh bien, c'est intéressant. C'est un sujet sur lequel nous travaillons actuellement, car nous sommes rigoureux et nous voulons une précision absolue. Nous ne voulons pas simplement utiliser l'IA et dire : « Hé, discutez avec TTP pour une revue systématique sur ce sujet. » Mais cela peut être utilisé si nous le souhaitons. Nous menons actuellement une étude où nous trouvons nos résultats, nous effectuons une recherche et nous trouvons les études que nous allons examiner. Nous sélectionnons les résultats, puis nous demandons à l'IA de vérifier ce qu'elle choisirait et de comparer nos résultats à ceux que nous avons sélectionnés. Voilà ce que nous avons retenu.

**Dr Bill Evans** 44:31

en fait, j'étudie comment l'IA se compare à votre processus, et oui, et

**Orateur 3** 44:37

Nous pensons pouvoir l'utiliser comme un second contrôle. Je ne pense pas qu'on veuille s'y fier, mais on peut l'utiliser comme une solution de secours, car on a toujours un second contrôle. Cela fait partie de notre rigueur. Nous savons qu'une deuxième personne examine toujours les études que nous choisissons, effectue des audits de données et recueille ce genre d'informations. L'IA peut nous aider dans ce domaine et accélérer les choses . Je pense que nous en étudions plusieurs .

**Orateur 2** 45:00

Plus précisément, oui, certaines intelligences artificielles commerciales utilisent ce qu'on appelle l'apprentissage par modèles de langage à grande échelle. Il s'agit essentiellement de leur apprendre ce qu'elles devraient rechercher selon les critères définis. Le plus souvent, c'est utilisé dans le processus de sélection. Comme nous l'avons mentionné , nous souhaitons établir un guide pour 8 000 études à examiner. Pour une personne qui examine ces 8 000 études et se demande quels sont les critères à prendre en compte pour décider si elles sont pertinentes ou non, il est possible de rechercher 30 études pertinentes. Il faut trouver ces 30 et 8 000 études, ce qui peut prendre beaucoup de temps. La première question est donc : l'IA peut-elle contribuer à la sélection ? C'est l'une des solutions que nous testons actuellement, et cela suscite beaucoup d'intérêt. Parce que, encore une fois, cela semble être une tâche répétitive. Mais comme le dit Carolyn, même si cela semble répétitif à première vue, il y a un processus cognitif qui se produit lorsqu'il faut décider si une étude est incluse ou non. N'est-ce pas ? Il y a une liste de contrôle à suivre, mais il arrive souvent qu'ils doivent encore faire un choix. Notre processus impliquerait que, si vous n'êtes pas entièrement sûr de l'inclusion ou non d'une étude, vous pouvez signaler ce problème, puis discuter avec d'autres personnes pour déterminer si, par exemple, cette étude en particulier doit être incluse. Il sera donc très intéressant de savoir comment les programmes d'IA contribueront à cela. Les premiers retours semblent indiquer que cela pourrait réduire notre temps de sélection d'environ 30 à 50 %, ce qui représente une tâche considérable. Si vous pensez qu'une personne peut filtrer… je ne connais personne, jeune et plein d'énergie, capable de produire peut-être même 200 articles par jour. Je ne pense pas pouvoir en produire plus de 50, mais 200 articles par jour. Et vous savez, vous essayez de le faire, et vous avez cette montagne de 8 000 articles, 8 000 à 10 000 articles, ça peut prendre beaucoup de temps. Donc, avoir un humain capable de vérifier le fonctionnement des machines, si elles sont raisonnablement précises, je pense que Ça pourrait être plutôt intéressant . Je pense que, si on aborde la question de la science-fiction, la question est : sera-t-on un jour assez performant pour que ces machines puissent réfléchir et rédiger des recommandations ? Je ne suis pas un expert en la matière, mais quand on entend parler de gens qui essaient simplement de leur faire écrire des bouts de papier, les utilisant comme des programmes de communication , la machine semblant inventer des choses, c'est un peu effrayant. C'est un peu effrayant, vu la façon dont les LLM sont conçus. interpréter certaines formulations. Et nos méthodologistes

**Dr Bill Evans** 47:54

Vous ne vous sentez pas encore menacés, pas encore. Non, ça va. D'accord. Quels sont les problèmes qui vous empêchent de dormir ? Concernant l'élaboration des lignes directrices ? Y en a-t-il ?

**Orateur 3** 48:06

C'est vrai ? Il y a beaucoup de recommandations à élaborer. Je pense que c'est l'une des choses qui me tient éveillé la nuit et qui me tient au courant. Vous savez, nous avons beaucoup de recommandations. Et puis, celles qui ont été élaborées, par exemple en 2015… Eh bien, beaucoup de choses se sont passées ces dix dernières années, et nous n'avons pas la capacité de tout mettre à jour en permanence. Nous avons donc une longue liste de choses à faire, et puis de nouvelles informations, de nouvelles recommandations peuvent apparaître, comme de nouvelles questions , de nouveaux traitements et de nouveaux aspects à examiner. C'est donc une combinaison difficile d'essayer de déterminer quoi faire .

**Orateur 2** 48:42

Oui, je pense, de la même manière. L'autre problème, c'est que nous en sommes à un point où nous posons des questions, et si elles le sont, c'est parce qu'il n'y a pas de réponse claire. Et le processus d'élaboration des recommandations peut parfois même faire comprendre qu'il n'y a pas de réponse claire, et cela peut alors être difficile de transmettre l'information aux cliniciens pour leur dire que ce n'est pas suffisant. L'une des conclusions d'une revue systématique et d'un processus d'orientation est qu'il n'y a pas assez d'informations pour orienter les patients. Évidemment , en tant que prestataire, la personne qui reçoit ces informations est parfois un peu insatisfaite. Il s'agit alors de savoir comment exploiter cela, ou comment l'utiliser pour dire : « Nous devrions probablement mener une recherche . » « Peut-on réellement mener une étude dans ce domaine ? » Le processus d'élaboration des recommandations peut -il réellement être efficace ? Alors peut-être que me garder éveillé la nuit, c'est plutôt du positif, je dirai, vous savez, c'est quelque chose qui peut vous tenir éveillé la nuit, parce que vous pensez, d'accord, quelle est l'étude que nous devons réellement faire pour répondre à cela

**Dr Bill Evans** 49:43

Question ? C'est une façon intéressante d'aborder le sujet. Pour conclure, je donne à chacun l'occasion de formuler un message clé que vous souhaiteriez que les auditeurs retiennent de cette discussion sur le programme et son élaboration. Des lignes directrices fondées sur des données probantes . Quoi ? Quoi ? Je me dis que la plupart d'entre eux ne sont probablement pas des médecins . Je n'avais peut-être jamais entendu parler d'un programme de synthèse des données probantes pour guider les médecins. Quel message souhaiteriez-vous leur transmettre ?

**Orateur 3** 50:14

Carolyn, je suppose qu'il existe de nombreuses preuves et recherches. C'est agréable de pouvoir trouver un moyen de simplifier, de rendre raisonnable et compréhensible, de répondre à une question, et de pouvoir faire appel à des médecins, des prestataires et des patients pour formuler une recommandation et aider quelqu'un. Ce que j'ai toujours aimé dans ce travail, c'est que j'ai commencé en 1997, où j'ai travaillé un an, puis je suis revenue. J'ai toujours aimé le fait que cela aide les gens, que j'aie le sentiment que mon travail aide les gens, que je prends des décisions, que j'aide les gens à se sentir mieux, que je les aide à comprendre ce qui va se passer. C'est ce que j'ai toujours aimé, et j'apprécie que les directives le fassent.

**Dr Bill Evans** 51:03

Excellente réponse, oui. Jonathan,

**Orateur 2** 51:05

Oui. Je pense que nous avons beaucoup de chance. Nous avons beaucoup de chance de vivre dans une région où il existe une agence provinciale de lutte contre le cancer qui accorde une grande importance à l'utilisation des données probantes pour éclairer les soins et assurer une qualité optimale. C'est une grande chance pour nous de vivre dans cette province, ici, et les personnes devraient être rassurées de savoir que, lorsqu'elles se rendent dans un centre de cancérologie, des données probantes sont disponibles, des résumés sont disponibles et du soutien est offert à leurs fournisseurs de soins, qu'ils dispensent des soins directs ou qu'ils organisent les soins dans la province, et qu'ils s'efforcent d'utiliser les meilleures données probantes disponibles pour offrir aux patients la meilleure expérience possible. J'ai peut-être l'impression que cela ressemble davantage à une promotion pour l'agence provinciale de lutte contre le cancer, mais je pense que nous, en Ontario en particulier, sommes très chanceux et dans une position unique grâce à cette relation. Eh bien, je

**Dr Bill Evans** 52:12

avons beaucoup de chance de vous compter parmi nous, de bénéficier du programme et de soins fondés sur des données probantes . Un message important à retenir est que les patients doivent savoir que les médecins n'inventent pas des choses à la va-vite, mais qu'ils s'appuient sur des données probantes, et que, compte tenu des efforts considérables consacrés à la recherche, ces données sont synthétisées et synthétisées pour définir les meilleures pratiques actuelles. J'admire donc beaucoup votre travail. J'apprécie vraiment que vous partagiez vos connaissances avec un public aujourd'hui et que vous continuiez à le faire. Merci.

**Orateur 1** 52:52

Merci d'avoir écouté le balado d'assistance cancer. Pour plus d'épisodes, de ressources et d'informations, rendez-vous à l'adresse cancerassist.ca ou suivez le programme d'assistance cancer sur Facebook, Twitter et Instagram. Merci de votre écoute.