

## Ça prend une équipe

### *CanIMPACT : Équipe canadienne pour améliorer les soins communautaires en cancérologie tout au long du continuum*

Eva Grunfeld MSc MD DPhil FCFP

**D**urant les années 1990, des pionniers de la médecine familiale comme Ian McWhinney et Martin Bass<sup>1,2</sup> déploraient, dans les pages du *Médecin de famille canadien (MFC)*, la rupture entre les médecins de famille (MF) et leurs patients atteints de cancer. La métaphore commune à cette époque était qu'après un diagnostic de cancer, les patients disparaissaient dans « le trou noir » du centre de cancérologie. Des MF chercheurs ont cependant mis en doute cette métaphore et, à la suite d'examen de dossiers<sup>3</sup> et de sondages<sup>4,5</sup>, ont démontré que les MF n'étaient pas seulement disposés à jouer un rôle plus important, mais qu'en fait, ils exerçaient déjà un rôle actif dans le suivi de leurs patientes atteintes d'un cancer du sein et probablement de patients souffrant d'autres cancers. Par ailleurs, en dépit de ces premiers travaux, la métaphore du trou noir persiste encore et, malgré les nombreux changements dans les systèmes de soins primaires, les systèmes de cancérologie et les systèmes de communication, j'entends encore souvent : *plus ça change, plus c'est pareil*.

#### Progrès dans les soins

Le début des années 1990 fut aussi la scène d'audiences historiques en comité parlementaire qui ont mis en évidence la nécessité d'une plus grande uniformité dans les services et la prestation des soins pour le cancer du sein, discernant des problèmes de communication, des variations, de même qu'une fragmentation des soins<sup>6</sup>. Les lecteurs du *CFP* ne seront pas sans remarquer que la plupart des articles que je cite portent sur le cancer du sein. De bien des façons, cela est directement attribuable aux audiences parlementaires et au rapport afférent<sup>7</sup> qui ont attiré l'attention et dirigé les ressources vers le cancer du sein. De fait, depuis les 20 dernières années, il s'est produit d'immenses progrès dans le diagnostic et le traitement du cancer du sein : l'identification des mutations aux gènes *BRCA1* et *BRCA2* et l'instauration de programmes de dépistage pour les patientes à risque élevé; de meilleures techniques d'imagerie pour le diagnostic précoce; les avancées dans la radiothérapie adjuvante; les progrès dans la thérapie systémique adjuvante, tant sur les plans de l'hormonothérapie que des traitements ciblés; et la reconnaissance des bienfaits de l'activité physique sur la qualité de vie et les résultats.

Je faisais alors ma résidence en médecine familiale et je travaillais dans un centre de cancérologie. Ces articles et ces rapports m'ont fortement impressionnée et concordaient avec ma propre expérience clinique. Le nombre de patientes atteintes d'un cancer du sein qui venaient pour un suivi de la rémission était considérable et je leur demandais souvent si elles continuaient à voir leur propre MF. Je me demandais aussi s'il était vraiment nécessaire de faire un suivi continu à long terme en centre de cancérologie, les habilités et les connaissances cliniques nécessaires étant bien du ressort de la pratique familiale. J'ai émis l'hypothèse qu'il serait assurément mieux pour les patientes et sur le plan de l'utilisation des ressources que le suivi à long terme se fasse en soins primaires. Cette observation et cette prémisse ont orienté ma carrière. Même si bien des choses ont changé depuis les années 1990, les plaintes concernant le trou noir et la fragmentation des soins persistent : *plus ça change, plus c'est pareil*.

#### Ce qui a changé

Ce qui *a bel et bien* changé, c'est qu'en s'appuyant sur les données probantes d'études randomisées contrôlées<sup>8-11</sup>, il est maintenant largement accepté que le suivi en milieu de soins primaires est sécuritaire et constitue une option de rechange acceptable au suivi en centre de cancérologie. Des guides de pratique clinique<sup>12,13</sup> et des programmes de cancérologie encouragent<sup>14</sup> le transfert en soins primaires pour le suivi de routine. De plus, nous avons maintenant des études populationnelles rigoureuses qui font valoir une implication active constante des MF<sup>15,16</sup>, même durant la chimiothérapie<sup>17</sup>, et qui confirment les études antérieures. Les études, les commentaires, les conférences et les activités de développement professionnel continu qui portent maintenant sur le rôle des MF dans les soins aux patients atteints de cancer se multiplient.

Ce qui a changé aussi, c'est que nous ne nous concentrons plus seulement sur les problèmes particuliers au cancer. Le discours s'est élargi pour englober les besoins holistiques des personnes qui vivent au-delà d'un diagnostic de cancer. Cette perspective holistique est captée dans le concept de la survivance<sup>18</sup>. Ce changement est alimenté par des taux de survie au cancer plus élevés, selon lesquels dorénavant, la plupart des patients seront des survivants à long terme des cancers à forte prévalence chez l'adulte (sein, prostate et

This article is also in English on page 781.

colorectal)<sup>19</sup>. Les soins optimaux dépassent de beaucoup le traitement et la prise en charge du cancer, pour inclure aussi la prise en charge des effets tardifs et à long terme de ces traitements. De plus, étant donné que la plupart des patients atteints de cancer sont plus âgés et ont de multiples problèmes chroniques, la prise en charge de la comorbidité et des séquelles psychosociales, ainsi que les soins médicaux et préventifs généraux, revêtent autant d'importance<sup>18</sup>. Les récentes lignes directrices s'appliquant à la survivance à un cancer du sein, spécifiquement conçues pour les soins primaires, reflètent cette approche holistique<sup>20</sup>. Toutefois, de sérieux problèmes de fragmentation persistent<sup>21</sup> : *plus ça change, plus c'est pareil*.

### Fragmentation des soins

Les plus récentes statistiques canadiennes sur le cancer prévoient une augmentation de 40 % de l'incidence du cancer d'ici 2030<sup>19</sup>. Les répercussions de cette augmentation se propageront dans l'ensemble du système de la cancérologie et du système de santé lui-même. Il sera primordial que les soins primaires jouent un rôle central du diagnostic jusqu'aux soins en fin de vie. À la lumière de cette réalité, *Lancet Oncology* a demandé un rapport exhaustif visant à examiner le rôle des soins primaires dans le continuum du contrôle du cancer<sup>22</sup>. La partie 7 du rapport porte sur l'intégration des soins entre les soins primaires et les soins spécialisés en cancérologie, et un éditorial d'accompagnement identifie l'intégration comme étant l'un des principaux défis<sup>23</sup>.

Pour mieux comprendre les problèmes sous-jacents à cette fragmentation des soins, un groupe multidisciplinaire pancanadien de médecins de première ligne, d'infirmières, de spécialistes en oncologie, de chercheurs, d'utilisateurs des connaissances et de patients se sont réunis pour former une équipe : l'équipe canadienne pour améliorer les soins communautaires en cancérologie tout au long du continuum (CanIMPACT)<sup>24</sup>. CanIMPACT a pour vision d'améliorer collectivement les soins contre le cancer. Son principal objectif est d'accroître la capacité de la première ligne de fournir des soins aux patients atteints de cancer, et d'améliorer l'intégration entre les soins primaires et les soins spécialisés en cancérologie tout au long du continuum. CanIMPACT a adopté une approche à méthodes multiples, et les activités de l'équipe se répartissent en 2 phases. La première phase comportait la recherche fondamentale à l'aide des bases de données administratives sur la santé de la population; des méthodes qualitatives impliquant des professionnels des soins primaires, des spécialistes du cancer et des patients; une analyse environnementale et une révision systématique des initiatives existantes pour améliorer l'intégration des soins; et, élément unique, l'exploration des enjeux entourant la médecine individualisée. Cette phase s'est terminée par un

atelier de consultation regroupant des intervenants clés du Canada et de l'étranger.

À la suite d'un processus de délibération, on a établi des priorités parmi les idées dégagées afin d'orienter les travaux de CanIMPACT durant la deuxième phase, au cours de laquelle on mettra à l'essai une intervention élaborée durant la première étape, visant à améliorer l'intégration des soins.

Ce numéro du *MFC* présente les constatations tirées de la première phase de CanIMPACT<sup>25-30</sup>, de même que certains conseils pratiques à l'intention des MF sur les soins aux patientes atteintes d'un cancer du sein ou à risque de l'être<sup>31,32</sup>. L'importance des soins primaires et l'engagement continu des MF envers leurs patients souffrant de cancer n'ont pas changé : *c'est pareil*. Toutefois, les problèmes de communication, de coordination et d'intégration des soins persistent. *Plus ça change, plus c'est pareil?* Mettons donc un terme à ce vieux dicton! 🌟

**D<sup>re</sup> Grunfeld** est titulaire de la Chaire de professeur Giblon, vice-doyenne de la recherche au Département de médecine familiale et communautaire de l'Université de Toronto et directrice de la recherche en transcription des connaissances au Programme de recherche sur les services de santé de l'Institut ontarien de recherche sur le cancer.

#### Intérêts concurrents

Aucun déclaré

#### Correspondance

**D<sup>re</sup> Eva Grunfeld**, courriel [eva.grunfeld@utoronto.ca](mailto:eva.grunfeld@utoronto.ca)

**Les opinions exprimées** dans les commentaires sont celles des auteurs. Leur publication ne signifie pas qu'elles soient sanctionnées par le Collège des médecins de famille du Canada.

#### Références

- McWhinney IR, Hoddinott SN, Bass MJ, Gay K, Shearer R. Role of the family physician in the care of cancer patients. *Can Fam Physician* 1990;36:2183-6.
- McWhinney IR. Soins aux cancéreux. Le rôle du médecin de famille. *Can Fam Physician* 1994;40:16-7 (ang), 18-9 (fr).
- Worster A, Wood ML, McWhinney IR, Bass MJ. Who provides follow-up care for patients with early breast cancer? *Can Fam Physician* 1995;41:1314-20.
- Worster A, Bass MJ, Wood ML. Willingness to follow breast cancer. Survey of family physicians. *Can Fam Physician* 1996;42:263-8.
- Dworkind M, Shvartzman P, Adler PSJ, Franco ED. Urban family physicians and the care of cancer patients. *Can Fam Physician* 1994;40:47-50.
- Greene B. *Breast cancer: unanswered questions*. Ottawa, ON: Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine; 1992.
- Santé Canada. *Report on the National Forum on Breast Cancer*. Ottawa, ON: Santé Canada; 1994.
- Grunfeld E, Mant D, Yudkin P, Adewuyi-Dalton R, Cole D, Stewart J et coll. Routine follow up of breast cancer in primary care: randomised trial. *BMJ* 1996;313(7058):665-9.
- Grunfeld E, Levine MN, Julian JA, Coyle D, Szechtman B, Mirsky D et coll. Randomized trial of long-term follow-up for early-stage breast cancer: a comparison of family physician versus specialist care. *J Clin Oncol* 2006;24(6):848-55. Publ. en ligne du 2006 Jan 17.
- Grunfeld E, Julian JA, Pond G, Maunsell E, Coyle D, Folkes A et coll. Evaluating survivorship care plans: results of a randomized, clinical trial of patients with breast cancer. *J Clin Oncol* 2011;29(36):4755-62. Publ. en ligne du 2011 Oct 31.
- Wattchow DA, Weller DP, Esterman A, Pilotto LS, McGorm K, Hammett Z et coll. General practice vs surgical-based follow-up for patients with colon cancer: randomised controlled trial. *Br J Cancer* 2006;94(8):1116-21.
- Khatcheressian JL, Wolff AC, Smith TJ, Grunfeld E, Muss HB, Vogel VG et coll. American Society of Clinical Oncology 2006 update of the breast cancer follow-up and management guidelines in the adjuvant setting. *J Clin Oncol* 2006;24(31):5091-7. Publ. en ligne du 10 octobre 2006.
- Grunfeld E, Dhesy-Third S, Levine M; Steering Committee on Clinical Practice Guidelines for the Care and Treatment of Breast Cancer. Clinical practice guidelines for the care and treatment of breast cancer: follow-up after treatment for breast cancer (summary of the 2005 update). *CMAJ* 2005;172(10):1319-20.
- Grant M, De Rossi S, Sussman J. Supporting models to transition breast cancer survivors to primary care: formative evaluation of a Cancer Care Ontario initiative. *J Oncol Pract* 2015;11(3):e288-95. Publ. en ligne du 7 avr. 2015.

15. Grunfeld E, Hodgson DC, Del Giudice ME, Moineddin R. Population-based longitudinal study of follow-up care for breast cancer survivors. *J Oncol Pract* 2010;6(4):174-81.
16. Hodgson DC, Grunfeld E, Gunraj N, Del Giudice L. A population-based study of follow-up care for Hodgkin lymphoma survivors: opportunities to improve surveillance for relapse and late effects. *Cancer* 2010;116(14):3417-25.
17. Bastedo SJ. *A population based assessment of primary care physician visits and acute care utilization among women receiving adjuvant chemotherapy for breast cancer* [thèse de maîtrise]. Toronto, ON: Université de Toronto; 2014.
18. Hewitt M, Greenfield S, Stovall E, Rédacteurs. *From cancer patient to cancer survivor: Lost in transition*. Washington, DC: The National Academies Press; 2006.
19. Comité directeur des statistiques sur le cancer de la Société canadienne du cancer. *Canadian cancer statistics 2015*. Toronto, ON: Société canadienne du cancer; 2015.
20. Runowicz CD, Leach CR, Henry NL, Henry KS, Mackey HT, Cowens-Alvarado RL et coll. American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology breast cancer survivorship care guideline. *J Clin Oncol* 2016;34(6):611-35. Publ. en ligne du 7 déc. 2015.
21. Levit LA, Balogh EP, Nass SJ, Ganz PA, rédacteurs. *Delivering high-quality cancer care. Charting a new course for a system in crisis*. Washington, DC: The National Academies Press; 2013.
22. Rubin G, Berendsen A, Crawford SM, Dommert R, Earle C, Emery J et coll. The expanding role of primary care in cancer control. *Lancet Oncol* 2015;16(12):1231-72.
23. Coburn C, Collingridge D. Primary care and cancer: integration is key. *Lancet Oncol* 2015;16(12):1225.
24. Grunfeld E, chercheur principal. *Canadian team to improve community-based cancer care along the continuum (CanIMPACT)*. Subvention n° 128272. Ottawa, ON: Instituts de recherche en santé du Canada; 2014. Accessible à: [www.cihr-irsc.gc.ca/e/47154.html](http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/47154.html). Réf. du 29 août 2016.
25. Easley J, Miedema B, Carroll JC, O'Brien MA, Manca D, Grunfeld E. Patients' experiences with continuity of cancer care in Canada. Results from the CanIMPACT study. *Can Fam Physician* 2016;62:821-7.
26. Jiang L, Lofters A, Moineddin R, Decker K, Groome P, Kendell C et coll. CanIMPACT. Using Canadian administrative data to understand primary care physician use across the breast cancer care continuum. *Can Fam Physician* 2016;62:e589-98.
27. Easley J, Miedema B, Carroll JC, Manca D, O'Brien MA, Webster F et coll. Importance of communication in the coordination of cancer care between family physicians and cancer specialists. *Can Fam Physician* 2016;62:e608-15.
28. Barisic A, Kish M, Gilbert J, Mittmann N, Moineddin R, Sisler J et coll. Family physician access to cancer diagnostic investigations and wait times. Regional differences among 3 provinces. *Can Fam Physician* 2016;62:e599-607.
29. Carroll JC, Makuwaza T, Manca D, Sopcak N, Permaul J, O'Brien MA et coll. Primary care providers' experiences with and views of personalized genomic medicine. *Can Fam Physician* 2016;62:e626-35.
30. Brouwers M, Vukmirovic M, Tomasone J, Grunfeld E, Urquhart R, O'Brien MA et coll. Documenting coordination of cancer care between primary care providers and oncology specialists in Canada. *Can Fam Physician* 2016;62:e616-25.
31. Heisey R, Carroll JC. Identification et prise en charge des femmes qui présentent des antécédents familiaux de cancer du sein. Guide pratique à l'intention des médecins. *Can Fam Physician* 2016;62:799-803 (ang), e572-77 (fr).
32. Sisler J, Chaput G, Sussman J, Ozokwelu E. Suivi après le traitement du cancer du sein. Guide pratique des soins aux survivantes à l'intention des médecins de famille. *Can Fam Physician* 2016;62:805-11 (ang), e578-85 (fr).

— \* \* \* —