



SUIVRE LA VOIE

Autorisation de reproduire

Sauf mention contraire précise, l'information contenue dans cette publication peut être reproduite, en totalité ou en partie et par n'importe quel moyen, sans frais ni autre autorisation d'Action Cancer Ontario, à des fins non commerciales et à condition que l'on fasse preuve de diligence raisonnable pour assurer l'exactitude de l'information reproduite, que l'on indique qu'Action Cancer Ontario en est l'auteur et que l'on n'affirme pas que la reproduction constitue une version officielle de l'information reproduite, ni qu'elle a été faite en collaboration avec Action Cancer Ontario ou avec son approbation.

Pour obtenir l'autorisation de reproduire l'information contenue dans cette publication à des fins de distribution commerciale, veuillez envoyer un message électronique à : publicaffairs@cancercare.on.ca

ISBN	978-1-4606-3545-2	Imprimé
ISBN	978-1-4606-3546-9	PDF
ISSN	2292-5481	Imprimé
ISSN	2292-549X	En ligne

Données canadiennes de catalogage avant publication

Stratégie pour la lutte contre le cancer chez les peuples autochtones II

Inclut des références bibliographiques.



Publié par Action Cancer Ontario

Action Cancer Ontario

620, avenue University, Toronto (Ontario) M5G 2L7

Téléphone : 416.971.9800

www.cancercare.on.ca

Le cheminement de l'esprit

Toute vie est esprit.

L'esprit unit le corps et le mental, le soi et le monde extérieur. Il est le vent, la terre, le feu, l'eau – toutes ces choses qui sont animées par l'énergie et le mouvement.

Quand nous laissons une puissance supérieure guider notre cheminement, nous connaissons le succès. Quand nous empruntons le long trajet qui mène à la santé, nous sommes guidés par nos amis, notre famille et même les étrangers.

« Nous sommes à un point tournant où le peuple autochtone est reconnu pour le travail qu'il a toujours accompli en vue d'assurer la bonne santé de ses collectivités. L'établissement de relations en vue du bien-être collectif est une pratique qui a mené au succès. L'équipe du Centre de santé Shkagamik-Kwe (AHAC) est honorée d'avoir établi les relations qui se sont formées en raison des efforts déployés dans le cadre de la SLCA II. Nous continuerons d'élargir ces relations pour mieux répondre aux besoins en matière de santé de la collectivité que nous desservons. Grâce à la qualité du travail de la SLCA II, nous disposons d'un véhicule assurant des communications efficaces pour la promotion, la prévention et le traitement des personnes et des familles dans leur cheminement vers une vie en bonne santé. »

Angela Recollet, Directrice générale, Centre de santé Shkagamik-Kwe, Sudbury



La voie autochtone du bien-être

Action Cancer Ontario honore la Voie autochtone du bien-être dans la poursuite de son objectif visant l'amélioration de la prévention et du traitement du cancer dans les collectivités autochtones.

Notre objectif est de rehausser le rendement du réseau de cancérologie, avec et pour les peuples des Premières Nations, des Inuits et des Métis de l'Ontario en appliquant les principes suivants :

Orientation communautaire

Jouer un rôle au niveau de la collectivité et être responsable à son égard

Approche holistique

Adopter une approche autochtone traditionnelle à l'égard de la santé, en respectant les besoins physiques, psychologiques, affectifs, spirituels et culturels des personnes, des familles et des collectivités

Sécurité culturelle

Travailler en harmonie avec nos collectivités de diverses cultures en adoptant la vision du monde autochtone et en tenant compte des connaissances et des acquis communautaires

Inclusion

Respecter avant tout les personnes et rechercher la voix des peuples autochtones pour mieux l'écouter

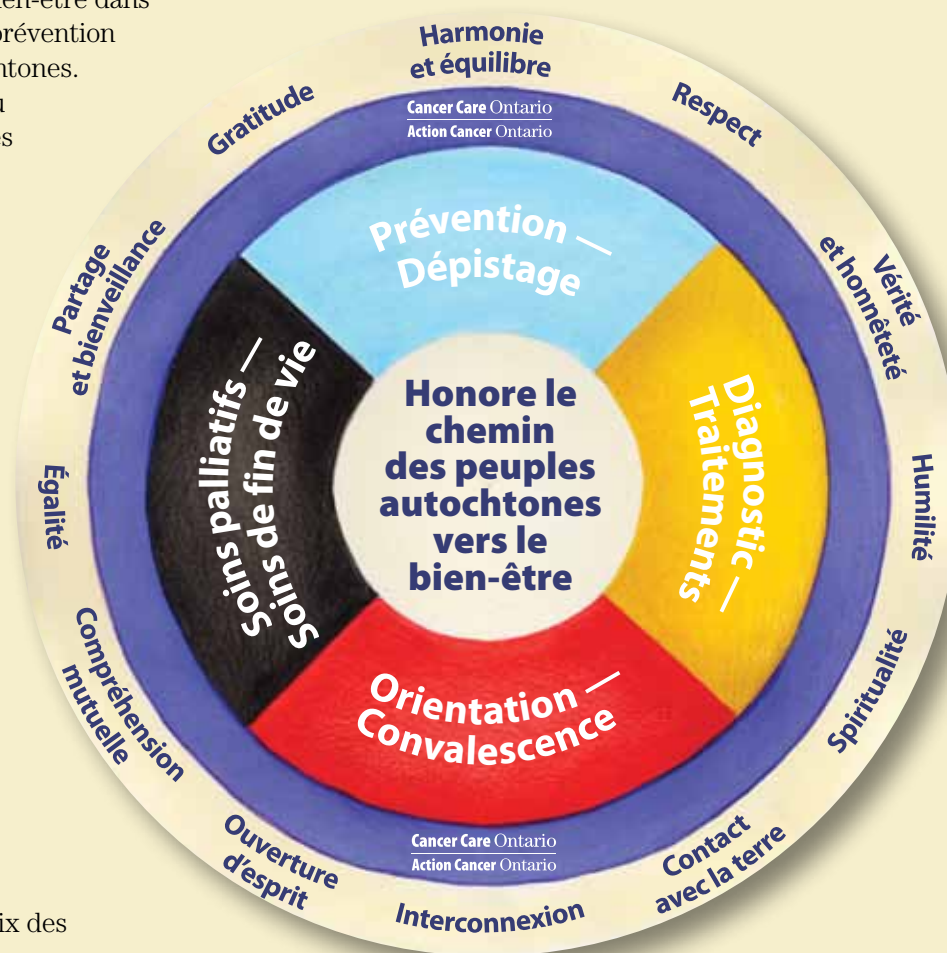


Table des matières

LA VOIE

Suivre la voie	5
Mettre en oeuvre la Stratégie	6
Aperçu des progrès réalisés	7
Engagement de Action Cancer Ontario	8

LE RAPPORT

Progrès réalisés en fonction des priorités stratégiques	13
Priorité 1 : Établissement de relations productives	13
Priorité 2 : Recherche et surveillance	14
Priorité 3 : Prévention	15
Priorité 4 : Dépistage	16
Priorité 5 : Soins palliatifs et de soutien	17
Priorité 6 : Formation	18
Rapports d'activités	19
Programmes régionaux de cancérologie	19
Protocoles régissant les relations	22
Partenariats	24

LA TÂCHE À ACCOMPLIR

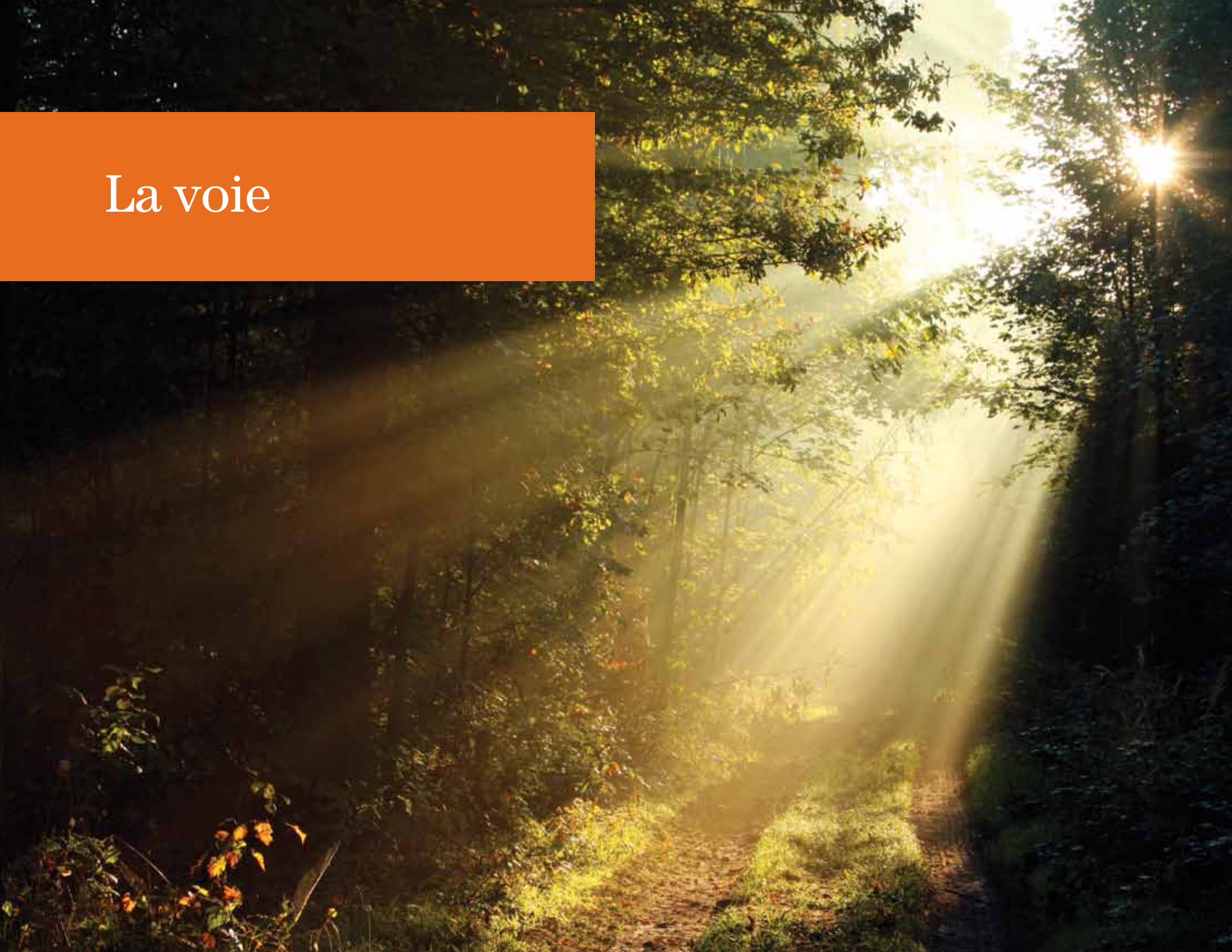
Les peuples autochtones et le cancer	29
Bibliographie	39

LES GENS

Cartographie de notre réseau de soutien	42
Remerciements	46



La voie



Suivre la voie

Dans la culture autochtone, Nibwaakaawin—ou la Sagesse—est l'un des sept Enseignements ancestraux qui nous dit que la sagesse nous vient du Créateur et doit être utilisée pour le bien de tous les peuples.

L'an dernier, Action Cancer Ontario (ACO) et les peuples des Premières Nations, des Inuits et des Métis ont entrepris ensemble un cheminement vers la sagesse et le partage des connaissances. Ensemble, nous avons appris que pour suivre la bonne voie, nous devons opter pour la sagesse, l'amour, le respect, la bravoure, l'honnêteté, l'humilité et la vérité.

Notre stratégie collective à cette fin est précisée dans la Stratégie pour la lutte contre le cancer chez les peuples autochtones II (SLCA II) et ses six priorités stratégiques. Le besoin est réel. En Ontario, au sein des Premières Nations, des Inuits et des Métis, les taux de cancer s'accroissent de façon disproportionnée par rapport à ceux de l'ensemble du Canada. Les facteurs de risque modifiables et les taux de mortalité découlant des formes de cancer susceptibles d'être prévenues sont plus élevés, et les patients présentent généralement des cancers à des stades plus tardifs au moment du diagnostic.

Chez ACO, nous avons pris conscience de cette situation et des besoins des collectivités autochtones, et nous sommes bien déterminés à atteindre les objectifs de la SLC II.

En écoutant nos partenaires autochtones et en parlant aux aînés et aux survivants d'un cancer, nous avons pu mieux comprendre la réalité qui se cache derrière ces nombres.

Nous apprenons comment répondre aux préoccupations des autochtones et nous approfondissons les notions de

guérison et de bien-être au profit de toutes les collectivités de l'Ontario. Notre expérience nous a appris qu'en faisant participer les gens à leurs propres soins de santé, en écoutant avant d'agir et en traitant la personne dans son intégralité, et non pas seulement son corps, nous empruntons la voie véritable du bien-être.

Nous mettons toutes ces leçons en pratique pour honorer notre engagement à l'égard de la SLCA II. Prévenir le cancer avant son apparition, effectuer un dépistage précoce et améliorer l'accès à des soins de la plus haute qualité sont les priorités essentielles de ACO pour l'ensemble des citoyens, quelle que soit leur origine ou la région dans laquelle ils habitent en Ontario.

Nous sommes conscients que nous réussirons à inverser les tendances au plan du cancer chez les peuples autochtones en respectant notre engagement de collaborer étroitement avec les Peuples autochtones pour suivre la voie du bien-être et respecter les sept enseignements.

Michael Sherar

Michael Sherar
Président et Chef de la direction

Michael Sherar signe le protocole de relations du Grand Conseil du Traité No 3 avec Ken Skead (Président du conseil, GCT No3), le Grand Chef Warren White (derrière) avec le Dr Mark Henderson (VPR, PRC NO) et la Dre Linda Rabeneck (VP, Prévention et lutte contre le cancer, ACO)



Mettre en oeuvre la Stratégie

Voici le premier « rapport intérimaire » de Action Cancer Ontario sur la Stratégie pour la lutte contre le cancer chez les peuples autochtones II.

Ensemble, ACO et les représentants des peuples des Premières Nations, des Inuits et des Métis de l'Ontario ont établi la SLCA II. Nous la mettons actuellement en œuvre. Au cours de l'année écoulée, ACO a signé des ententes relatives à un protocole de relations avec le Grand Conseil du Traité No 3 et la Nation Anishinabek. Ces protocoles constituent la première d'une série d'ententes qui établira la nouvelle direction que prendront les relations et la collaboration entre ACO et les collectivités des Premières Nations, des Inuits et des Métis (PNIM)

Les progrès que nous réalisons sur cette voie autochtone du bien-être sont fondés sur les valeurs établies dans la stratégie : orientation communautaire, approche holistique, sécurité et inclusion culturelle, et par-dessus tout la résilience et la puissance de l'esprit des peuples des PNIM.

L'expérience nous indique que nous ne connaissons le succès que si les Premières Nations adoptent réellement cette stratégie. Action Cancer Ontario entend respecter ses engagements, mais nous ne pouvons réussir seuls. Pour soutenir les progrès et maintenir notre détermination, nous devons rechercher l'orientation que nous offrent les réseaux de santé, les ressources et l'expertise autochtones.

Et c'est ce que nous faisons.

Les nouvelles fonctions des accompagnateurs des patients autochtones en constituent une première étape d'importance. Les accompagnateurs donnent un visage humain au réseau

de soins de cancérologie, dispensent des messages de prévention, aident les patients à avoir accès aux services de cancérologie, ainsi qu'à mieux les comprendre, et font en sorte que les soins répondent aux besoins culturels et spirituels des patients et des familles des PNIM.

Même s'ils font partie des Programmes régionaux de cancérologie, les accompagnateurs effectueront également des interventions communautaires pour joindre les gens là où ils habitent et travaillent. Ces accompagnateurs ont l'appui des Directeurs régionaux de la lutte contre le cancer autochtone, qui participeront et collaboreront aux diverses formules des soins primaires, en faisant connaître les besoins des peuples des PNIM de leurs régions au plan des soins primaires, et en y répondant.

En faisant preuve de responsabilité, nous apprenons également à mieux faire les choses. Il y a d'autres choses en réserve, et bien des choses à venir, qui se concrétiseront avec votre aide. J'aimerais remercier chacune des personnes qui m'ont guidée dans ma voie : les aînés, les survivants, les dirigeants des PNIM, les travailleurs du domaine de la santé, les gens côtoyés chaque jour et mes collègues de ACO et des Programmes régionaux de cancérologie pour nous avoir menés aussi loin.

Miigwech!



Alethea Kewayosh

Directeur, Lutte contre le cancer chez les peuples autochtones



Aperçu des progrès réalisés

Les trois peuples des PNIM, les membres des Programmes régionaux de cancérologie de ACO et leurs partenaires non autochtones se sont réunis en 2012 pour évaluer les conséquences du cancer chez les PNIM. Ces partenaires s'acquittent aujourd'hui de leurs rôles et de leurs responsabilités afin de résoudre les problèmes d'envergure que provoque le cancer chez les PNIM.

- ACO a signé le protocole de relations du Grand Conseil du Traité No 3 avec la Nation Anishinabek (Union of Ontario Indians).
- La Nation Nishnawbe Aski Nation (NNA) a adopté une résolution confirmant l'appui des Chefs de la NNA à la signature d'un protocole de relations.
- Il y a des accompagnateurs pour les patients autochtones dans sept des dix régions prioritaires et des Directeurs de la lutte contre le cancer autochtone dans cinq des dix régions prioritaires.
- Six des Programmes régionaux de cancérologie, en collaboration avec l'Unité de lutte contre le cancer chez les peuples autochtones de ACO et leurs partenaires des PNIM, ont rédigé la version initiale des Plans pour la lutte contre le cancer autochtone.
- Des tables de base sur la santé des PNIM ont été constituées et cartographiées dans neuf régions.



Verna Stevens
Accompagnatrice des patients
autochtones Région de
Champlain



Comme bien des membres des peuples PNIM, Verna Stevens a perdu des membres de sa famille en raison d'un cancer. À titre d'accompagnatrice des patients autochtones, elle boucle la boucle en assurant la promotion du dépistage, du diagnostic précoce et d'un meilleur suivi. Elle-même Algonquienne de la Première Nation Kitigan Zibi, Verna compte plus de 12 années d'expérience auprès des Premières Nations et fait la promotion des droits inhérents de ces peuples et de ceux qui leur sont reconnus par traité.

La région de Champlain, dans l'Est de l'Ontario, est habitée par 32 000 des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Elle présente également la particularité de comprendre un plus grand nombre d'Inuits que toute autre partie de l'Ontario. En travaillant avec Tapirisat Kanatami, d'origine inuite, Verna a appris à mieux connaître les valeurs et les problèmes des Innus. « Nous devons rencontrer le directeur des services de santé des Inuits Tungasuvvingat, déclare-t-elle, et j'espère établir de très bons liens de collaboration dans le cadre de ce programme et avec les Inuits qui habitent dans la région d'Ottawa. » De la même façon, Verna cherchera à intégrer le programme des accompagnateurs des patients autochtones aux réseaux de soins de santé déjà bien en place comme ceux que l'on retrouve à Akwesasne et Pikwàkanagàn.

Bien des peuples des PNIM de la région de Champlain habitent dans des régions rurales et éloignées, et les transports constituent un problème crucial. L'accès à un transport médical est difficile lorsqu'il ne constitue pas un service de santé assuré. Même si le transport à l'extérieur de la collectivité pour un examen de dépistage est désormais couvert, de nombreux obstacles persistent.

« Il y a toujours quelqu'un qui reste à la maison, un enfant, un parent ou un grand-parent, et qui a besoin de soins, ajoute Verna. Il est difficile et encore coûteux de s'absenter. Lorsqu'il faut choisir entre 20 \$ pour l'achat d'aliments ou 20 \$ pour de l'essence afin de se rendre en voiture à un traitement ou à un rendez-vous médical, la majorité des gens choisissent l'épicerie. Si le patient ou le client n'a pas son propre véhicule, il faut trouver quelqu'un ayant une voiture et qui accepte de vous transporter. Ce n'est pas toujours possible. »

« J'aime bien l'idée d'une caravane mobile de dépistage, ajoute Verna. Pouvoir se rendre là où les gens habitent afin de leur offrir un service essentiel pourrait faire toute la différence. »

Engagement de Action Cancer Ontario

Action Cancer Ontario a la responsabilité des services de cancérologie dispensés aux peuples des Premières Nations, des Inuits et des Métis (PNIM). Nous voulons réduire le nombre de personnes qui reçoivent un diagnostic de cancer et faire en sorte que les patients reçoivent de meilleurs soins à chacune des étapes de leur traitement.

ACO planifie et coordonne les services de cancérologie dans toute la province. Notre objectif est de prévenir le cancer en favorisant de bonnes habitudes de vie et en décelant la maladie de façon précoce grâce à des services de dépistage. Nous pouvons compter sur l'appui des conseils et des organismes des PNIM, des organismes et des groupes qui travaillent à la prévention et au traitement de la maladie ainsi que d'un grand nombre de spécialistes de la santé.



Représentants du CCACO-PA et chefs de groupes des PNIM

Ce processus s'appuie sur les éléments suivants :

Notre vision : Améliorer le rendement du réseau de cancérologie avec et pour les peuples des PNIM de l'Ontario d'une façon qui respecte la Voie autochtone du bien-être.

La Stratégie pour la lutte contre le cancer chez les peuples autochtones II (SLCA II) de ACO, qui établit clairement la marche à suivre pour réduire les risques et assurer la prévention du cancer de 2012 à 2015. Elle tient compte des diffi-cultés auxquelles sont confrontés les citoyens autochtones de l'Ontario et offre la capacité et les instruments nécessaires pour susciter le changement.

Le Plan pour la lutte contre le cancer en Ontario III (PLCO III) de ACO, qui trace le chemin que doit emprunter le réseau de cancérologie de l'Ontario. Le PLCO III met l'accent sur la lutte contre le cancer selon la perspective du patient, et est régi par la nécessité d'assurer la qualité dans l'ensemble du réseau.

Le Comité conjoint Action Cancer Ontario-Peuples autochtones (CCACO-PA), qui oriente et conseille ACO sur les stratégies permettant de joindre les peuples des PNIM et de réduire l'incidence du cancer chez les populations autochtones de l'Ontario, tout en incluant des représentants des organismes autochtones et des Aînés.

Les 13 Programmes régionaux de cancérologie de la province, qui dispensent des services de prévention et de traite-ment du cancer, font en sorte que les normes sont respectées et constituent un important forum de dialogue pour la discussion des préoccupations et des problèmes locaux. Leurs réseaux sont constitués notamment des centres régionaux de cancérologie et des intervenants régionaux, notamment les groupes de patients, les organismes et les spécialistes des soins de santé qui collaborent à la prévention, au dépistage, au diagnostic et au traitement du cancer.

Des progrès grâce à des partenariats

Pour atteindre les objectifs que nous nous sommes fixés en matière de prévention et de traitement du cancer chez les peuples autochtones, ACO a établi des partenariats avec des organismes et des collectivités autochtones. L'Unité de lutte contre le cancer autochtone de ACO travaille directement avec les groupes provinciaux des PNIM pour faire en sorte que ses programmes et stratégies soient pertinents et efficaces au sein des collectivités.

Pour nous, il est essentiel de maintenir ces relations au plan provincial et au sein des régions. Ce n'est qu'en suivant cette voie que nous pourrions concrétiser les objectifs essentiels de la SLCA II et atteindre les buts que nous nous sommes fixés.

- Les collectivités autochtones ont les capacités nécessaires pour réduire les risques pour la santé que présentent divers facteurs comme l'obésité, la consommation abusive d'alcool, la consommation non traditionnelle de tabac, l'inactivité physique et une mauvaise alimentation.
- Toutes les personnes appartenant aux PNIM de l'Ontario qui devraient passer des examens de dépistage les passent effectivement.
- Tous les cas de cancer décelés sont traités de façon rapide et efficace.
- Les soins de cancérologie visent la personne entière et sont fondés sur la Voie autochtone du bien-être.



SUIVRE LA VOIE

Pourquoi une Stratégie pour la lutte contre le cancer autochtone est-elle nécessaire

Les disparités sociales et économiques entraînent des inégalités au plan de la santé. Les citoyens autochtones de l'Ontario présentent des taux plus élevés de maladie, d'hospitalisation et d'exposition à des risques nuisibles comme une mauvaise alimentation, la consommation excessive d'alcool et de drogue et l'usage non traditionnel du tabac. Certaines personnes ont de la difficulté à accéder aux soins de santé et connaissent mal le réseau de soins. Jusqu'à tout récemment, les peuples autochtones de l'Ontario affichaient des taux de cancer inférieurs à ceux des autres citoyens. Aujourd'hui, les taux de cancer sont en progression.

La Stratégie pour la lutte contre le cancer autochtone II est le plan qui nous permettra d'inverser cette tendance.

Pour en savoir davantage à propos de l'incidence et de la prévalence du cancer chez les citoyens autochtones de l'Ontario et sur la détermination de ACO à susciter le changement décrite dans la SLCA II, veuillez consulter le site : <https://www.cancercare.on.ca/cms/one.aspx?pagId=9315>

L'engagement est une priorité

Comme les peuples des PNIM sont reconnus dans la constitution comme des peuples distincts qui jouissent de droits autochtones et de droits reconnus par traité, ACO a fait appel directement à des membres des nations des PNIM pour élaborer sa SLCA II. Nos protocoles de relations avec les groupes des PNIM établissent une responsabilité officielle pour la SLCA II. Ces protocoles sont le reflet d'une relation fondée sur la confiance et le respect des dirigeants des PNIM, de leurs structures de prise de décision et de leurs processus politiques. Notre objectif est d'améliorer le bien-être des enfants, des familles et des collectivités des PNIM, tout en assurant la protection et la promotion de la culture, de l'identité et du patrimoine distincts des peuples des PNIM.

L'ULCCA rencontre les représentants des Inuits Tapiriit Kanatami et Tungasuvvingat à Ottawa, en septembre 2013. Représentant inuit Tapiriit Kanatami : Looee Okalik; représentants inuits Tungasuvvingat : Connie Siedule et le Dr Indu Gambhir

La voie

Comment pourrions-nous atteindre ces objectifs? Nous chercherons à élargir les capacités centrales et locales pour la prévention et le traitement du cancer grâce aux mesures suivantes :

- Les intervenants se réunissent, s'écoutent et se comprennent
- Nous explorons de façon inclusive toutes les possibilités d'améliorer la qualité de notre travail.
- Les activités sont élaborées et mises en oeuvre conjointement

L'écoute auprès de nos partenaires a permis l'élaboration des six stratégies prioritaires de la SLCA II. Les réalisations découlant de ces stratégies sont les initiatives et politiques sur la lutte contre le cancer qui concrétisent notre vision.

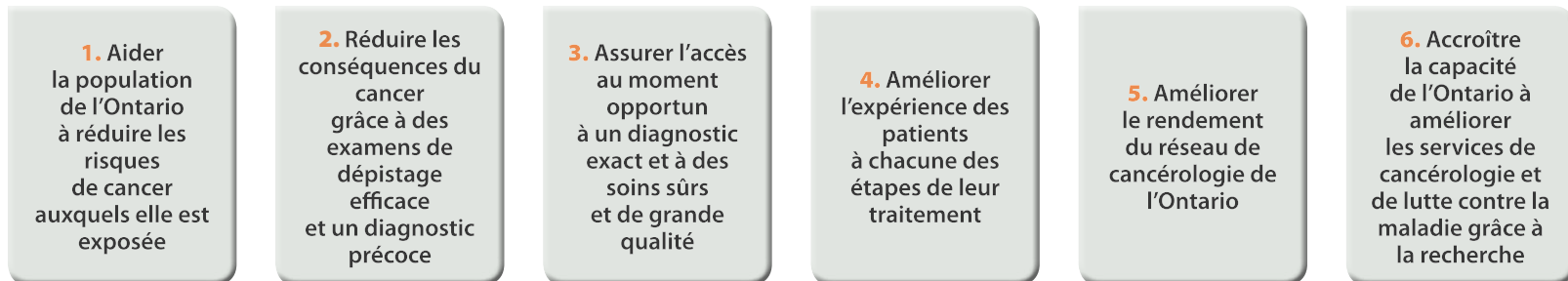
Plan pour la lutte contre le cancer en Ontario III

La SLCA II fait partie de la priorité stratégique du Plan pour la lutte contre le cancer en Ontario III qui vise la réduction des risques. ACO entend fournir aux membres des peuples autochtones les connaissances dont ils ont besoin pour prendre des décisions éclairées à propos de leurs soins. Grâce au PLCO III, ACO pourra :

- élargir son approche axée sur le patient pour la lutte contre le cancer
- continuer d'améliorer la qualité du réseau
- donner aux personnes les connaissances nécessaires pour qu'elles puissent prendre des décisions éclairées à propos de leurs soins

Pour consulter le plan, veuillez vous rendre à l'adresse <http://ocp.cancercare.on.ca/>

Objectifs du Plan pour la lutte contre le cancer en Ontario III



Priorités stratégiques de la SLCA II



Les priorités de la Stratégie pour la lutte contre le cancer chez les peuples autochtones II correspondent à l'ensemble du Plan pour la lutte contre le cancer en Ontario III (PLCO III). Chaque priorité ne coïncide pas directement avec l'un des six objectifs du PLCO III.

Notre plan d'action 2013-2014

ACO et ses partenaires ont réalisé des progrès importants en 2012-2013, et nous mettons tout en œuvre pour atteindre nos objectifs stratégiques. En juin 2014, ils seront les suivants :

- Protocoles de relations des PNIM rédigés et signés avec l'ensemble des organismes au niveau provincial et les Inuits d'Ottawa
- Embauche de trois nouveaux accompagnateurs des patients autochtones et de cinq nouveaux directeurs de la lutte contre le cancer autochtone (10 des 13 Programmes régionaux de cancérologie en auront chacun un).
- Réalisation d'une analyse sur le terrain des données nouvelles et existantes se rapportant aux PNIM, et évaluation de l'utilité des données pour l'amélioration du dépistage et de la surveillance
- Collaboration avec le Centre de toxicomanie et de santé mentale afin d'élaborer un programme pilote TEACH (Training Enhancement in Applied Cessation Counselling and Health) approprié à la culture des PNIM qui permettra de former les travailleurs de la santé qui desservent les PNIM afin qu'ils réalisent des interventions efficaces et fondées sur la recherche touchant l'interruption du tabagisme
- Recrutement d'un troisième directeur de la stratégie antitabac afin d'élargir les capacités de notre programme
- Utilisation des cercles de partage dans les collectivités des PNIM comme groupes de discussion afin de mieux connaître les attitudes entourant les quatre principaux facteurs de risque susceptibles d'être modifiés, les perceptions touchant les obstacles et les difficultés, et l'ouverture à l'égard de la modification des habitudes de vie
- Élaboration d'un programme de formation de base en santé destiné aux patients atteints d'un cancer et aux familles
- Élaboration et mise à l'essai de modules d'apprentissage électroniques sur la sécurité culturelle et la formation sensible pour les fournisseurs de soins de santé et le personnel qui dispense des services aux patients atteints d'un cancer et aux familles appartenant aux PNIM



Sherri Baker, NCFW, BSW, RSW
Accompagnatrice des patients
autochtones Région Nord-Est



Ayant passé huit années à aider les familles dans le secteur de la santé mentale, Sherri Baker a acquis des bases professionnelles solides à titre d'accompagnatrice des patients autochtones. « Il y a une grande composante dans mon travail qui relève de la santé mentale étant donné que nous rencontrons souvent des gens qui souffrent de dépression ou d'anxiété. »

Les aspects médicaux de son travail présentaient plus de difficultés. Sherri s'est formée elle-même en observant le travail des oncologistes, des radiologistes et d'autres spécialistes du Centre de cancérologie. Ce processus n'est pas à sens unique. Sherri s'assure que tous les intervenants du réseau comprennent en quoi consiste son mandat d'accompagnatrice en participant aux rondes en radiologie, aux rondes conjointes en soins infirmiers et à tous les programmes pour les oncologistes.

« Ma région est vaste et comprend un grand nombre de collectivités et un territoire ayant chacun leurs particularités. Prenez par exemple ma maison de Bear Island, elle n'est accessible que par voie d'eau. Lorsqu'on ne peut voyager sur les glaces, les gens de Bear Island ne peuvent se rendre à leurs traitements ».

« Il y a bien des problèmes à résoudre dans ma région, depuis l'absence d'interprètes rémunérés jusqu'aux traumatismes psychologiques provoqués par les mauvais traitements dans les internats et la consommation de drogues, d'alcool et de tabac. » Le transport et les ressources destinées aux soins des familles qui restent sur place constituent des problèmes de taille dans le Nord. Sortir de la collectivité représente une expédition familiale qui peut empêcher les gens d'arriver à temps à leurs rendez-vous.

Comme nous l'avons entendu dans d'autres collectivités, la confiance est souvent absente. « Bien des gens ne font pas confiance au réseau de soins de santé, ils pensent que vous n'êtes qu'un numéro. » Cette situation est aggravée par le stigmate associé au cancer. Bien des gens sont mal à l'aise en présence de personnes atteintes d'un cancer, ce qui peut entraîner un sentiment d'aliénation chez le patient.

Pour sa part, Sherri continue ses activités de représentation et de réseautage. Elle collabore étroitement avec le coordonnateur du programme destiné aux personnes qui ne passent pas suffisamment d'examen de dépistage et enseigne aux membres de la collectivité la valeur du diagnostic précoce, une collectivité à la fois.

Le rapport



Progrès réalisés en fonction des priorités stratégiques

Priorité 1 : Établissement de relations productives

Officialiser et intégrer les structures de communications et de participation des PNIM nécessaires pour connaître le succès

Objectifs—d'ici 2015

Officialiser les protocoles de relations entre ACO et chacun des groupes des PNIM

Mettre en place 10 réseaux autochtones de lutte contre le cancer

Assurer la collaboration du gouvernement fédéral avec les PNIM et l'Ontario afin de résoudre les problèmes que présente la lutte contre le cancer chez les PNIM

Mesures

Assurer la participation directe et le leadership des comités consultatifs sur la santé de la province et des PNIM

Assurer le recrutement et la formation de directeurs autochtones (0,2 par semaine pour un membre du personnel à temps plein d'un Programme régional de cancérologie) dans 10 Programmes régionaux de cancérologie; accorder le financement nécessaire aux Programmes régionaux de cancérologie

- Résolution de la Nation Nishnawbe Aski (NNA) confirmant l'autorisation du Chef de la NNA pour la signature d'un protocole de relations
- Signature au cours des prochains mois d'un protocole de relations avec l'Association of Iroquois and Allied Indians (AIAI)
- Début des discussions avec des groupes de Métis et d'Inuits afin d'élaborer des protocoles

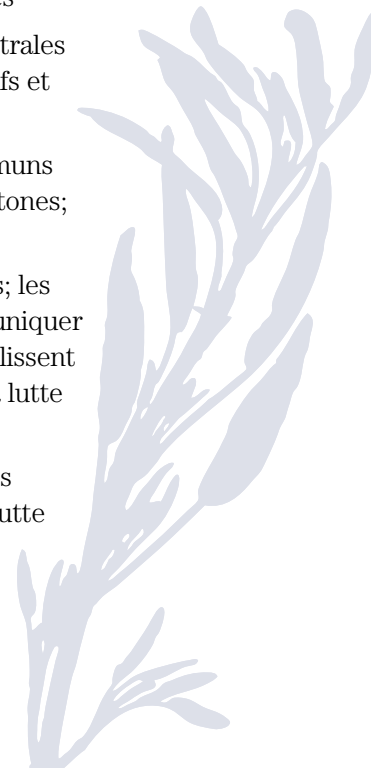
Réseautage et planification

- Financement de postes d'accompagnateurs des patients autochtones et de directeurs régionaux de la lutte contre le cancer autochtone dans les 10 régions prioritaires
- Poursuite de la participation directe aux tables centrales sur la santé des PNIM (conseils, groupes consultatifs et comités) et le leadership
- Six des dix PRC ont rédigé des plans d'action communs PRC/SLCA II sur le cancer chez les peuples autochtones; quatre autres sont en rédaction
- Réseaux des PNIM cartographiés dans neuf régions; les PRC reçoivent l'orientation nécessaire pour communiquer directement avec les collectivités des PNIM et établissent les capacités régionales nécessaires pour assurer la lutte contre le cancer chez les PNIM
- Recrutement de sept accompagnateurs des patients autochtones et de cinq directeurs régionaux de la lutte contre le cancer autochtone

Suivre la voie—2013

Protocoles de relations

- Protocoles rédigés pour quatre organismes de direction des PNIM
- Signature de protocoles de relations avec le Grand Conseil du Traité No 3 et la Nation Anishinabek (Union of Ontario Indians)



Priorité 2 : Recherche et surveillance

Élaborer et compléter les bases de données susceptibles de fournir l'information exacte nécessaire pour la planification, la surveillance et la recherche

Objectifs—d'ici 2015

Élaborer une base de données comportant les statistiques relatives à la surveillance, au dépistage et au traitement chez les PNIM

Mettre en œuvre le processus et la capacité nécessaires pour quantifier et analyser la charge du cancer et les données de dépistage chez les PNIM

Évaluer les progrès accomplis et appliquer l'information recueillie pour sous-tendre et améliorer les initiatives ultérieures à 2015

Mesures

Communiquer avec les groupes des PNIM pour connaître leurs besoins en matière de données et de surveillance

Conclure des ententes touchant l'emplacement des installations et le partage des données avec les groupes ou les collectivités des PNIM afin d'assurer l'accès local à l'information

Évaluer les incidences des initiatives de la SLCA II, notamment les programmes de prévention (tabagisme) et le programme des accompagnateurs

- Conclure un accord de gestion avec ACO afin d'élaborer et de mettre en commun les profils communautaires de cancérologie avec les Premières Nations de l'Ontario (rapport global décrivant la charge du cancer)
- Conclure une entente de partenariat avec la Kenora Chiefs Advisory pour réaliser un projet pilote sur les possibilités de recoupement avec le registre communautaire de la clientèle (Kenora Chiefs Advisory Client Registry) pour mieux informer la collectivité et ACO sur les activités des programmes de dépistage du cancer du sein, colorectal et du col de l'utérus et l'élaboration possible de profils du cancer
- Réalisation d'estimations de prévalence à jour pour un certain nombre de facteurs de risque du cancer pour les Métis de l'Ontario et les membres des Premières Nations hors réserve de l'Ontario (voir la section du présent rapport portant sur le cancer et les Peuples autochtones)
- Réalisation d'estimations à jour sur la participation au dépistage (cancer colorectal, du sein et du col de l'utérus) pour les Métis de l'Ontario et les membres des Premières Nations hors réserve de l'Ontario (voir la section du présent rapport portant sur le cancer et les peuples autochtones)

Suivre la voie—2013

Élaboration d'une base de données sur les PNIM

- Travailler de concert avec les Chefs de l'Ontario (CDO) et l'Institut de recherche en services de santé (IRSS) afin de mettre à jour l'information sur la charge du cancer chez les Premières Nations de l'Ontario par le biais d'une analyse des fichiers de données créés par le recoupement du Système d'inscription des Indiens (SII) et du Registre des cas de cancer de l'Ontario (RCCO)



Priorité 3 : Prévention

Élaborer et mettre en oeuvre un programme provincial pour l'abandon du tabagisme en collaboration avec les groupes des PNIM

Objectifs d'ici 2015

Négocier un ordre du jour provincial pour la lutte contre le tabagisme qui reçoit l'appui des groupes des PNIM

Mettre en oeuvre la méthodologie nécessaire pour quantifier et suivre les taux d'abandon du tabagisme dans les PNIM

Élaborer un plan, en collaboration avec les collectivités, pour constituer des « collectivités sans fumée », conformément à la Résolution 06/39 des Chefs de l'Ontario

Mesures

Nommer des directeurs du Programme de lutte contre le tabagisme (région Nord et région Sud) qui collaboreront avec les groupes des PNIM afin de favoriser les activités de prévention, d'interruption et de protection pour le tabagisme

Élaborer une base de données visant à contrôler et quantifier les activités d'abandon du tabagisme dans les PNIM

Coordonner et harmoniser les initiatives et stratégies existantes (provinciales et régionales) touchant la lutte contre le tabagisme dans les PNIM

- Par le biais de la Table en partenariat sur le tabagisme autochtone (TPTA), entreprendre l'élaboration de ressources adaptées aux collectivités des Premières Nations sur la prévention, l'abandon et la protection pour les produits commerciaux du tabac
- Constitution d'un partenariat interorganisationnel, par le biais de la TPTA afin d'harmoniser les efforts au sein des collectivités et d'améliorer les programmes et le dépistage dans les collectivités.

Quantification des taux d'abandon du tabagisme

- Élaboration d'un modèle permettant d'évaluer et de suivre les taux de tabagisme commercial dans les collectivités des Premières Nations

Collectivités sans fumée

- Visite dans plus de 100 collectivités et organismes, depuis janvier 2012, afin de collaborer avec leurs membres en matière de prévention, d'interruption et de protection pour le tabagisme commercial
- Nomination de deux directeurs de la stratégie antitabac et recrutement d'un troisième

Prévention des maladies chroniques

- Élaboration d'un plan directeur sur les maladies chroniques permettant de préparer des recommandations visant à réduire les facteurs de risque dans les populations des PNIM

Suivre la voie—2013

Ordre du jour pour la lutte contre le tabagisme dans l'ensemble de la province

- Élaboration d'une table en partenariat sur le tabagisme autochtone regroupant les organismes provinciaux du secteur de la santé qui visent à répondre aux besoins et aux préoccupations touchant le tabagisme autochtone



Priorité 4 : Dépistage

Élaboration et mise en œuvre d'une stratégie et d'une campagne éclair de dépistage intégré du cancer pour tous les PNIM de la province

Objectifs—d'ici 2015

Élaborer des identificateurs et une base de données relatives à InScreen pour les PNIM

Mettre en œuvre un programme intégré de dépistage du cancer pour l'ensemble des PNIM de la province

Établir des cibles pour la participation aux examens de dépistage par les membres des PNIM qui sont visés par les Programmes régionaux de cancérologie. Par exemple :

Programme régional de cancérologie Erie St. Clair : augmentation de 5 % du dépistage du cancer du sein, colorectal et du col de l'utérus

Programme régional de cancérologie du Nord-Est : augmentation de 5 % du dépistage colorectal; augmentation de 5 % dans les régions où les taux de dépistage du cancer du sein sont supérieurs à 50 %; augmentation de 10 % dans les régions où les taux de dépistage du cancer du sein sont inférieurs à 50 %

Programme régional de cancérologie du Nord-Ouest : augmentation de 10 % du dépistage du cancer du sein ; administration de 1 000 tests Pap par année (cancer du col de l'utérus) et distribution de 1 500 trousseaux par année pour le dépistage du cancer colorectal

Mesures

Élaborer en commun des solutions avec les groupes des PNIM pour le branchement et l'utilisation de InScreen afin d'accroître le nombre de personnes qui passent des examens de dépistage et améliorer le suivi des examens périodiques

Appliquer les résultats et les conclusions des initiatives de dépistage auprès des JPJ dans les quatre Programmes régionaux de cancérologie afin de mettre sur pied des programmes appropriés de dépistage intégré du cancer dans l'ensemble des 14 Programmes régionaux de cancérologie après 2012-2013

Favoriser la sensibilisation et la participation au programme de sigmoïdoscopie par tube souple par des infirmières autorisées

Suivre la voie—2013

Participation des PNIM à InScreen

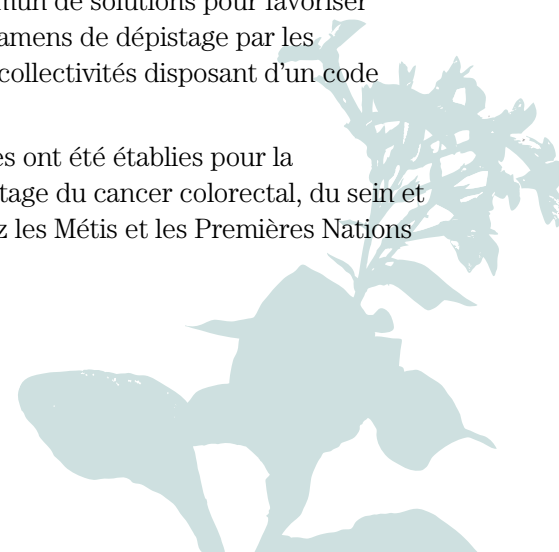
- Un travail de planification a été entrepris afin d'établir des identificateurs pour InScreen dans les PNIM. Ce travail permettra de documenter la façon d'élaborer des identificateurs métis et inuits

Programme intégré de dépistage du cancer chez les PNIM

- Nous avons maintenu notre soutien aux quatre projets pilotes originaux destinés aux personnes n'ayant jamais ou presque jamais passé d'examen de dépistage (JPJ)
- Un plan a été entrepris pour favoriser la réalisation de sigmoïdoscopies par tube souple par des infirmières autorisées (STSIA) dans les centres STSIA existants (Timmins et Montfort) et proposer l'élargissement de cette intervention aux hôpitaux qui desservent les collectivités des Premières Nations

Adoption de cibles pour la participation au dépistage

- Mise au point en commun de solutions pour favoriser le signalement des examens de dépistage par les fournisseurs dans les collectivités disposant d'un code postal spécifique
- Des cibles déterminées ont été établies pour la participation au dépistage du cancer colorectal, du sein et du col de l'utérus chez les Métis et les Premières Nations hors réserve



Priorité 5 : Soins palliatifs et de soutien

Aider les membres des PNIM atteints d'un cancer à cheminer dans le réseau de cancérologie afin d'améliorer leur expérience et leurs résultats au plan de la santé

Objectifs—d'ici 2015

Nommer des accompagnateurs des patients autochtones dans neuf Programmes régionaux de cancérologie

Adopter un système de mesures pour les programmes des PNIM afin de suivre les patients et les améliorations apportées au programme

Mettre les instruments et les voies de traitement des douleurs et des symptômes à la portée des PNIM

Mesures

Recruter et former neuf accompagnateurs des patients autochtones afin de mettre en place des relations de soutien et d'accroître les compétences théoriques et pratiques en matière de soins palliatifs

Déployer l'instrument Système d'évaluation des symptômes d'Edmonton (SESE) à l'aide de l'instrument de Collecte et d'évaluation interactive des symptômes (CEIS) dans les collectivités urbaines et rurales; offrir le système télé-CEIS, qui permet aux patients atteints d'un cancer d'inscrire par téléphone l'évaluation de leurs symptômes, aux collectivités du Nord et aux collectivités éloignées

Suivre les patients et les programmes des PNIM

- Réalisation d'une évaluation des besoins afin d'élaborer des instruments particuliers pour les PNIM destinés à soutenir le mentorat pour les soins palliatifs entre les fournisseurs de soins de santé (contribuer à élargir les capacités pour améliorer le traitement des symptômes dans le cadre des soins primaires)
- Élaboration d'un programme de formation de base en santé pour les patients atteints d'un cancer et les familles

Accessibilité du traitement des douleurs et des symptômes

- Lancement d'un projet pilote pour la gestion des douleurs et des symptômes (SESE) par le biais d'une technologie mobile à Manitoulin Island (qui doit par la suite être élargi aux principaux centres de santé de l'Ontario qui desservent des patients appartenant aux PNIM)

Suivre la voie—2013

Accompagnateurs des patients autochtones

- Il y a des accompagnateurs des patients autochtones dans sept des dix régions prioritaires, et le recrutement suit son cours dans les autres régions
- Ressources dédiées au service des patients des PNIM



Priorité 6 : Formation

Approfondir de façon significative les connaissances et la sensibilisation à propos du cancer chez les membres des PNIM en mettant l'accent sur la prévention et le dépistage

Objectifs—d'ici 2015

Favoriser la participation des collectivités des PNIM pour élargir la connaissance et la compréhension du cancer chez leurs membres, notamment touchant la prévention et le dépistage

Mesures

Passer en revue et compiler les ressources et outils de formation existants et nouveaux en constituant un inventaire exhaustif et à jour

Élaborer et mettre en œuvre des stratégies provinciales de diffusion pour faire en sorte que les instruments et ressources de formation atteignent les collectivités des PNIM

Suivre la voie—2013

Assurer la participation des collectivités des PNIM

- Élargir l'ampleur du programme La science voyage, qui met l'accent sur la sensibilisation et la formation des jeunes à des carrières en sciences et sur la prévention du cancer et des maladies chroniques dans les collectivités des PNIM
- Collaborer avec le Centre de toxicomanie et de santé mentale afin d'élaborer un programme de formation électronique TEACH sur l'abandon du tabagisme commercial destiné plus particulièrement aux PNIM

Élargir les connaissances

- Planifier l'élaboration de modules électroniques sur l'établissement de relations pour mieux former les spécialistes des soins de santé et les chercheurs sur les questions se rapportant à la sensibilité culturelle, à l'histoire et aux problèmes particuliers lorsqu'ils travaillent auprès de patients provenant des PNIM
- Planifier l'élaboration de ressources de formation sur la prévention du cancer, le dépistage et les soins palliatifs se rapportant aux PNIM



Le directeur de la stratégie antitabac avec un RSC de la Première Nation Rama, lors de la Semaine nationale de sensibilisation aux toxicomanies

Rapports d'activités

Programmes régionaux de cancérologie

Les Programmes régionaux de cancérologie (PRC) mettent en œuvre les normes et programmes provinciaux destinés aux soins du cancer et font en sorte que les fournisseurs de services respectent les ententes de partenariat conclues avec Action Cancer Ontario. Ils correspondent géographiquement aux 14 régions des Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLIS) de la province, et répondent aux problèmes locaux se rapportant au cancer, coordonnent la prestation des soins et font en sorte d'améliorer l'accès, les temps d'attente et la qualité. Ils ont été mis sur pied et sont subventionnés par Action Cancer Ontario, qui est responsable de l'intégration provinciale et de la liaison avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

LULCCA a adopté une approche « tripolaire » dans sa collaboration avec les PRC et les populations des PNIM de l'Ontario :

- 1. Rencontrer les PRC :** Une rencontre initiale est organisée pour discuter des cibles et des priorités stratégiques de la SLCA II, établir un premier contact et constituer ou élargir un groupe de travail avec le PRC. LULCCA, en étroite collaboration avec le groupe de travail du PRC, dresse ensuite un plan régional pour la lutte contre le cancer autochtone de façon à améliorer le fonctionnement du réseau de cancérologie pour les membres des PNIM. Le plan provisoire est présenté aux tables sur la santé des PNIM, qui les passent en revue, y apportent les modifications nécessaires et les autorisent afin de les parachever.



Mark Tomen, MD
Directeur régional de la lutte contre le cancer
Région Erie St. Clair



« J'ai habité dans la région de Chatham toute ma vie, et j'y ai pratiqué la médecine pendant plus de 25 ans, explique le Dr Mark Tomen, mais je n'avais jamais pris conscience des obstacles qui empêchent les peuples autochtones d'avoir accès au réseau de soins de santé. » Lorsque Audrey Logan, accompagnatrice locale pour les patients autochtones, le lui a demandé, Mark a accepté de travailler à éliminer ces obstacles. À titre de directeur régional de la lutte contre le cancer, il apprend à mieux connaître les problèmes locaux en collaborant avec les centres communautaires de santé, en consultant les groupes de discussion établis et en travaillant de concert avec les dirigeants responsables autochtones, ACO et les services locaux de cancérologie pour susciter le changement. « Il s'agit d'un plan étalé sur deux ou trois ans, ajoute-t-il, et qui est entièrement fondé sur l'écoute, en premier lieu, puis l'engagement. »

« Cette situation est survenue au bon moment pour moi, professionnellement j'étais prêt à relever de nouveaux défis. Apprendre à mieux connaître la diversité des gens, notamment les peuples des Premières Nations, des Inuits et des Métis, a été l'une des activités les plus agréables et les plus intéressantes dans mon travail. Il y a des groupes très variés, tous différents, qui doivent être abordés avec respect. Il s'agit avant tout d'établir un lien de confiance. J'ai toujours tenté de faire de mon mieux à cet égard avec mes patients, et il est temps que le réseau de soins de santé fasse de même. Le respect a bien des choses à voir avec la guérison. »

Le respect, c'est aussi ne pas blâmer les gens pour leur propre maladie. « Si une personne fume et a vraiment de la difficulté à s'arrêter, je ne la respecte pas moins pour autant. Cela n'a jamais rien donné de blâmer les gens pour leur maladie. Il faut bien l'avouer, les milieux médicaux ne sont souvent pas bien vus par leurs clients autochtones, et c'est l'une des difficultés que présente aujourd'hui le traitement du cancer. Pas étonnant qu'ils estiment recevoir des soins de moindre qualité. Mon travail consiste en partie à parler aux équipes de santé et à les sensibiliser aux problèmes que doivent affronter les autochtones. Par exemple, les médecins n'imaginent généralement pas à quel point il est difficile pour certaines personnes d'origine autochtone de se procurer une carte d'assurance-santé de l'Ontario. Dans ma pratique, nous avons réglé ce problème à l'aide d'une trousse d'information faciles à comprendre qui explique tout ce que l'on doit faire pour obtenir une carte. »

L'expérience de Mark Tomen avec le cancer lui a permis de comprendre directement la situation complexe des patients. « Lorsque mon père a été atteint d'un cancer, j'étais sa personne ressource. Je l'ai accompagné à tous ses rendez-vous et je l'ai aidé à cheminer dans le réseau. À un certain point, je me suis demandé comment faisaient les gens qui n'avaient pas été à l'école de médecine? L'autre chose qui m'a frappé, c'est l'importance que le réseau accorde aux aspects techniques alors que l'on oublie que nous traitons avant tout une personne. »

Le rôle que joue Mark en sa qualité de directeur régional de la lutte contre le cancer a également des incidences dans sa propre pratique. « Tout ce que j'ai appris à propos des cliniques de cancérologie, de ACO et de l'approche autochtone à l'égard du bien-être se traduit dans chacun des éléments de ma pratique. »

Le rapport

2. Constituer des réseaux au sein des PNIM : Dans chacune des 10 régions prioritaires, l'ULCAA met sur pied des tables sur la santé des PNIM (bureaux, comités et groupes consultatifs) chargées de fournir une orientation et des observations sur les plans régionaux de lutte contre le cancer autochtone avant leur adoption. De cette façon, les membres des PNIM ont leur mot à dire dans la prestation des services de cancérologie. En constituant ces réseaux de santé pour les PNIM, le PRC peut entrer directement en relation avec les membres des PNIM, de façon respectueuse et durable, et comprendre les difficultés et les besoins particuliers des PNIM dans chaque région.

3. Élargir les capacités du PRC : Pour résoudre de façon efficace les questions relatives à la lutte contre le cancer chez les PNIM, des ressources dédiées sont constituées dans les PRC. Les accompagnateurs des patients autochtones offrent un soutien aux patients des PNIM atteints d'un cancer et à leurs familles, à chacune des étapes du traitement de la maladie. Les directeurs régionaux de la lutte contre le cancer autochtone font la promotion de la vision stratégique de la SLCA II en offrant leur collaboration à tous les stades des soins primaires. L'ULCCA emploie également deux agents de liaison partenaires pour soutenir le travail du PRC et assurer une collaboration soutenue entre le PRC, l'ULCCA et les tables sur la santé des PNIM.



Plans de travail régionaux pour la lutte contre le cancer autochtone

Les PRC assurent la mise en œuvre de la SLCA II au niveau communautaire. La première étape de ce processus consiste à cartographier les tables de base sur la santé des PNIM, puis à inviter ces tables à collaborer à la rédaction des plans de lutte contre le cancer. Ces plans constituent la meilleure façon d'améliorer l'efficacité du réseau régional de cancérologie au profit des peuples des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Ils définissent les priorités, les mesures nécessaires et l'échéancier de mise en œuvre.

Chaque plan est le résultat d'un partenariat étroit entre l'Unité de lutte contre le cancer autochtone (ULCCA) de ACO, le PRC et les tables de base sur la santé des PNIM (bureaux, comités consultatifs et groupes) dans chaque région. Ce processus fait appel aux directeurs de la santé des PNIM, aux travailleurs communautaires en santé, aux infirmières praticiennes, aux membres des bureaux et de la collectivité qui composent ces tables de base. Grâce à leur collaboration, la voix des PNIM est entendue, respectée et intégrée à l'élaboration des services de cancérologie.

Il y a en Ontario dix régions qui comptent des populations significatives appartenant aux PNIM. Jusqu'ici, ACO et six régions (Nord-Ouest, Nord-Est, Hamilton Niagara Haldimand Brant, North Simcoe Muskoka, Sud-Est et Erie St.Clair) ont élaboré des plans provisoires de lutte contre le cancer autochtone. Dans les quatre régions restantes (Champlain, Toronto Centre, Sud-Ouest et Centre-Est), le travail se poursuit.

« Les rencontres avec chacune des tables de base sur la santé des PNIM de la région, en partenariat avec l'ULCCA, m'ont donné l'occasion de resserrer les relations existantes et d'en élaborer de nouvelles. Elles contribuent à bien établir le rôle du PRC pour la mise en œuvre de la SLCA II dans les collectivités des PNIM, en plus de concrétiser la première priorité de la SLCA II qui est essentielle pour la mise en œuvre des cinq autres. »

Mark Hartman, Vice-président régional, Programme régional de cancérologie du Nord-Est

L'élaboration d'un Plan de lutte contre le cancer autochtone pourrait se faire comme suit :

1. Rencontre avec le PRC pour discuter des cibles et des priorités stratégiques de la SLCA II, établir un premier contact et constituer ou élargir un groupe de travail
2. Cartographie des réseaux des PNIM et participation des bureaux de santé
3. Collaboration des PNIM dans la définition des priorités et des besoins locaux
4. Examen des programmes et ressources existants pour la formation et l'action sociale
5. Coordination avec les stratégies de prévention du cancer existantes pour les PNIM
6. Élargissement des programmes de dépistage du cancer dans la région et pour les PNIM
7. Mise sur pied de réseaux durables qui répondent aux besoins des peuples des PNIM de la localité et dont ils sont responsables

La participation communautaire locale, la création d'un sentiment d'appartenance et la mise sur pied d'un réseau durable présentent des difficultés. En répondant aux priorités de la SLCA II et en assumant pleinement leurs responsabilités, ACO et les PRC acquièrent une grande crédibilité et jouissent de la confiance nécessaire pour réussir.

Cartographie des tables régionales de base sur la santé

Chaque région comporte un réseau sur la santé des PNIM regroupant les bureaux, les groupes et les tables de consultation desservant les membres des PNIM. ACO et le PRC font appel à ce réseau pour que les PNIM aient leur mot à dire dans la prestation des services régionaux de cancérologie. Ces tables de base sur la santé des PNIM permettent de revoir les plans provisoires de lutte contre le cancer, au fur et à mesure qu'ils sont élaborés, en plus d'offrir l'orientation et les observations nécessaires.



SUIVRE LA VOIE

Les partenariats permettent d'élargir les capacités

Dans la région Nord-Est, les préoccupations touchant le cancer chez les peuples autochtones sont inscrites dans la stratégie régionale d'ensemble, ce qui comprend un projet destiné aux personnes qui n'ont jamais ou presque jamais passé d'examen de dépistage et est réalisé en collaboration avec des organismes autochtones. Voici les objectifs de ce projet :

- Faire participer les organismes autochtones partenaires à l'élaboration et à l'orientation de projets communautaires durables visant à accroître le dépistage
- Aider les centres de santé autochtones à réaliser une analyse détaillée des profils existants sur les pratiques en matière de dépistage
- Soutenir les centres de santé autochtones pour les aider à reconnaître et à inviter les personnes admissibles aux examens de dépistage
- Contribuer à éliminer les obstacles qui entravent le dépistage

L'ULCCA et le PRC du Nord-Est ont invité 11 tables de base sur la santé des PNIM à élaborer le plan de travail régional. Lors de chaque rencontre, nous avons précisé les difficultés et les besoins particuliers des collectivités touchant les soins de cancérologie; toutes les observations ont ensuite été intégrées dans le Plan de lutte contre le cancer autochtone dans la région Nord-Est. Cette approche collaborative permet l'élaboration d'un document respectueux et durable, qui tient compte de l'opinion des gens pour lesquels il a été préparé.

Mark Hartman, Vice-président régional pour le Nord-Est, et l'ULCCA ont participé à toutes les réunions avec les tables de base sur la santé des PNIM de la région. Ils ont pu ainsi élaborer des liens de collaboration étroits entre le PRC du Nord-Est et les réseaux de base sur la santé des PNIM de la région, ce qui entraînera la création d'une table de consultation pour les PNIM (en voie d'être établie) susceptible de servir d'intermédiaire entre le PRC et la collectivité des PNIM pour la prestation des services de cancérologie.

Protocoles régissant les relations

L'un des engagements essentiels de la SLCA II est de renforcer la collaboration entre ACO et les collectivités des Premières Nations, des Inuits et des Métis (PNIM). Jusqu'ici, ACO a signé deux protocoles de relations avec les groupes des PNIM, et d'autres sont en négociation. « Ces protocoles constituent une étape importante dans la mise en œuvre de la SLCA II, explique Alethea Kewayosh, qui assume la direction de l'Unité de lutte contre le cancer autochtone de Action Cancer Ontario. Chaque collectivité a des besoins particuliers. En signant ces protocoles, ACO et les groupes des PNIM s'entendent pour travailler de concert afin de s'attaquer aux défis posés par le cancer et améliorer la santé de leurs collectivités. »

Protocole de relations avec le Grand Conseil du Traité No 3

En mai 2013, ACO a signé un protocole de relations avec la collectivité Anishinaabe du Traité No 3 lors de son Assemblée générale annuelle, qui a eu lieu au Centre de santé Northwest Angle 37, près de Sioux Narrows (Ontario). Warren White, Grand Chef du Grand Conseil du Traité No 3, a déclaré : « Nous avons constaté une augmentation des taux de cancer lorsque l'extraction des ressources de notre territoire s'est accélérée, ainsi qu'une plus grande dépendance à l'égard des réseaux d'alimentation à grande échelle et une exposition plus élevée aux polluants environnementaux. Nous devons réagir au cancer dans nos collectivités. La collectivité Anishinaabe du Traité No3 et l'ensemble de la région Nord-Ouest profiteront de ces initiatives importantes que nous entreprenons avec Action Cancer Ontario. »



AGA des Chefs de la Nation Nishnawbe Aski, Première Nation de Kasabonika Lake, 15 août 2013



Michael Sherar et le Grand Chef Warren White, du Grand Conseil du Traité No 3

Protocole de relations avec l'Union of Ontario Indians

En juin 2013, ACO et des représentants de la Nation Anishinabek ont signé un protocole de relations. Le Chef du Grand Conseil Patrick Madahbee a déclaré que le secrétariat politique de la Nation Anishinabek (Union of Ontario Indians) avait reçu le mandat de protéger ses 60 000 citoyens et qu'il entendait collaborer avec ses partenaires qui partagent le même but, soit aider les Anishinabek à mener une vie productive en bonne santé.

Le Chef Madahbee du Grand Conseil a indiqué que la Nation Anishinabek était déterminée à travailler en partenariat avec ACO pour « *mieux sensibiliser notre peuple à l'importance du dépistage précoce et faire en sorte qu'il passe des examens de dépistage du cancer de la prostate et du sein ainsi que des coloscopies. Ces actions sont essentielles parce que nous sommes submergés. Aucune Première Nation n'est immunisée contre les tragédies et les décès par suite d'un cancer.* »



Patrick Madahbee, Chef du Grand Conseil, signe un protocole de relations entre la Nation Anishinabek et ACO



Audrey Logan, BA
Accompagnatrice des patients
autochtones
Région Erie-St. Clair



La voie du bien-être, explique Audrey Logan, doit être inclusive, accueillante et exempte de peur. « Responsabiliser les gens, soit mettre l'accent sur l'objectif du bien-être et montrer aux gens qu'ils en ont la responsabilité, est essentiel à leur santé. » Trop souvent, ajoute-t-elle, les gens hésitent à admettre qu'ils sont malades et sont encore plus réticents à se rendre à l'hôpital. Pour Audrey, la solution est d'aller vers les gens.

Depuis qu'elle a commencé à jouer le rôle d'accompagnatrice des patients autochtones dans la région Erie St. Clair, en avril 2013, elle a effectué un réseautage énergique afin de mieux faire connaître son programme. Par exemple, le plan d'action d'Audrey provient d'une séance de remue-méninges avec toutes les collectivités. « Avant de commencer, je devais comprendre quels étaient les besoins des patients, des familles, de l'hôpital et de la collectivité. La réponse était claire : de l'information, des communications, une main secourable et la reconnaissance que les clients autochtones ne sont pas comme les autres. Ce que nous voulons faire avec notre plan, explique-t-elle, est de rassembler tous ces besoins afin d'accroître la confiance. »

Audrey reconnaît que le changement ne peut survenir rapidement; en janvier, deux collectivités ont été durement frappées par la perte de 11 personnes. « Les gens n'osent pas dire qu'elles étaient malades et que beaucoup d'entre elles ont reçu leur diagnostic trop tard. Elles ne sont pas proactives parce qu'elles n'ont pas confiance dans le réseau—il y a des obstacles à la fois traumatiques et historiques. C'est pourquoi bien des gens refusent de participer à nos programmes de dépistage. » Notre travail, c'est de modifier cette situation!

Audrey, qui est une Lunaapeexkweew (femme Lenape) de la Première Nation Delaware, établit des liens avec les fournisseurs de soins de santé dans diverses circonstances, notamment lors des foires sur la diversité, des repas de sensibilisation culturelle et des séances d'apprentissage, et converse avec des étudiants en soins infirmiers (à titre d'activité hors programme). Elle profite ainsi d'occasions uniques de partager les protocoles des Premières Nations, des Métis et des Inuits et de fournir à l'équipe de soins de santé une meilleure compréhension et un réconfort pour la prestation des soins. « La sensibilisation est un élément essentiel, et nous en ferons un objectif continu. En résumé, ce sont des gens qui rencontrent d'autres gens, et plus nous en rencontrons, plus les gens peuvent apprendre et plus nous pouvons mettre l'accent sur le bien-être plutôt que la maladie. »

« Je suis convaincue que le Créateur est ici pour nous aider. On ne sait peut-être pas d'où l'aide viendra, mais si vous demandez de l'aide, vous en recevrez. Tout mon travail pour la promotion de la santé est orienté par ma foi et ma conviction qu'en responsabilisant les gens, les choses pourront changer. »

« Les hôpitaux constituent un milieu tout à fait étranger pour la majorité des personnes d'origine autochtone, et même pour moi. Par contre, mon expérience à l'Hôpital régional de Windsor a été entièrement positive. L'hôpital est dévolu et ouvert à nos collectivités. Le personnel a été extraordinaire et je me sens réellement honorée de faire partie de l'équipe. L'un des faits marquants de mon expérience jusqu'ici est d'avoir pu participer aux réunions multidisciplinaires sur les patients. »

Partenariats

Action Cancer Ontario et les collectivités autochtones peuvent également compter sur le soutien d'un réseau d'organismes et de partenaires dans la province. En voici quelques exemples :

- Programmes régionaux de cancérologie
- Organismes et agences du domaine de la santé, comme les Centres d'accès autochtones à la santé, le Centre de santé Meno Ya Win (Sioux Lookout) et l'Autorité sanitaire de la région de Weeneebayko (Baie James/Baie d'Hudson)
- Conseil du Chef Knet—Keewaytinook Okimakanak (Nord-Ouest de l'Ontario)
- Société canadienne du cancer
- Centre de toxicomanie et de santé mentale
- Centre d'accès aux soins communautaires Saint Elizabeth
- Centres d'accès aux soins communautaires
- Réseaux de soutien en oncologie
- Réseau rénal de l'Ontario

Programmes régionaux de cancérologie

Les Programmes régionaux de cancérologie (PRC) constituent nos plus importants partenaires dans cette stratégie visant à rétablir notre santé et notre bien-être. Les 13 PRC organisent des activités de prévention et des examens de dépistage, et dispensent des soins de soutien, des traitements (chirurgies, radiothérapies et chimiothérapies) ainsi que des soins en fin de vie. Les PRC adoptent une approche interdisciplinaire des soins et des traitements pour faire en sorte que les patients atteints d'un cancer et leurs familles reçoivent le soutien physique, psychologique, social et spirituel dont ils ont besoin. Certains PRC, notamment ceux de Sudbury, Thunder Bay, Kingston, Ottawa et Barrie, offrent un service d'hébergement pour les patients de l'extérieur qui doivent se déplacer pour recevoir leurs traitements.

Réseau rénal de l'Ontario

Le Réseau rénal de l'Ontario (RRO) est la ressource provinciale pour le réseau de traitement des maladies rénales chroniques (MRC). Le RRO vise à réduire l'incidence des MRC en favorisant le dépistage précoce et la prévention de la progression de la maladie. L'une des initiatives essentielles du RRO est sa collaboration avec les collectivités des PNIM



afin de répondre à leurs besoins particuliers en matière de prévention, de dépistage et de traitement des MRC. Le directeur de la lutte contre le cancer autochtone travaillera de concert avec le RRO pour mettre en œuvre cette initiative.

Partenaires autochtones importants

Ontario Federation of Indian Friendship Centres

L'Ontario Federation of Indian Friendship Centres (OFIFC) est un organisme autochtone provincial qui représente 27 Centres d'amitié membres dans toute la province. Les programmes de l'OFIFC sont dispensés dans les Centres d'amitié locaux dans divers domaines comme la santé, la justice, le soutien familial, l'emploi et la formation. Les Centres d'amitié élaborent et réalisent également des initiatives locales dans le secteur de l'éducation, du développement économique, des services aux enfants et aux jeunes et de la sensibilisation culturelle. Son mandat est « *d'améliorer la qualité de vie des peuples autochtones qui habitent dans un environnement urbain en soutenant diverses activités autodéterminées qui favorisent un accès égal et une participation à la société canadienne tout en respectant le caractère distinct de la culture autochtone.* »

« Le projet pour les autochtones qui n'ont jamais ou presque jamais passé d'examen de dépistage dans la région Nord-Est, qui vise à augmenter les taux de dépistage du cancer du sein et colorectal dans les collectivités des Premières Nations et des autochtones, est un véritable partenariat établi entre ces collectivités et les divers intervenants du Centre de cancérologie du Nord-Est au plan de la prise de décision, de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'évaluation. Nous souhaitons approfondir ces liens de partenariat et améliorer les soins de cancérologie destinés aux autochtones au-delà du dépistage, et élaborer un plan régional de lutte contre le cancer autochtone pour le Nord-Est. »

Elaine Johnston, Directrice générale, RN, BScN,
Mnaamodawin Health Services Inc.



SUIVRE LA VOIE

Programme régional de cancérologie : Accompagnateurs et directeurs

Des accompagnateurs des patients autochtones ont été nommés dans sept régions, et des directeurs régionaux de la lutte contre le cancer autochtone dans cinq. Le travail de recrutement est en cours pour ces postes dans les PRC qui restent.

Nord-Ouest

Accompagnateur des patients autochtones : Jeannie Simon

Directeur régional de la lutte contre le cancer autochtone : Dr Shannon Wesley

Nord-Est

Accompagnateur des patients autochtones : Sherri Baker

Directeur régional de la lutte contre le cancer autochtone : Dr Annelind Wakegijig

Hamilton Niagara Haldimand Brant

Accompagnateur des patients autochtones : Lee Styres-Loft

Directeur régional de la lutte contre le cancer autochtone : Dr Andrea East

North Simcoe Muskoka

Accompagnateur des patients autochtones : Leah Bergstrom

Erie St. Clair

Accompagnateur des patients autochtones : Audrey Logan

Directeur régional de la lutte contre le cancer autochtone : Dr Mark Tomen

Centre Est

Accompagnateur des patients autochtones : Kathy McLeod-Beaver

Champlain

Accompagnateur des patients autochtones : Verna Stevens

Sud-Ouest

Directeur régional de la lutte contre le cancer autochtone : Chris McDonald

A scenic view of a river flowing through a dense forest with vibrant autumn foliage in shades of yellow, orange, and red. The river is bordered by a rocky shoreline in the foreground.

L'Ontario Native Women's Association (ONWA) dispense des programmes et services culturellement enrichis aux femmes d'origine autochtone et à leurs familles. Il s'agit d'un organisme sans but lucratif fondé en 1972 pour soutenir les femmes d'origine autochtone et leurs familles tout en les aidant à renforcer leur autonomie. Le principe qui oriente le travail de l'ONWA est que toutes les personnes d'ascendance autochtone doivent être traitées avec dignité, respect et équité. Les avantages et les services sont dispensés sans égard au lieu de résidence ou au patrimoine tribal.

Centres autochtones d'accès à la santé

Les Centres autochtones d'accès à la santé (CAAS) jouent un rôle central dans le cheminement des personnes, des familles et des collectivités vers la guérison parce qu'ils mettent l'accent sur les soins de santé primaires. Ils correspondent ainsi à la vision de la santé centenaire de la santé que

Organismes et dirigeants des PNIM

ULCCA et ACO

Bureau et comité de santé au niveau provincial des PNIM

Stratégie II

Ujavalin

the Métis Nation of Ontario

Tungsuvvingat Inuit

O.F.I.F.C.

Ojibwa Native Women's Association

partagent toutes les collectivités autochtones : le bien-être physique, affectif, mental et spirituel est associé dans un cercle interrelié. Le processus de guérison individuel, familial et communautaire prend ses racines dans la restauration des pratiques culturelles et de l'appartenance traditionnelle.

Comme ils constituent le premier point d'accès et de services au sein du réseau de soins de santé, les CAAS sont installés à proximité des lieux où les gens vivent et travaillent. Ils relient les soins cliniques, la médecine traditionnelle, la promotion de la santé et la prévention de la maladie, et considèrent la santé comme une occasion de raffermir les partenariats dans la collectivité.



L'équipe de lutte contre le cancer autochtone de ACO rencontre des responsables des Centres autochtones d'accès à la santé



Jeannie Simon, BScN **Accompagnatrice des patients autochtones** **Région Nord-Ouest**



La langue est le principal obstacle à surmonter si l'on veut faciliter l'expérience des autochtones dans le réseau de cancérologie, explique Jeannie Simon, accompagnatrice des patients autochtones dans la région Nord-Ouest depuis avril 2013. Les antécédents de Jeannie lui sont très utiles dans son rôle d'accompagnatrice pour les soins de cancérologie dans le Nord. Elle jouit d'une expérience de 10 ans en qualité de représentante en santé communautaire dans sa propre collectivité, Summer Beaver, en plus d'avoir reçu une formation en soins infirmiers à l'Université Lakehead. Jeannie comprend bien les difficultés auxquelles les patients font face. Il y a de nombreux obstacles qui empêchent les patients d'avoir accès aux services de cancérologie dans le Nord-Ouest. Comme la région compte plus de 70 collectivités des Premières Nations, dont 29 ne sont accessibles que par voie aérienne ou grâce aux chemins de glace en hiver, et bien des gens doivent parcourir de longues distances pour avoir accès aux examens diagnostiques et aux traitements. « Comme je suis une spécialiste qui appartient à la collectivité, je jouis d'une position idéale pour comprendre les gens d'ici et leur offrir un soutien. »

Le réseau de cancérologie est complexe et difficile à comprendre pour tous, mais la langue et la distance exacerbent cette complexité. « Certains de nos patients ne sont jamais sortis de leur collectivité, explique Jeannie. Les personnes qui ne parlent que le cri, l'oji-cri et l'ojibwé ont besoin de soutien pendant tout le processus. Je représente les patients et les familles avant, pendant et après leur rendez-vous ou leur programme de traitement. Je travaille étroitement avec l'équipe des soins palliatifs et je joue le rôle de personne ressource pour les familles, ici à l'hôpital ou dans le cadre de notre programme de visites à distance, qui permet aux patients et aux centres de santé de garder le contact avec les membres des familles éloignées. »

Jeannie a déjà informé les radiologistes, les oncologistes et les organismes locaux de santé de ses services, et s'est rendue dans diverses collectivités locales comme Sandy Lake, Fort Francis, Sioux Lookout et Red Lake. Elle travaille également en étroite collaboration avec le Dr Shannon Wesley, du Programme de prévention et de dépistage, afin de favoriser les diagnostics précoces. « Je vois beaucoup trop de gens qui en sont aux derniers stades du cancer. »

La tâche à accomplir



Les peuples autochtones et le cancer

Il y a en Ontario un groupe diversifié de peuples appartenant aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis, que l'on désigne souvent collectivement sous l'appellation de peuples autochtones. Il y a plus de personnes d'origine autochtone en Ontario que dans toute autre province du Canada : 301 425, soit 2,4 % de la population provinciale.

Parmi ces derniers, il y avait 125 560 Indiens inscrits ou ayant statut légal en 2011.

La population des autochtones de l'Ontario est jeune et en croissance. Le tiers (33,9 %) de la population a 19 ans et moins, contre 23,8 % pour la population non autochtone. Entre 2006 et 2011, la population autochtone de l'Ontario a augmenté de 24,3 %, soit à un rythme cinq fois plus rapide que le taux de croissance de la population non autochtone.

Bien des membres des PNIM habitent dans des villes. En fait, Toronto compte l'une des plus importantes populations autochtones du pays. Par contre, 95 des 133 collectivités des Premières Nations de l'Ontario habitent dans des régions rurales ou éloignées; 28 de ces collectivités sont isolées et n'ont aucun accès routier pendant toute l'année (ce qui comprend les collectivités accessibles par voie aérienne seulement). Les membres des Inuits et des Premières Nations sont plus susceptibles de déménager en ville pour se loger ou travailler, mais bon nombre retournent par la suite dans leur collectivité d'origine.

Premières Nations

Les membres des Premières Nations ont été les premiers propriétaires de cette terre. Aujourd'hui, il y a 133 Premières Nations distinctes en Ontario. Le nombre exact de membres des Premières Nations qui vivent sur une réserve ou hors réserve n'est pas connu. Selon le Registre des Indiens inscrits de Affaires autochtones et Développement du Nord Canada (AADNC), environ 51 % des membres des Premières Nations ayant le statut d'Indien inscrit habitent dans une réserve, et 49 % hors réserve.

Inuits

Il y a plus de 2 000 Inuits qui vivent en Ontario, plus particulièrement dans la région d'Ottawa. Les Inuits ne sont pas originaires de l'Ontario et proviennent des territoires nordiques éloignés. Comme les autres populations autochtones, les populations inuites de l'Ontario sont jeunes et en croissance. En 2006, environ 34 % des Inuits de l'Ontario avaient moins de 15 ans. Les Inuits se rendent dans les villes du sud comme Ottawa pour diverses raisons, notamment pour y travailler, étudier, se loger ou pour des raisons de santé.

Métis

Le terme Métis désigne généralement les descendants des personnes nées par suite de relations entre des femmes des Premières Nations et des hommes européens. Les Métis ont généralement été sous-représentés dans les recherches étant donné que, contrairement aux autres groupes autochtones, ils ne peuvent être distingués en fonction de leur lieu de résidence. Environ un tiers des autochtones de l'Ontario sont des Métis. Aujourd'hui, un plus grand nombre de citoyens de l'Ontario se désignent eux-mêmes comme Métis : 86 015 en 2011, contre 73 605 en 2006. La majorité des Métis (72 %) déclarent habiter en région urbaine (Recensement 2006).



Quels sont les effets du cancer chez les populations autochtones de l'Ontario

La charge du cancer chez les populations des PNIM est aggravée par la prévalence de plusieurs facteurs de risques modifiables et la participation au dépistage. Les facteurs de risque modifiables entraînent environ 30 % des décès reliés au cancer¹. Les facteurs suivants sont des facteurs de risque modifiables importants pour le cancer²⁻⁷.

- Consommation non traditionnelle de tabac et exposition à la fumée secondaire
- Consommation d'alcool
- Obésité
- Comportement sédentaire et inactivité physique
- Consommation insuffisante de fruits et légumes

Les examens de dépistage du cancer permettent de déceler les troubles précancéreux ou les cancers à un stade précoce, au moment où ils sont plus faciles à traiter. En Ontario, des examens périodiques de dépistage sont recommandés pour le cancer du sein, du col de l'utérus et colorectal.

CONSUMMATION DE CIGARETTES ET EXPOSITION À LA FUMÉE SECONDAIRE

Le tabagisme est le plus important facteur de risque associé au cancer, provoquant environ 22 % des décès attribuables au cancer dans le monde et 71 % des décès par cancer du poumon¹.

Premières Nations

■ Fumeurs actuels

Le tabagisme est significativement plus élevé chez les populations des Premières Nations, par rapport aux populations non autochtones des deux sexes.

■ Exposition à la fumée secondaire

Les hommes non fumeurs des Premières nations déclarent être exposés de façon significativement plus élevée à la fumée secondaire à la maison, en voiture ou dans les lieux publics que les hommes non autochtones.

Métis

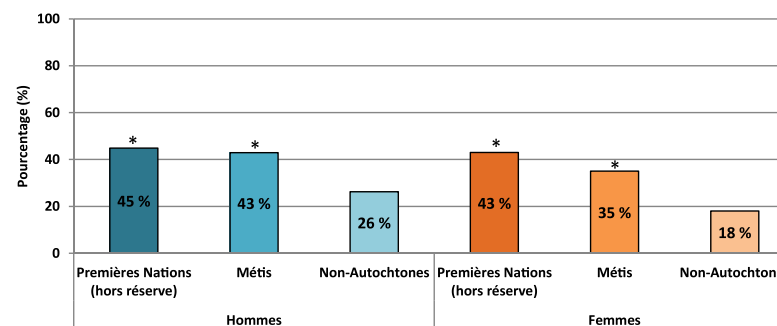
■ Fumeurs actuels

La prévalence du tabagisme est significativement plus élevée chez les populations Métis de l'Ontario par rapport à la population non autochtone.

■ Exposition à la fumée secondaire

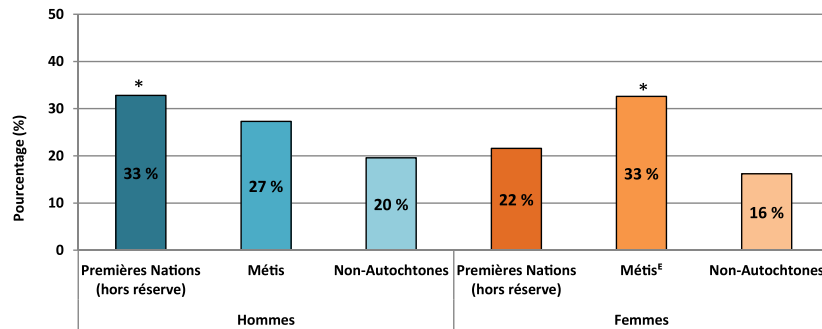
Une femme métisse sur trois qui ne fume pas est exposée à la fumée secondaire à la maison, en voiture ou dans les lieux publics; cette proportion est le double de celle chez les femmes non autochtones.

Figure 1. Proportion de la population qui fume actuellement, adultes de l'Ontario (20 ans et plus), selon l'origine autochtone (hors réserve) et le sexe (2007–2011, données regroupées)



* L'estimation diffère sensiblement de l'estimation relative à la population non autochtone.
Remarques : Les estimations sont standardisées selon l'âge à la population d'identité autochtone en Ontario en 2006. Données tirées de la combinaison des ESCC 2007 à 2011 pour accroître la taille de l'échantillon pour analyses selon l'identité autochtone.

Figure 2. Proportion de la population exposée à la fumée secondaire (à la maison, en voiture ou dans les lieux publics), adultes de l'Ontario (20 ans et plus), selon l'origine autochtone (hors réserve) et le sexe (2007–2011, données regroupées)



* L'estimation diffère sensiblement de l'estimation relative à la population non autochtone.

Remarques : Les estimations sont standardisées selon l'âge à la population d'identité autochtone en Ontario en 2006. Les estimations montrent une prévalence de l'exposition au tabagisme secondaire chez les non-fumeurs en Ontario.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007-2011 (Statistique Canada).

^e Le coefficient de variation est compris entre 16,6 et 33,29 %. Estimation à interpréter avec prudence.

Premières étapes

L'un des engagements de ACO dans le cadre de la Stratégie pour la lutte contre le cancer chez les peuples autochtones II était de recueillir des informations plus récentes et plus complètes à propos de la prévalence des facteurs de risque et de la participation aux examens de dépistage du cancer dans les populations des Premières Nations et des Métis hors réserve de l'Ontario. La présente section de notre rapport annuel constitue la première étape en vue d'atteindre cet objectif.

Les données présentées ici proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). L'ESCC est une enquête nationale de Statistique Canada auprès des personnes de 12 ans et plus qui habitent dans toutes les provinces et tous les territoires. Les personnes qui vivent sur les réserves indiennes ou les terres publiques, les pensionnaires d'un établissement institutionnel, les membres à temps plein des Forces canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées ne sont pas visés par l'enquête. Même si les répondants inuits sont compris dans l'enquête, l'insuffisance des données sur la population inuite en Ontario a empêché l'analyse de cette sous-population aux fins du présent rapport.



Kathy McLeod Beaver, BSW
Accompagnatrice des patients
autochtones
Région Centre Est



Écouter les besoins des gens est tout aussi important que de poser des questions, déclare Kathy Macleod Beaver, qui est l'un des nouveaux accompagnateurs des patients autochtones de ACO. Avec plus de 17 années d'expérience dans le secteur de la santé communautaire, Kathy est une représentante chevronnée du secteur des soins de santé. La région dont elle est responsable est vaste, allant du lac Ontario jusqu'au Parc Algonquin. Ses clients habitent dans les régions urbaines de Scarborough, Oshawa et Peterborough, jusqu'aux abords de Haliburton et Northumberland.

L'expérience de Kathy en santé communautaire et en santé mentale lui a permis de bien comprendre les obstacles qui restreignent l'accès aux soins de santé. Depuis sa première journée de travail, en septembre 2013, elle a mis l'accent sur la constitution de son réseau, par le biais de rencontres avec les collectivités et les dirigeants; elle entend rencontrer tous les membres de l'équipe de santé communautaire. Les réponses ont été encourageantes. Kathy a déjà été invitée à expliquer en quoi consiste le programme des accompagnateurs dans trois ateliers de travail.

« Les gens me disent que c'est une très bonne idée, explique-t-elle. Le fait d'avoir un représentant autochtone à l'hôpital fait toute la différence. Quand on reçoit un diagnostic, la trousse d'information de l'hôpital peut être déconcertante. Il est très utile de pouvoir passer en revue les possibilités avec quelqu'un qui s'y connaît. »

Les discussions de Kathy avec les survivants et les personnes de la collectivité lui ont permis de bien comprendre les difficultés auxquelles ces personnes font face. « Parfois, les gens ne passent pas d'examen de dépistage parce qu'ils ne veulent pas savoir, ou refusent le suivi parce qu'ils ont entendu dire que le traitement vous rend malade. C'est mon rôle d'apaiser les craintes et de faire en sorte que les services soient adaptés à la réalité culturelle, les gens doivent être à l'aise lorsqu'ils reçoivent des soins. »

« Les équipes de santé font beaucoup de travail parallèlement au cancer. Par exemple, elles ont organisé une Journée sur la santé des femmes, qui faisait la promotion des soins personnels et qui a eu beaucoup de succès. J'ai également entendu des récits très positifs provenant de survivants qui ont fait appel au réseau, et je sais que ces récits inciteront d'autres personnes à le faire. »

La stratégie à moyen terme de Kathy est de poursuivre l'élargissement de son réseau, dans les collectivités et les cliniques. « Je pense que le fait d'organiser une séance d'information pour les gens dans les installations mêmes peut améliorer les taux de suivi. » Pour elle, son réseau d'accompagnateurs des patients autochtones est une grande source de force et de ressources. « Je me suis rendue à Windsor pour voir comment on faisait les choses, et je pense qu'on peut apprendre de l'expérience et des succès d'autrui. »

La tâche à accomplir

OBÉSITÉ

Les données indiquent une relation entre l'augmentation de la masse corporelle grasse et le cancer de l'œsophage, du pancréas et du rein, ainsi que des formes plus courantes que sont le cancer du sein et colorectal⁸.

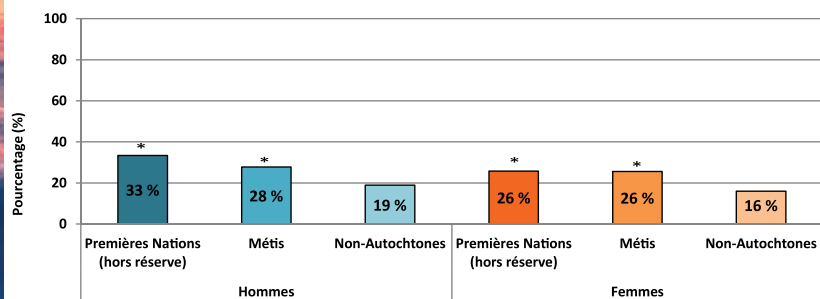
Premières Nations

Les membres des Premières Nations sont plus susceptibles d'être obèses que les citoyens de l'Ontario non autochtones, à la fois pour les hommes (33 % contre 19 %) et les femmes (26 % contre 16 %).

Métis

La population Métis est plus susceptible d'être obèse que les citoyens de l'Ontario non autochtone, à la fois pour les hommes (28 % contre 19 %) et les femmes (26 % contre 16 %).

Figure 3. Proportion de la population obèse, adultes de l'Ontario (18 ans et plus), selon l'origine autochtone (hors réserve) et le sexe, 2007-2011, don-nées regroupées



* L'estimation diffère sensiblement de l'estimation relative à la population non autochtone

Remarques : Les estimations sont standardisées selon l'âge à la population d'identité autochtone en Ontario en 2006. Les répondants étaient considérés comme obèses lorsque leur indice de masse corporelle (IMC) était supérieur à 30 kg/m².

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007-2011 (Statistique Canada)

COMPORTEMENT SÉDENTAIRE ET INACTIVITÉ PHYSIQUE

Le comportement sédentaire évalue généralement les heures de loisirs consacrées à l'utilisation d'un ordinateur ou à l'écoute de la télévision⁹, alors que le niveau d'activité physique est fondé sur l'énergie totale dépensée lors de diverses activités physiques, pendant les loisirs (p. ex. marche, course, activités sportives). Les deux mesurent différents aspects de l'activité. Des données convaincantes indiquent que l'activité physique réduit les risques de cancer du côlon et probablement aussi du cancer du sein et de l'endomètre^{8, 10-12}.

Premières Nations

■ Comportement sédentaire

La moitié des femmes des Premières nations sont sédentaires, ce qui représente une proportion significativement plus élevée que ce qui est signalé pour les femmes non autochtones (50 % contre 40 %).

■ Inactivité physique

Même si les données ne sont pas significatives statistiquement, les hommes des Premières Nations semblent être comparables ou plus actifs physiquement que les hommes non autochtones (c'est-à-dire un niveau inférieur d'inactivité physique).

Métis

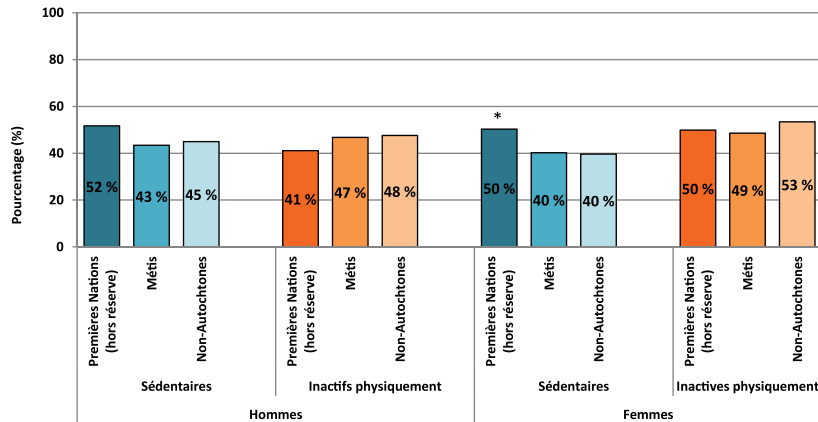
■ Comportement sédentaire

Environ 40 % de la population des Métis et des non autochtones déclarent être sédentaires.

■ Inactivité physique

Près de la moitié de la population des Métis est inactive physiquement pendant ses heures de loisirs, ce qui est semblable à la proportion déclarée chez la population non autochtone.

Figure 4. Proportion de la population qui est sédentaire ou inactive physiquement, adultes de l'Ontario (18 ans et plus), selon l'origine autochtone (hors réserve) et le sexe, 2007–2011, données regroupées



* L'estimation diffère sensiblement de l'estimation relative à la population non autochtone.

Remarques : Les estimations sont standardisées selon l'âge à la population d'identité autochtone en Ontario en 2006. L'indicateur de sédentarité ne figurait pas dans les questionnaires des ESCC 2009 et 2010. Les données indiquées correspondent aux années 2007, 2008 et 2011 combinées. Les répondants étaient considérés comme ayant un comportement sédentaire lorsqu'ils avaient indiqué avoir passé au moins 11 heures par semaine devant un ordinateur ou au moins 15 heures par semaine devant la télévision durant leur temps libre. Les répondants étaient considérés comme physiquement inactifs lorsque leur dépense en énergie quotidienne moyenne était inférieure à 1,5 kcal/kg/jour.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007-2011 (Statistique Canada)



Équipe de disque volant extrême qui participe à des ateliers d'activités physiques et de prévention du tabagisme pour les jeunes à l'école Lakeview, Première Nation M'Chigeeng, Manitoulin Island, août 2013

CONSOMMATION INSUFFISANTE DE FRUITS ET LÉGUMES

Le Guide alimentaire canadien recommande aux adultes de consommer 5 à 10 portions de fruits et légumes chaque jour. Un effet de protection probable a été indiqué pour la consommation de légumes non farineux et de fruits contre le cancer de la cavité buccale, du pharynx, du larynx, de l'œsophage et de l'estomac¹⁰.

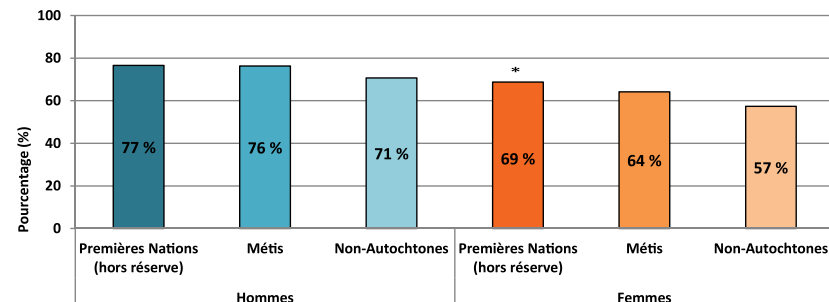
Premières Nations

Les femmes appartenant aux Premières Nations sont plus susceptibles que les femmes non autochtones de déclarer consommer moins de portions de fruits et légumes tous les jours que la quantité recommandée.

Métis

Un plus grand nombre de Métis déclarent consommer moins que le nombre de portions de fruits et légumes recommandées par jour que les citoyens de l'Ontario non autochtones, même si cette différence n'est pas significative statistiquement.

Figure 5. Proportion de la population qui consomme moins de cinq portions de fruits et de légumes non farineux par jour, adultes de l'Ontario (18 ans et plus), selon l'origine autochtone (hors réserve) et le sexe, 2007–2011, données regroupées



* L'estimation diffère sensiblement de l'estimation relative à la population non autochtone.

Remarques : Les estimations sont standardisées selon l'âge à la population d'identité autochtone en Ontario en 2006.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007-2011 (Statistique Canada)

La tâche à accomplir

ALCOOL

Il n'y a pas de limite acceptable bien établie pour la consommation d'alcool en matière de prévention du cancer¹⁰. Si de l'alcool est consommé, il est recommandé aux hommes de limiter leur consommation à deux consommations par jour, et aux femmes, à une consommation par jour¹⁰. De plus, le tabagisme accroît l'effet carcinogène de l'alcool, et vice-versa. Les fumeurs qui consomment également de l'alcool, plus particulièrement les grands fumeurs et les grands buveurs, sont exposés à un risque beaucoup plus élevé pour certains cancers (p. ex. cancer de la cavité buccale, pharynx, larynx et œsophage)^{13,14}.

Premières Nations

■ La consommation d'alcool est supérieure aux recommandations touchant la prévention du cancer

Les hommes des Premières Nations sont plus susceptibles que les hommes non autochtones de dépasser les recommandations touchant la consommation d'alcool pour la prévention du cancer, c'est-à-dire qu'ils prennent en moyenne plus de deux consommations par jour.

■ La consommation d'alcool dépasse les recommandations pour la prévention du cancer et le tabagisme

Les membres des Premières Nation sont plus de deux fois plus susceptibles de déclarer consommer plus d'alcool que les re-commandations pour la prévention du cancer et d'être fumeurs (habituels ou occasionnels) par rapport à la population non autochtone (7,6 % contre 3,5 %).

Métis

■ La consommation d'alcool est supérieure aux recommandations touchant la prévention du cancer

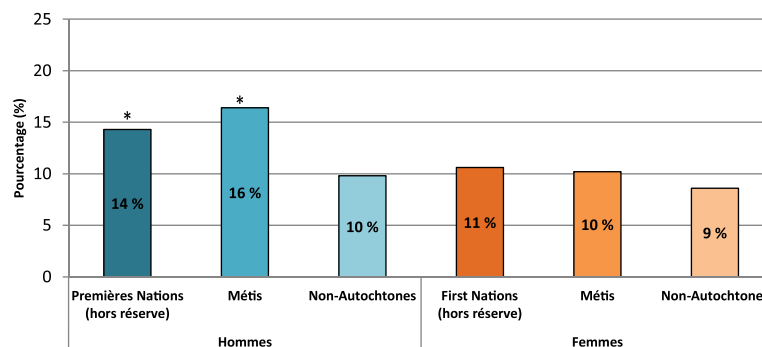
Les hommes Métis sont significativement plus susceptibles que les hommes non autochtones de déclarer dépasser les re-commandations pour la consommation d'alcool et la prévention du cancer.

■ La consommation d'alcool est supérieure aux recommandations touchant la prévention du cancer et le tabagisme

Les Métis sont deux fois plus susceptibles de déclarer consommer une quantité d'alcool supérieure aux

recommandations pour la prévention du cancer et d'être actuellement fumeurs par rapport à la population non autochtone (6,9% contre 3,5%).

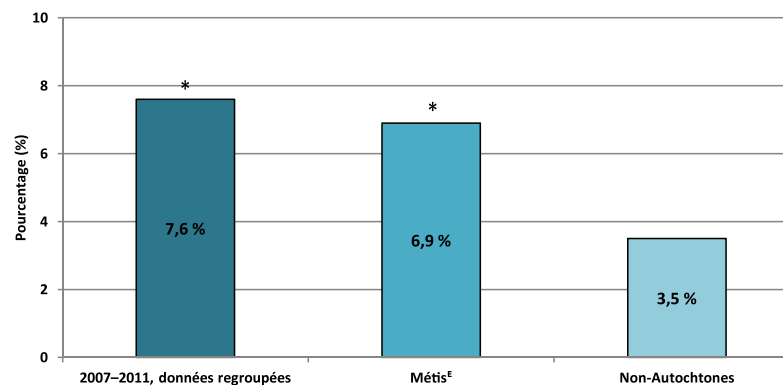
Figure 6. Proportion de la population qui dépasse les recommandations touchant la prévention du cancer pour la consommation d'alcool, adultes de l'Ontario (19 ans et plus), selon l'origine autochtone (hors réserve) et le sexe, 2007–2011, données regroupées



* L'estimation diffère sensiblement de l'estimation relative à la population non autochtone

Remarques : Les estimations sont standardisées selon l'âge à la population d'identité autochtone en Ontario en 2006. Les répondants de sexe masculin étaient considérés comme dépassant les recommandations relatives à la consommation d'alcool lorsqu'ils avaient indiqué avoir bu deux verres par jour en moyenne au cours de la semaine écoulée. Les répondants de sexe féminin étaient considérés comme dépassant les recommandations relatives à la consommation d'alcool lorsqu'ils avaient indiqué avoir bu plus d'un verre par jour en moyenne au cours de la semaine écoulée.

Figure 7. Proportion de la population qui dépasse les recommandations touchant la consommation d'alcool pour la prévention du cancer et qui fume actuellement, adultes de l'Ontario (19 ans et plus), selon l'origine autochtone (hors réserve) et le sexe, 2007–2011, données regroupées



* L'estimation diffère sensiblement de l'estimation relative à la population non autochtone

Remarques : Les estimations sont standardisées selon l'âge à la population d'identité autochtone en Ontario en 2006. Les répondants de sexe masculin étaient considérés comme satisfaisant ces critères lorsqu'ils avaient indiqué avoir bu deux verres par jour en moyenne au cours de la semaine écoulée et être fumeur. Les répondants de sexe féminin étaient considérés comme satisfaisant ces critères lorsqu'ils avaient indiqué avoir bu plus d'un verre par jour en moyenne au cours de la semaine écoulée et être fumeuse.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007-2011 (Statistique Canada)

* Le coefficient de variation est compris entre 16,6 et 33,29 %. Estimation à interpréter avec prudence.



Pamela Williamson, Directrice générale (au centre) en compagnie des membres du Conseil, Centre de santé Noojmowin Teg



Rencontre de l'ULCCA avec des représentants de l'équipe de guérison et de bien-être de la Nation métisse de l'Ontario, à Ottawa, en septembre 2013. Représentants de la Nation métisse de l'Ontario : Wenda Watteyne, Kristina Jewell et Whitney Montgomery



Andrea East, MD
Directrice régionale de la lutte
contre le cancer
Région de Hamilton Niagara
Haldimand Brant



Ouvrez une session dans le compte Twitter (@sixeast) de la Dre Andrea East, et vous pourrez probablement lire des textes portant sur la crosse, les critiques des Nations Unies touchant les soins de santé autochtone au Canada ou les routes bloquées par les Micmacs pour souligner des problèmes de santé locaux. Mais Andrea ne fait pas que cela. Récemment nommée directrice régionale de la lutte contre le cancer autochtone pour la région de Hamilton Niagara Haldimand Brant, et médecin de famille depuis plus de 25 ans pratiquant dans le territoire des Six-Nations de Grand River, c'est une femme très occupée. À quoi pense-t-elle? Dépistage, immunisation, prévention, promotion des soins de santé, bonnes habitudes de vie... et bien d'autres choses! Lisez la suite.

« Idéalement, j'aimerais contribuer à la guérison des collectivités autochtones en assurant aux personnes atteintes d'un cancer un cheminement supérieur empreint de compassion. Je suis déterminée à accroître les taux de dépistage du cancer du col de l'utérus, du sein et de l'intestin chez les peuples autochtones. »

Andrea est bien intégrée dans la collectivité, mais à titre de directrice régionale de la lutte contre le cancer autochtone, elle peut compter sur l'appui d'une personne ressource locale, Lee Styres Loft, première accompagnatrice des patients autochtones. « Avec beaucoup d'humilité et de fierté, Lee a intégré au sein de ACO la démarche culturelle qui était nécessaire pour que la Stratégie pour la lutte contre le cancer chez les peuples autochtones connaisse le succès. En adressant mes patients à Lee, je leur permets de profiter d'un ange gardien qui les accompagne tout au long de leur cheminement. Elle est la bonne personne, au bon moment, au bon endroit. »

Andrea considère ce mandat comme une vocation personnelle : « Je suis motivée à poursuivre mon travail de guérison dans cette collectivité et l'aider à s'approcher de l'équité par rapport aux Canadiens non autochtones en matière de déterminants pour les soins de santé. J'ai l'honneur de participer à ce combat et j'espère pouvoir atteindre cet objectif en collaboration avec les nombreux intervenants dévoués dans le domaine des soins de santé autochtone. »

La tâche à accomplir

DÉPISTAGE DU CANCER

Participation au dépistage du cancer colorectal

Il est recommandé aux citoyens de l'Ontario de 50 à 74 ans qui sont exposés à un risque moyen de cancer colorectal de passer un test du sang occulte fécal (TSOF) tous les deux ans¹⁵. Une coloscopie tous les 10 ans est recommandée pour les personnes de 50 à 74 ans exposées à un risque accru de cancer colorectal en raison de leurs antécédents familiaux¹⁵. Même si elle ne fait pas partie des lignes directrices de Action Cancer Ontario pour le dépistage du cancer colorectal, il a été récemment établi que la sigmoïdoscopie par tube souple pouvait prévenir le cancer colorectal et réduire les décès par suite de cette maladie¹⁶⁻¹⁸. Comme la coloscopie ou la sigmoïdoscopie, quelle que soit la raison de l'intervention, permet de visualiser le côlon et le rectum, et de déceler la présence de polypes et de cancers, les personnes qui passent l'un de ces examens au cours des 10 années précédentes n'ont pas besoin d'examen de dépistage. Ainsi les personnes de 50 à 74 ans qui n'ont pas passé un TSOF au cours des deux dernières années ou une coloscopie ou une sigmoïdoscopie au cours des 10 dernières années ont dépassé la limite établie pour les examens de dépistage du cancer colorectal. Il s'agit notamment des personnes qui n'ont jamais passé d'examen colorectal.

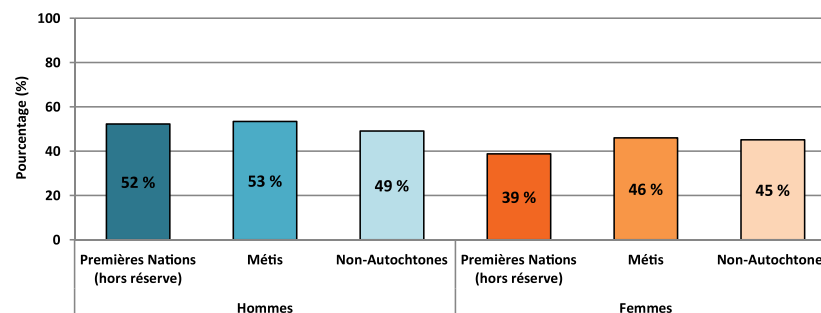
Premières Nations

Environ la moitié des hommes et moins de 40 % des femmes appartenant aux Premières Nations ont dépassé la limite établie pour les examens de dépistage du cancer colorectal. Ces taux sont semblables à ceux des hommes et des femmes non autochtones.

Métis

La population métisse et la population non autochtone sont aussi susceptible l'une que l'autre d'avoir dépassé la limite pour le dépistage du cancer colorectal, environ la moitié des membres des deux groupes déclarant ne pas avoir passé de TSOF au cours des deux dernières années ou de coloscopie ou sigmoïdoscopie au cours des 10 dernières années.

Figure 8. Proportion de la population ayant dépassé la limite pour le dépistage du cancer colorectal (ce qui comprend les personnes n'ayant jamais passé d'examen de dépistage), adultes de l'Ontario (50 à 74 ans), selon l'origine autochtone (hors réserve) et le sexe, 2007-2011, données regroupées



* L'estimation diffère sensiblement de l'estimation relative à la population non autochtone.
Remarques : Les estimations sont standardisées selon l'âge à la population d'identité autochtone en Ontario en 2006.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007-2011 (Statistique Canada)



Une équipe de ACO participe à une réunion à Sandy Lake

Participation au dépistage du cancer du sein

Action Cancer Ontario recommande aux femmes de 50 à 74 ans de passer une mammographie tous les deux ans pour le dépistage du cancer du sein¹⁹

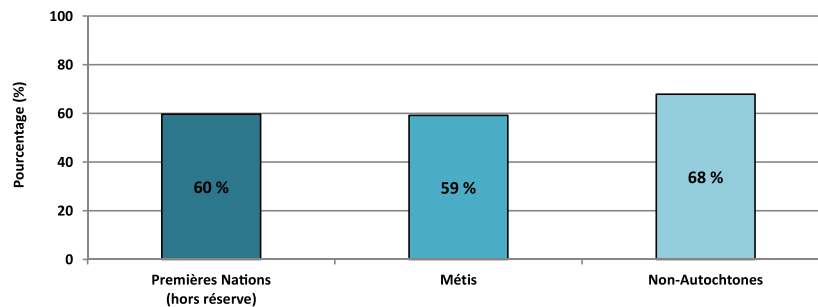
Premières Nations

Un plus petit nombre de femmes appartenant aux Premières Nations de l'Ontario ont passé une mammographie de dépistage au cours des deux dernières années par rapport aux femmes non autochtones; par contre, cette différence n'est pas significative statistiquement (60 % contre 68 %).

Métis

Le pourcentage de femmes métisses qui ont participé à des examens de dépistage par mammographie au cours des deux dernières années est inférieur au nombre de femmes non autochtones, même si cette différence n'est pas significative statistiquement (59 % contre 68 %).

Figure 9. Proportion des femmes de l'Ontario qui ont passé au moins une mammographie au cours des deux dernières années, de 50 à 74 ans, selon l'origine autochtone (hors réserve), 2007, 2008, 2011, données regroupées



Remarques : Les estimations sont standardisées selon l'âge à la population d'identité autochtone en Ontario en 2006. L'indicateur de mammographie ne figurait pas dans les questionnaires des ESCC 2009 et 2010.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007, 2008, 2011 (Statistique Canada)



Annelind Wakegijig, BSc, M.D, C.C.F.P.

**Directrice régionale de la lutte contre le cancer autochtone
Région Nord-Est**



Originaire de la réserve indienne non cédée de Wikwemikong, à Manitoulin Island, la Dre Annelind Wakegijig était directrice médicale de l'équipe de santé familiale de Baawaating de la Première Nation Batchewana, près de Sault Ste. Marie, avant de rejoindre les rangs de ACO. Elle connaît parfaitement l'importance, et la difficulté, de réduire la division culturelle entre les fournisseurs de soins de santé et leurs patients autochtones.

« Pour les personnes qui connaissent mal l'histoire des peuples des Premières Nations, du gouvernement du Canada et de l'Église, explique-t-elle, c'est peu dire qu'il y a une méfiance envers les personnes en position d'autorité. Cette méfiance, malheureusement, se retrouve souvent dans le domaine des soins de santé. Les médecins, les infirmières et les autres spécialistes de la santé sont considérés comme des figures d'autorité, ce qui rend plus difficile la promotion des initiatives en matière de soins de santé. Il est encourageant de voir les efforts déployés, dans le cadre de la Stratégie pour la lutte contre le cancer chez les peuples autochtones en vue de tenir compte de notre histoire et d'être davantage sensibles et ouverts, pour rendre l'accès aux examens de dépistage, aux traitements et aux soins palliatifs en cas de cancer moins intimidant pour les membres des Premières Nations, des Métis et des Inuits. »



Tony Jocko (analyste politique en matière de santé pour l'UOI) et l'équipe de ACO (Alethea Kewayosh, Annelind Wakegijig et Mark Hartman) participant à une rencontre avec le Comité directeur sur la santé de North Shore Anishnawbek, de la Première nation de Mississauga

La tâche à accomplir

Participation aux examens de dépistage du cancer du col de l'utérus

Action Cancer Ontario recommande aux femmes sexuellement actives de 21 à 69 ans de passer un test Pap tous les trois ans²⁰

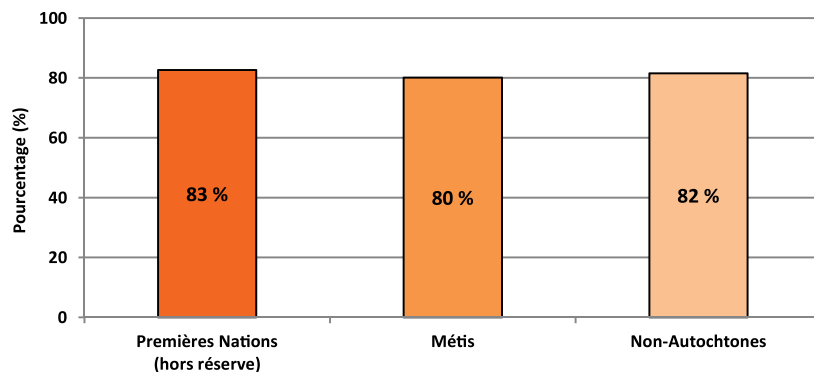
Premières Nations

Les femmes des Premières Nations sont aussi susceptibles que les femmes non autochtones de déclarer avoir passé un test Pap au cours des trois dernières années (83 % contre 82 %).

Métis

Une proportion semblable de femmes métisses et de femmes non autochtones déclarent avoir passé un test Pap au cours des trois dernières années (80 % contre 82 %).

Figure 10. Proportion des femmes de l'Ontario qui ont passé au moins un test Pap au cours des trois dernières années, de 21 à 69 ans, selon l'origine autochtone (hors réserve), 2007, 2008, 2011, données regroupées



Remarques : Les estimations sont standardisées selon l'âge à la population d'identité autochtone en Ontario en 2006. Indicateur de test Pap non inclus dans les questionnaires des ESCC 2009 et 2010. Les femmes ayant eu une hystérectomie ont été exclues de l'analyse.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007, 2008, 2011 (Statistique Canada)



Réunion de l'ULCCA avec des représentants de l'Équipe de guérison et de bien-être de la Nation métisse de l'Ontario, à Ottawa, en septembre 2013



Bibliographie

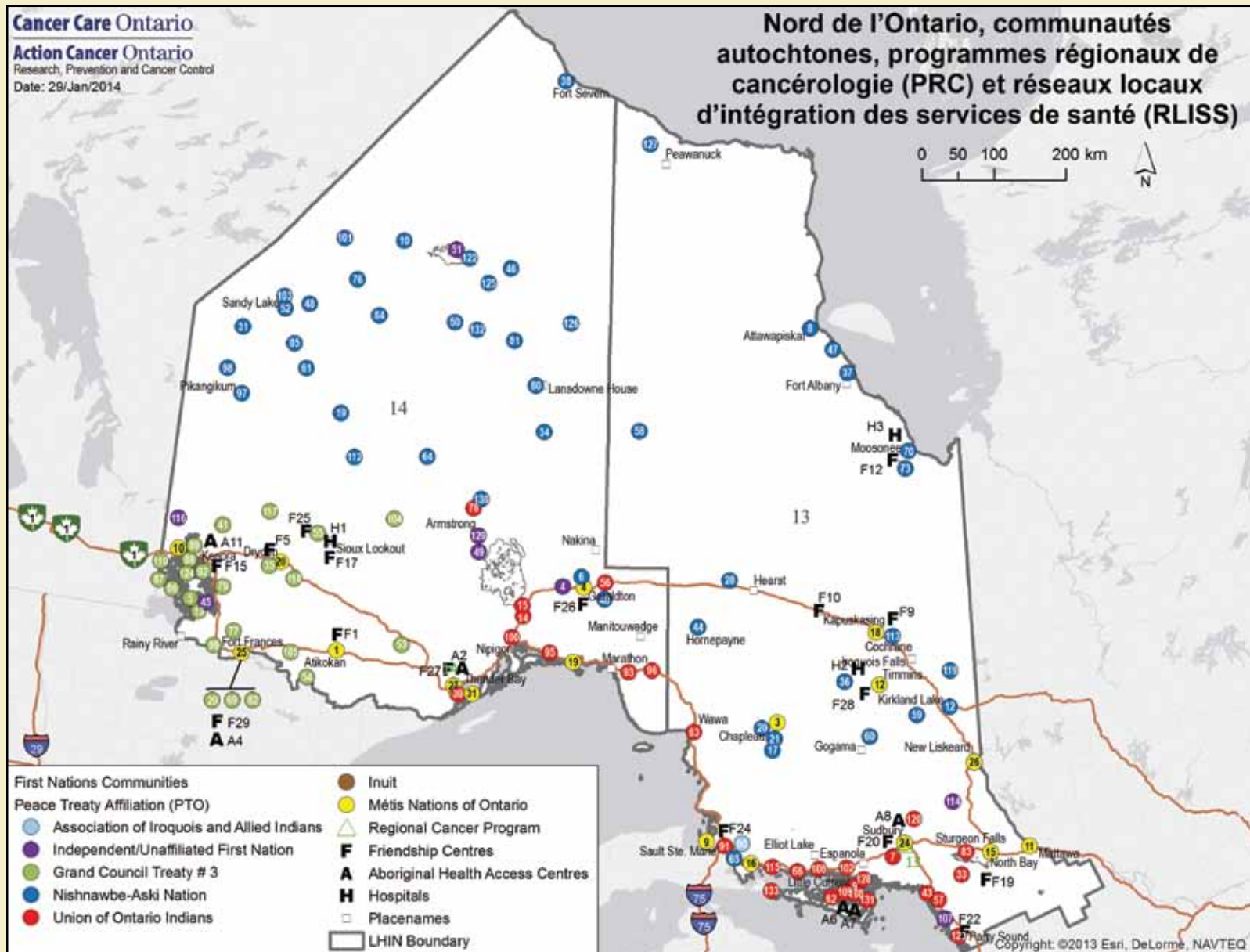
- ¹ Inconnu. Préparé par : Organisation mondiale de la Santé. Cancer Fact Sheet. Fact sheet N°297. Février 2012. Consultation le 7 octobre 2013. Accessible à : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/#>.
- ² National Cancer Institute (NCI). Smoking: Tobacco Facts. [Internet]. National Institutes of Health: Department of Health and Human Services; 2013 [citation le 13 juillet 2013]. Accessible à : <http://www.cancer.gov/cancertopics/tobacco/smoking>.
- ³ National Cancer Institute (NCI). Obesity and Cancer Risk. [Internet]. National Institutes of Health: Department of Health and Human Services; 2012 [mise à jour le 3 janvier 2012; citation le 13 juillet 2013]. Accessible à : <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Risk/obesity>.
- ⁴ National Cancer Institute (NCI). Physical Activity and Cancer. [Internet]. National Institutes of Health: Department of Health and Human Services; 2009 [mise à jour le 22 juillet 2009; citation le 13 juillet 2013]. Accessible à : <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/prevention/physicalactivity>.
- ⁵ Cancer Research UK. Diet and cancer: the evidence. [Internet]. Cancer Research UK; 2009 Sep 25 [citation le 13 juillet 2013]. Accessible à : <http://www.cancerresearchuk.org/cancer-info/healthyliving/dietandhealthyeating/howdoweknow/diet-and-cancer-the-evidence>.
- ⁶ National Cancer Institute (NCI). Alcohol and Cancer Risk. [Internet]. National Institutes of Health: Department of Health and Human Services; 2013 [mise à jour le 24 juin 2013; citation le 13 juillet 2013]. Accessible à : <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Risk/alcohol>.
- ⁷ Lynch B. Sedentary Behaviour and Cancer: A Systematic Review of the Literature and Proposed Biological Mechanisms. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2010 Sep 10;19(11):2691-709.
- ⁸ World Cancer Research Fund/ American Institute for Cancer Research. Continuous update project report summary. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of breast cancer [Internet]. AICR; 2010 [citation le 19 juin 2012]. Accessible à : http://www.dietandcancerreport.org/cancer_resource_center/downloads/cu/cu_breast_cancer_report_2008_summary.pdf.
- ⁹ Shields M. and Tremblay MS. Sedentary behaviour and obesity. *Health Reports* 2008 Jun; 19(2): 19-30.
- ¹⁰ World Cancer Research Fund/ American Institute for Cancer Research. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. Washington, DC: AICR; 2007.
- ¹¹ World Cancer Research Fund/ American Institute for Cancer Research. Continuous update project. Colorectal cancer report 2010 summary. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer [Internet]. AICR; 2011 [citation le 8 mars 2012]. Accessible à : http://www.dietandcancerreport.org/cancer_resource_center/downloads/cu/CUP_CRC_summary_2011.pdf.
- ¹² Friedenreich CM, Neilson HK, Lynch BM. State of the epidemiological evidence on physical activity and cancer prevention. *Eur J Cancer* 2010;46(14):2593-604.
- ¹³ Centre international de Recherche sur le Cancer. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Volume 100E. A review of human carcinogens. Part E: Personal habits and indoor combustions. Lyon : Centre international de Recherche sur le Cancer; 2012.
- ¹⁴ Hashibe M, Brennan P, Chuang SC, Boccia S, Castellsague X, Chen C, et al. Interaction between tobacco and alcohol use and the risk of head and neck cancer: pooled analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology Consortium. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2009;18(2): 541-50.
- ¹⁵ Action Cancer Ontario [Internet]. 2011. How Ontarians participate in the program. [citation le 25 février 2013]. Accessible à <https://www.cancercare.on.ca/pcs/screening/coloscreening/cccwks/cccparticipation>.
- ¹⁶ Segnan N, Armaroli P, Bonelli L, Risio M, Sciallero S, Zappa M, et al. Once-only sigmoidoscopy in colorectal cancer screening: follow-up findings of the Italian randomized controlled trial—SCORE. *Journal of the National Cancer Institute*. 2011;103(17):1310-22.
- ¹⁷ Atkin WS, Edwards R, Kralj-Hans I, Wooldrage K, Hart AR, Northover JMA, et al. Once-only flexible sigmoidoscopy screening in prevention of colorectal cancer: a multicentre randomized controlled trial. *Lancet*. 2010;375(9726):1624-33.
- ¹⁸ Schoen RE, Pinsky PF, Weissfeld JL, Yokochi LA, Church T, Laiyemo AO, Bresalier R, Andriole GL, Buys SS, Crawford ED, et al. Colorectal-cancer incidence and mortality with screening flexible sigmoidoscopy. *New England Journal of Medicine*. 2012; 366: 2345-2357.
- ¹⁹ Action Cancer Ontario. Mammograms. [Internet]. Action Cancer Ontario; 18 oct 2012 [citation le 16 juillet 2013]. Accessible à : <http://www.cancercare.on.ca/pcs/screening/breastscreening/mammograms/>.
- ²⁰ Action Cancer Ontario. Screening Guidelines. [Internet]. Action Cancer Ontario; 24 avril 2013 [citation le 16 juillet 2013]. Accessible à http://www.cancercare.on.ca/pcs/screening/cervscreening/screening_guidelines/.

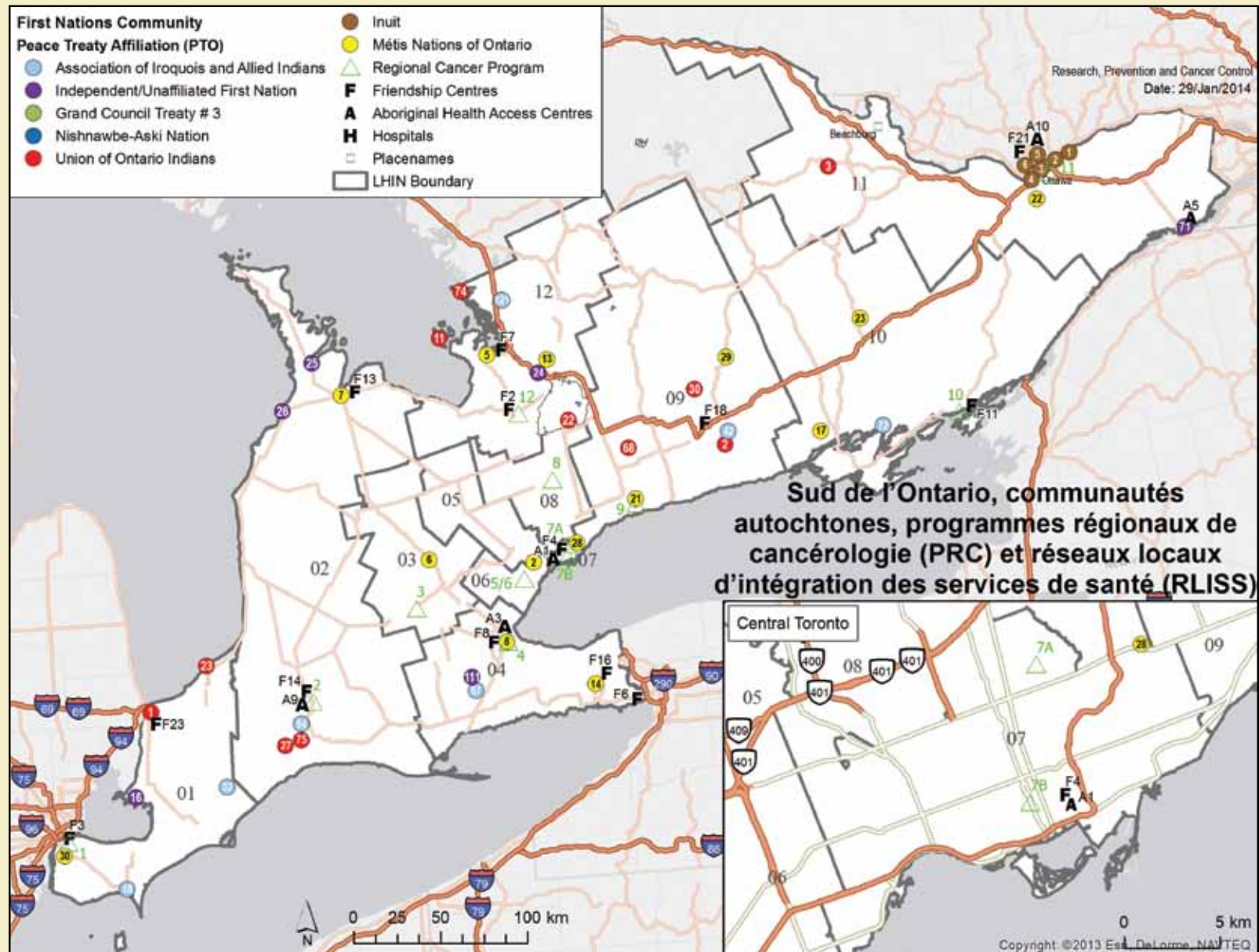
Les gens





Cartographie de notre réseau de soutien





Cartographie des peuples autochtones de l'Ontario

Répertoire des collectivités des Premières Nations

1. Première Nation Aamjiwnaang
2. Première Nation d'Alderville
3. Première Nation des Algonquins Pikwakanagan
4. Animiigoog Zaag'igan Anishinaabek
5. Anishinaabeg of Naongashiing (Big Island)
6. Première Nation d'Aroland
7. Atikameksheng Anishnawbek (Whitefish Lake)
8. Première Nation d'Attawapiskat
9. Première Nation d'Aundek Omni Kaning
10. Première Nation de Bearskin Lake
11. Première Nation de Beausoleil
12. Première Nation de Beaverhouse
13. Première Nation de Big Grassy
14. Première Nation Biinjitiwaabik Zaaging Anishinaabek
15. Bingwi Neyaashi Anishinaabek (Sand Point)
16. Territoire de Bkejwanong (île Walpole)
17. Première Nation de Brunswick House
18. Première Nation de Caldwell
19. Première Nation de Cat Lake
20. Première Nation crie de Chapeau
21. Première Nation Ojibwe de Chapeau
22. Chippewas de l'île Georgina
23. Chippewas des pointes Kettle et Stony 53 Indian Lane
24. Chippewas de Rama
25. Chippewas de Nawash (Cap Croker)
26. Chippewas de Saugeen
27. Chippewas de la Thames
28. Première Nation de Constance Lake Mattawa
29. Première Nation de Couchiching
30. Première Nation de Curve Lake
31. Première Nation de Deer Lake
32. Nation Delaware
33. Première Nation de Dokis
34. Première Nation d'Eabametoong
35. Première Nation d'Eagle Lake

36. Première Nation de Flying Post
37. Première Nation de Fort Albany
38. Première Nation de Fort Severn
39. Première Nation de Fort William, Conseil tribal Nokiwin
40. Première Nation de Ginoogaming
41. Première Nation de Grassy Narrows/
Asubspeescheseewagong Netum Anishnabek
42. Première Nation de Hiawatha
43. Première Nation de Henvey Inlet
44. Première Nation de Hornepayne
45. Première Nation autonome Iskatewizaagegan
(Réserve n° 39)
46. Première Nation de Kasabonika Lake
47. Première Nation de Kashechewan
48. Première Nation de Keewaywin
49. Première Nation Kiashke Zaaging Anishinaabek
de Gull Bay
50. Première Nation de Kingfisher Lake
51. Kitchenuhmaykoosib Inninuwug (Big Trout Lake)
52. Première Nation de Koocheching
53. Première Nation du lac Des Mille Lacs
54. Première Nation du lac La Croix
55. Première Nation du lac Seul
56. Première Nation de Long Lake (Réserve n° 58)
57. Première Nation de Magnetawan
58. Première Nation de Marten Falls
59. Première Nation de Matachewan
60. Première Nation de Mattagami
61. Première Nation de McDowell Lake
62. Première Nation de M'Chigeeng
63. Première Nation de Michipicoten
64. Première Nation de Mishkeegogamang
65. Première Nation crie de Missanabie
66. Première Nation de Mississauga (Réserve n° 8)
67. Première Nation Mississaugas de New Credit
(Réserve n° 8)
68. Première Nation Mississaugas de l'île Scugog
69. Première Nation de Mitaanjigamiing (Stanjikoming)
70. Conseil des Cris Mocreebec
71. Mohawks d'Akwesasne
72. Mohawks de la baie de Quinte
73. Première Nation crie de la Moose
74. Première Nation de Moose Deer Point
75. Première Nation delaware de Munsee
76. Première Nation de Muskrat Dam
77. Première Nation de Naicatchewenin
78. Première Nation de Namaygoosisagagun
79. Première Nation de Naotkamegwanning Anishinabe
80. Première Nation de Neskantaga
81. Première Nation de Nibnamik
82. Première Nation de Nigigoonsiminikaaning
83. Première Nation de Nipissing

84. Première Nation du lac Caribou Nord
85. Première Nation de North Spirit Lake
86. Première Nation de Northwest Angle n° 33
87. Première Nation de Northwest Angle n° 37
88. Obashkaandagaang (Washagamis Bay)
89. Nation Ochiichagwe'Babigo'ining
90. Ojibways de Batchewana (Rankin)
91. Ojibways de Garden River
92. Ojibways d'Onigaming (Sabaskong)
93. Ojibways de la rivière Pic (Heron Bay)
94. Nation Oneida de la Thames
95. Première Nation de Pays Plat
96. Première Nation de Pic Mobert
97. Première Nation de Pikangikum
98. Première Nation de Poplar Hill
99. Première Nation de la rivière à la Pluie
100. Première Nation de Red Rock
101. Première Nation de Sachigo Lake
102. Première Nation de Sagamok Anishnawbek
103. Première Nation de Sandy Lake
104. Première Nation de Saugeen
105. Première Nation de Seine River
106. Première Nation de Serpent River
107. Première Nation de Shawanaga
108. Première Nation de Sheshegan
109. Première Nation de Sheshegan
110. Première Nation du lac de Shoal (Réserve n° 40)
111. Territoire des Six Nations de la rivière Grand
112. Première Nation de Slate Falls
113. Taykwa Tagamou (New Post)
114. Première Nation de Temagami
115. Première Nation de Thessalon
116. Première Nation de Wabaseemoong
117. Première Nation de Wabauskang
118. Première Nation de Wabigoon
119. Première Nation de Wahgoshig
120. Première Nation de Wahnapiatae
121. Mohawks de Wahta (Mohawks de Gibson)
122. Première Nation de Wapekeka
123. Première Nation de Wasauksing
124. Première Nation de Wauzhushk Onigum
125. Première Nation de Wawakapewin
126. Première Nation de Webequie
127. Première Nation de Weenusk
128. Première Nation de Whitefish River
129. Première Nation de Whitesand
130. Première Nation de Whitewater Lake
131. Réserve indienne non cédée de Wikwemikong
132. Première Nation du lac Wunnumin
133. Première Nation de Zhiibaahaasing

Répertoire de la collectivité inuite

1. Soutien communautaire pour les Inuits
2. Centre de ressources familiales et de promotion de la santé pour les Inuits
3. Inuit Tapirit Kanatami
4. Larga Home Ltd
5. Pauktuutit
6. Tungasuvvingat Inuit

Répertoire des Nations métisses de l'Ontario

1. Conseil provisoire des Métis d'Atikokan et de la région environnante
2. Conseil des Métis de la rivière Credit
3. Conseil des Métis de Chapleau
4. Conseil des Métis de Geraldton et de la région
5. Conseil des Métis de la baie Georgienne
6. Conseil des Métis de la collectivité de la rivière Grand
7. Conseil des Métis des Grands Lacs
8. Conseil des Métis de Hamilton/Wentworth
9. Conseil des Métis de Sault Ste Marie historique
10. Conseil des Métis de Kenora
11. Conseil des Métis de Mattawa
12. Nation des Métis de l'Ontario-Timmins
13. Conseil des Métis de la rivière Moon
14. Conseil des Métis de la Région de Niagara
15. Conseil des Métis de North Bay
16. Conseil des Métis du chenal Nord
17. Conseil des Métis de Northumberland
18. Conseil des Métis Northern Lights
19. Conseil des Métis de la rive Nord
20. Conseil de la Nation des métis du nord-ouest de l'Ontario
21. Conseil des métis de la Région d'Oshawa & Durham
22. Conseil des Métis de la Région d'Ottawa
23. Conseil des Métis de Seven Rivers
24. Conseil des Métis de Sudbury
25. Conseil des Métis du comté de Sunset
26. Conseil des Métis de Temiskaming
27. Conseil des Métis de Thunder Bay
28. Conseil des Métis de Toronto
29. Conseil provisoire des Métis de Wapiti
30. Conseil des Métis de Windsor Essex
31. Red Sky Métis Independent Nation

Programme régional de cancérologie

- △ 1. PRC d'Erie St. Clair
- △ 2. PRC du Sud-Ouest
- △ 3. PRC de Waterloo Wellington
- △ 4. PRC de Hamilton Niagara Haldimand Brant
- △ 5./6. PRC de Mississauga Halton et du Centre-Ouest
- △ 7A. PRC du centre de Toronto
- △ 7B. PRC du centre de Toronto
- △ 8. PRC du Centre
- △ 9. PRC du Centre Est
- △ 10. PRC du Sud-Est
- △ 11. PRC de Champlain
- △ 12. PRC de Simcoe-Nord Muskoka
- △ 13. Centre de cancérologie du Nord-Est
- △ 14. PRC du Nord-Ouest

Centres d'amitié

- F1. Centre d'amitié autochtone d'Atikokan
- F2. Centre d'amitié autochtone de Barrie
- F3. Centre d'amitié autochtone CanAm de Windsor
- F4. Council Fire Native Cultural Centre Inc
- F5. Centre d'amitié autochtone de Dryden
- F6. Centre d'amitié autochtone de Fort Erie
- F7. Centre d'amitié autochtone de la baie Georgienne
- F8. Centre indien régional de Hamilton
- F9. Centre d'amitié Ininew, Cochrane ON
- F10. Centre d'amitié de Kapuskasing
- F11. Centre d'amitié de Katarokwi
- F12. Centre d'amitié de Moosonee
- F13. Centre de ressources culturelles autochtones de MWikwedong
- F14. Centre d'amitié NAmerind, London ON
- F15. Centre d'amitié NeChee
- F16. Centre autochtone régional de Niagara
- F17. Centre d'amitié Nishnawbe-Gamik
- F18. Centre d'amitié Nogojiwanong
- F19. Centre d'amitié indien de North Bay
- F20. Centre d'amitié NSwakamok
- F21. Centre d'amitié autochtone d'Odawa
- F22. Centre d'amitié de Parry Sound, Parry Sound ON
- F23. Centre d'amitié de Sarnia-Lambton, Sarnia ON
- F24. Centre d'amitié indien de Sault Ste Marie
- F25. Centre d'amitié de Red Lake
- F26. Centre d'amitié de Thunderbird
- F27. Centre d'amitié indien de Thunder Bay
- F28. Centre d'amitié autochtone de Timmins Native
- F29. Centre d'amitié autochtone uni

Centres autochtones d'accès aux soins de santé

- A1. Centre de santé Anishnawbe
- A2. CASA Anishnawbe-Mushkiki
- A3. CASA De dwa da dehs nye
- A4. Centre d'accès Gizhewaadiziwin
- A5. Kanonkwa'tesheio:io
- A6. N'Mninoeyaa : Accès aux soins de santé communautaires
- A7. Centre d'accès aux soins de santé Noojmowin Teg
- A8. Centre de santé Shkagamik-Kwe
- A9. CASA du sud-ouest de l'Ontario
- A10. Centre pour la santé des Autochtones Wabano
- A11. Waasegiizhig nanaandawe'yewigamig

Hôpitaux

- H1. Centre de santé hospitalier Meno Ya Win de Sioux Lookout
- H2. Centre de santé communautaire Misiway Milopemahtesewin
- H3. Hôpital Weeneebayko de l'Ontario



Remerciements

Chef du Grand conseil Patrick Madahbee, Nation Anishinabek
Grand Chef Warren White, Grand Conseil du Traité N 3
Grand Chef Harvey Yesno, Nation nishnawbe aski
Grand Chef Gord Peters, Association of Iroquois and Allied Indians
Gary Lipinski, Président, Nation métisse de l'Ontario
Connie Siedule, Directrice générale, Tungasuvvingat Inuit Family Health Centre

Organismes autochtones provinciaux

Sylvia Maracle, Directrice générale, Ontario Federation of Indian Friendship Centres
Betty Kennedy, Directrice générale, Ontario Native Women's Association

Comité conjoint sur le cancer chez les peuples autochtones de l'Ontario

Tony Jocko, Analyste sur les politiques de santé, Union of Ontario Indians, North Bay, Ontario
Becky Holden, Analyste sur les politiques de santé, Grand Conseil du Traité N 3, Kenora, Ontario
Natalie Binguis, Analyste sur les politiques de santé, Nation nishnawbe aski, Thunder Bay, Ontario
Cathryn Mandoka, Association of Iroquois and Allied Indians (AIAI), London, Ontario
Shelley Gonneville, Directrice, Initiatives pour les enfants et les familles, Nation métisse de l'Ontario, Ottawa, Ontario
Connie Siedule, Directrice de la santé, Tungasuvvingat Inuit, Ottawa, Ontario
Lyndia Jones, Analyste sur les politiques de santé, Independent First Nations, Nobel, Ontario
Mariah Abotossaway, Directrice pour la jeunesse de la région Est, Ontario Native Women's Association, Sudbury, Ontario
Melissa Deleary, Analyste sur les politiques de santé, Ontario Federation of Indian Friendship Centres, Toronto, Ontario
D^{re} Amanda Hey, Conseillère médicale, Hôpital régional de Sudbury, Sudbury, Ontario
John Atkinson, Directeur, Prévention du cancer et lutte contre le tabagisme, Société canadienne du cancer

Action Cancer Ontario

Michael Sherar, Président et Chef de la direction
D^{re} Linda Rabeneck, Vice-présidente, Prévention et lutte contre le cancer,

Planification et Programmes régionaux

Garth Matheson, Vice-président, Planification et Programmes régionaux

Unité de lutte contre le cancer chez les peuples autochtones

Alethea Kewayosh, Directrice
Usman Aslam, Gestionnaire principal
Margaret Moy Lum-Kwong, Gestionnaire principale
Eva D'souza, Analyste, Spécialiste de la documentation et de l'information
Joseph Imre, Analyste de projet principal
Jana Bogatin, Analyste de projet principal
Richard Steiner, Agent de liaison en partenariat
Caitlin Mills, Agent de liaison en partenariat
Lisa Beedie, Directrice de la Stratégie antitabac(Sud)
Jeffrey Werner, Directeur de la Stratégie antitabac (Nord)
Loretta Loon, Analyste de projet

Données sur les facteurs de risque et estimations de dépistage

Loraine Marrett, Chercheure principale, Surveillance, Prévention et lutte contre le cancer
Diane Nishri, Adjointe de recherche principale, Surveillance, prévention et lutte contre le cancer
Abigail Amartey, Adjointe de recherche, Surveillance, prévention et lutte contre le cancer
Diana Withrow, Adjointe de recherche, Surveillance, prévention et lutte contre le cancer

Personnel, stratégies et communications

Paula Knight, Vice-présidente
Doug Hawe, Directeur, Communications, stratégie et numérique
Marcie Somers, Stratégiste principale en communication

Finances, Approvisionnements et installations

Elham Roushani, Vice-président et Directeur financier

Analyse géospatiale

Todd Norwood, Directeur

Susan Wang, Adjointe de recherche

Division de la Prévention et de la lutte contre le cancer

Dépistage du cancer

Services généraux et planification

Centre de recherche sur le cancer professionnel

Prévention et surveillance

Recherche

Division des Programmes cliniques et des initiatives sur la qualité

Expérience des patients

Traitement des symptômes

Programme d'évaluation diagnostique

Gestion des voies pathologiques

Soins palliatifs

Programme pour les survivants

Oncologie psychosociale

Comités de direction provinciaux

Claudia Den Boer Grima, Vice-présidente régionale, Programme régional de cancérologie Erie St. Clair (Hôpital régional de Windsor), Windsor, Ontario

Neil Johnson, Vice-président régional, Programme régional de cancérologie du Sud-Ouest (Centre des sciences de la santé de London), London, Ontario

Mme. Judy Burns, Vice-présidente régionale, Programme régional de cancérologie de Waterloo Wellington (Hôpital de Grand River), Kitchener, Ontario

D^r Ralph Meyer, Vice-président régional, Programme régional de cancérologie de Hamilton Niagara Haldimand Brant (Centre régional de cancérologie Juravinski), Hamilton, Ontario

D^r Craig McFadyen, Vice-président régional, Programme régional de cancérologie du Centre-Ouest de Mississauga Halton, (Centre régional de cancérologie Carlo Fidani de Peel), Mississauga, Ontario

D^r Calvin Law, Vice-président régional, Programme régional de cancérologie de Toronto Centre (Centre de cancérologie Odette), Toronto, Ontario

D^{re} Mary Gospodarowicz, Vice-présidente régionale, Programme régional de cancérologie de Toronto Centre (Hôpital Princess-Margaret), Toronto, Ontario

D^r Louis Balogh, Vice-président régional, Programme régional de cancérologie du Centre (Centre régional de santé de Southlake), Newmarket, Ontario

Tom McHugh, Vice-président régional, Programme régional de cancérologie du Centre-Est (Centre régional de cancérologie RS McLaughlin de Durham), Oshawa, Ontario

Brenda Carter, Vice-présidente régionale, Programme régional de cancérologie du Sud-Est (Centre de cancérologie du Sud-Est de l'Ontario), Kingston, Ontario

Paula Doering, Vice-présidente régionale, Programme régional de cancérologie de Champlain (Centre régional de cancérologie de l'Hôpital d'Ottawa), Ottawa, Ontario

Lindsey Crawford, Vice-présidente régionale, Programme régional de cancérologie de North Simcoe Muskoka (Centre régional de santé Royal Victoria), Barrie, Ontario

Mark Hartman, Vice-président régional, Programme régional de cancérologie du Nord-Est (Sciences de la santé du Nord), Sudbury, Ontario

D^r Mark Henderson, Vice-président régional, Programme régional de cancérologie du Nord-Ouest (Centre des sciences de la santé de la région de Thunder Bay), Thunder Bay, Ontario

Directeurs régionaux de la lutte contre le cancer autochtone

D^{re} Annelind Wakegijig, région Nord-Est

D^{re} Shannon Wesley, région Nord-Ouest

Chris McDonald, région Sud-Ouest

Dr Mark Tomen, région Erie St. Clair

Dre Andrea East, région Hamilton Niagara Haldimand Brant

Accompagnateurs des patients autochtones

Sherri Baker, accompagnatrice des patients autochtones, région Nord-Est

Jeannie Simon, accompagnatrice des patients autochtones, région Nord-Ouest

Verna Stevens, accompagnatrice des patients autochtones, région de Champlain

Audrey Logan, accompagnatrice des patients autochtones, région Erie St. Clair

Kathy McLeod-Beaver, accompagnatrice des patients autochtones, région Centre-Est

Lee Styres-Loft, accompagnatrice des patients autochtones, région Hamilton Niagara Haldimand Brant

Leah Bergstrom, accompagnateur des patients autochtones, région North Simcoe Muskoka

Membres du réseau des accompagnateurs des patients autochtones

Carole Mayer, Directrice de la recherche et Directrice clinicienne régionale, Programme régional de cancérologie du Nord-Est

Traci Franklin, Coordonnatrice clinique, Programme des soins de soutien, Programme régional de cancérologie du Nord-Est

Trina Diner, Directrice des soins palliatifs et de la télémedecine, Programme régional de cancérologie du Nord-Ouest

Suzie Joannis, Directrice régionale, Dépistage et préventions, Programme régional de cancérologie de Champlain

Jeff Booth, Directeur régional, Programme régional de cancérologie Erie St. Clair

Tracy Soloninka, Directrice, Services systémiques, palliatifs et associés, Programme régional de cancérologie du Centre-Est

Jean Matone, Directeur, Prévention du cancer, dépistage et génétique, Programme régional de cancérologie Hamilton Niagara Haldimand Brant

Martha Wyatt, Directrice, Planification régionale des programmes de cancérologie, Programme régional de cancérologie de Toronto Centre

Millie Litt, Directrice, Services régionaux de cancérologie, Programme régional de cancérologie du Sud-Ouest

Julia Niblett, Directrice régionale, Programme régional de cancérologie du Sud-Est

Ashley Goodberry, Directrice du SIC, Dépistage et promotion de la santé, Programme régional de cancérologie du Sud-Est

Lesley MacInnis-Miller, Directrice, Prévention, dépistage et formation, Programme régional de cancérologie Simcoe Muskoka

Comités, équipes, conseils et groupes consultatifs régionaux sur la santé des PNIM

Aînés

Barney Batise, Aîné, Première Nation matachewan

Roland St. Germain, Aîné métis

Clayton Shirt, Gardien des connaissances traditionnelles

Gouvernement de l'Ontario

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Création :

Rédaction : Chris Mercer, Président, Adhawk Communications Inc.

Conception : Bryan Barker R.D.G., Adhawk Communications Inc.

