

Rapport de référence sur la lutte contre le cancer chez les Métis au Canada



Remerciements

La réalisation du présent rapport a été possible grâce à une contribution financière de Santé Canada, par l'intermédiaire du Partenariat canadien contre le cancer. Les opinions qui y sont exprimées sont celles du Partenariat canadien contre le cancer.

La majeure partie de l'information sur laquelle repose notre série de rapports de référence sur la lutte contre le cancer chez les Premières nations, les Inuits et les Métis, respectivement, est tirée d'analyses de l'environnement réalisées en 2012. Ces analyses peuvent être consultées sur le site vuesurlecancer.ca. Elles ont constitué une précieuse source de renseignements, comprenant notamment des descriptions détaillées des parcours de soins liés au cancer vécus par des patients des Premières nations, inuits et métis au Canada ainsi que des exemples de pratiques exemplaires permettant de faire progresser la lutte contre le cancer pour et avec les Premières nations, les Inuits et les Métis. Le présent rapport de référence a pour but de donner une vue d'ensemble de l'état de la lutte contre le cancer chez les Métis en date de décembre 2013.

Le Partenariat canadien contre le cancer reconnaît avec gratitude les conseils que lui ont fournis le caucus des organisations autochtones nationales et le comité consultatif sur la lutte contre le cancer chez les Premières nations, les Inuits et les Métis.

Le contenu de la présente publication peut être reproduit en totalité ou en partie à des fins non commerciales et avec mention complète de la source, soit le Partenariat canadien contre le cancer.

Le Partenariat canadien contre le cancer reconnaît avec gratitude l'apport de la Nation métisse de l'Ontario, et les photos que lui ont fournies le Ralliement national des Métis, la Métis Nation British Columbia, la Métis Nation-Saskatchewan, Jocer Sabbaluca et Carol Carifelle-Brzezcki ainsi que leurs familles pour ce rapport.

Citation recommandée : Partenariat canadien contre le cancer (2014). Rapport de référence sur la lutte contre le cancer chez les Métis au Canada. Toronto : Partenariat canadien de lutte contre le cancer.

Table des matières

Remerciements



1. Introduction – Cancer and First Nations, Inuit and Métis	4
1.1 Sources d'information du rapport	5
1.2 Considérations relatives aux données	6



2. La lutte contre le cancer et les Métis – un tableau national	7
2.1 Qui sont les Métis?	7
Combien y a-t-il de Métis au Canada?	
Où vivent les Métis?	
Structures de gouvernance et représentation	
2.2 Les soins de santé chez les Métis	9
2.3 Les maladies chroniques et le cancer	9
Les facteurs de risque de maladie chronique chez les Métis	
Tendances actuelles relatives au cancer	
2.4 Les soins contre le cancer chez les Métis	14
Parcours face au cancer	



3. Obstacles à la prestation des services de santé	18
3.1 Accès aux soins dans les collectivités rurales et éloignées	19
Ressources humaines en santé	
3.2 Coordination des soins	21
Organismes provinciaux de lutte contre le cancer	
Hôpitaux	
Ordres de gouvernement	
3.3 Identification des patients	23
Besoins en information	
Sources de données	
Professionnels de la santé	
3.4 Sensibilisation des collectivités et éducation sur le cancer	28
Visions du cancer	
Prévention par l'éducation	

4. Expérience des patients	31	
4.1 Début de l'expérience globale du cancer : le dépistage et le diagnostic	31	
Dépistage précoce		
Défis liés au dépistage		
Diagnostiquer le cancer		
4.2 Vivre avec le cancer : le traitement	39	
Information sur le traitement		
Guérison traditionnelle et soins culturellement adaptés		
Orientation dans le système		
4.3 Soins communautaires et à domicile	44	
la planification du congé de l'hôpital		
Soins palliatifs		
4.4 Survivre au cancer	47	
Soutenir les survivants		
Gestion des cas		
La vie après le cancer		
5. Conclusion	51	
5.1 Épilogue	51	
La sécurité culturelle des Métis		
Stratégie contre le cancer au Manitoba : 2012-2017		
Alberta's Cancer Plan to 2030		
Cours axé sur la prestation de soins aux cancéreux @Yourside		
Colleague® de Saint Elizabeth		
L'Aboriginal Cancer Care Strategy (ACCS) tirée de la Northern		
Cancer Control Strategy (NCCS) en Colombie Britannique		
6. Références	54	

1. Introduction – Le cancer et les Premières nations, les Inuits et les Métis

Le cancer a un impact sur tout le monde, mais sa distribution, ses répercussions et ses résultats ne se répartissent pas également. Les taux des cancers courants ont augmenté chez les Premières nations, les Inuits et les Métis ces dernières décennies et, dans certaines populations, ils sont maintenant égaux ou supérieurs aux taux d'incidence dans la population canadienne générale. Des déterminants plus généraux de la santé, notamment des facteurs tels que la culture, le lieu de résidence et l'accès à des services de santé de base contribuent au fardeau unique en matière de cancer auquel sont confrontés les Premières nations, les Inuits et les Métis. Il y a quelques générations, le cancer était une maladie relativement inconnue (en partie à cause de la durée de vie plus brève attribuable aux maladies infectieuses et aux blessures), mais il se classe à présent parmi les trois principales causes de décès¹.

La promotion de la lutte contre le cancer avec et pour les Premières nations, les Inuits et les Métis est une priorité du Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat). En 2011, le Plan d'action de lutte contre le cancer chez les Premières nations, les Inuits et les Métis a été publié. Il est le fruit des efforts concertés d'un grand nombre d'organismes et de particuliers. Les parties prenantes dans la lutte contre le cancer, y compris des membres des Premières nations, des Inuits et des Métis, ont travaillé à déterminer les enjeux et les obstacles qui influent sur la prestation de soins oncologiques à chacune de ces trois populations; les constatations indiquent que beaucoup de collectivités sont prêtes, disposées et aptes à entreprendre le travail de collaboration requis pour trouver des solutions et apporter des améliorations aux parcours de soins liés au cancer.

Plusieurs programmes innovateurs un peu partout au Canada commencent déjà à s'attaquer à ces problèmes, ainsi qu'à d'autres, et un bon nombre ont connu un succès régional notable. Toutefois, en raison du caractère limité des communications et de l'échange d'expertise entre les différentes administrations, bien des histoires de réussite régionales passent inaperçues.

Le présent rapport de référence a pour but de donner une vue d'ensemble de l'état de la lutte contre le cancer chez les Métis en date de décembre 2013. Il décrit donc un niveau de référence par rapport auquel les progrès pourront être mesurés pendant les années à venir. L'information et les faits nouveaux disponibles après décembre 2013 sont inclus dans l'épilogue du présent rapport. Il s'agit de l'un des trois rapports séparés ayant pour objet de décrire les parcours distinctifs en matière de lutte contre le cancer chez les Premières nations, les Inuits et les Métis. Dans le présent document, nous décrivons le contexte du parcours des Métis, nous cernons les défis à relever et nous faisons état de pratiques exemplaires et prometteuses couronnées de succès sur l'ensemble du continuum de la lutte contre le cancer.



1.1 Sources d'information du rapport

Dans toute population, une lutte efficace contre le cancer nécessite une connaissance du fardeau actuel de la maladie au sein de la collectivité². Il est nécessaire de recueillir davantage de renseignements afin de mieux comprendre le parcours particulier emprunté face au cancer par les Premières nations, les Inuits et les Métis et de déterminer les lacunes et les obstacles dans les soins oncologiques appelant des interventions prioritaires de lutte contre le cancer et les problèmes de santé qui l'accompagnent. Afin de contribuer à combler ces besoins en information, le Partenariat a publié des demandes de propositions concernant la réalisation d'analyses de l'environnement destinées à recueillir les données nécessaires. Il a retenu les services d'entrepreneurs pour qu'ils procèdent à une recension de pratiques et de modèles exemplaires et prometteurs sur l'ensemble du continuum de la lutte contre le cancer, ainsi que des attitudes, des valeurs et des comportements à l'égard du cancer et des maladies chroniques. Une analyse de l'environnement a également été effectuée relativement aux systèmes existants d'identification ethnoculturelle des patients; cette analyse fournit des exemples de pratiques exemplaires de collecte et d'utilisation d'information sur la santé faisant appel à des méthodes adaptées à la culture.

L'information recueillie dans le cadre de ces analyses a contribué à l'évaluation de l'état actuel de la lutte contre le cancer ainsi qu'à la détermination des principales pratiques de lutte et des principaux modèles de soins au sein des populations métisses. Le présent rapport se fonde sur les données de ces analyses ainsi que sur d'autres sources comprenant entre autres, mais sans s'y limiter, des documents publiés par la Métis Nation British Columbia, la Métis Nation of Alberta, la Métis Nation – Saskatchewan, la Manitoba Métis Federation, la Nation métisse de l'Ontario, le Conseil canadien de la santé, les organismes provinciaux de lutte contre le cancer, Santé Canada, et des chercheurs indépendants.



En dernier lieu, afin de combler les lacunes particulières des connaissances relatives au parcours emprunté face au cancer par les Métis, le Partenariat a convoqué, de concert avec le Ralliement national des Métis, un groupe de travail temporaire composé d'organismes métis provinciaux et des responsables autochtones des soins en oncologie des organismes provinciaux de lutte contre le cancer. Ce groupe de travail est chargé de dégager des stratégies visant à réaliser les objectifs communs suivants :

- Améliorer les renseignements qualitatifs disponibles sur l'expérience globale du cancer vécue par les patients métis, en mettant l'accent sur la continuité des soins.
- Appuyer les organismes métis participants pour mieux faire connaître et comprendre les questions liées à la continuité des soins qui se posent pour les Métis tout au long de leur expérience globale du cancer.
- Intégrer les renseignements qualitatifs sur l'expérience globale du cancer vécue par les Métis au présent document de référence.

Pour approfondir ce travail, un financement a été dégagé grâce au lancement d'un appel de propositions, auquel trois administrations ont donné suite. D'octobre 2013 à janvier 2014, les



organismes suivants ont exécuté des projets axés sur l'expérience globale du cancer des patients Métis : la Nation métisse de l'Ontario, les Services de santé de l'Alberta – lutte contre le cancer en collaboration avec les établissements métis de l'Alberta, et la Métis Nation British Columbia en collaboration avec la BC Cancer Agency.

Les résultats de chacun de ces trois projets ont été intégrés au présent rapport.

1.2 Considérations relatives aux données

Aucun effort n'a été épargné pour rendre le présent rapport de référence le plus complet possible. Des progrès considérables ont été accomplis en matière de collecte de données sur la santé portant expressément sur les Premières nations, les Inuits et les Métis. Néanmoins, ces données sont loin d'atteindre la norme qui caractérise les données disponibles sur les autres Canadiens. Plusieurs lacunes et problèmes limitent les constatations qu'il est possible de faire dans le présent rapport de référence, notamment³ :

- La plupart des sources existantes de renseignements sur le cancer présentent des lacunes. Dans bien des cas, l'appartenance ethnique n'est pas consignée dans les sources de données; en conséquence, on manque de renseignements portant expressément sur les Premières nations, les Inuits et les Métis.
- L'identification des membres des Premières nations, des Inuits ou des Métis pose un problème, du fait que les diverses administrations appliquent des définitions et des critères différents.
- Les enquêtes nationales qui ne ciblent pas expressément les peuples autochtones n'ont pas de tailles d'échantillon suffisantes pour permettre de déterminer les tendances en matière de santé et, entre autres, les tendances relatives au cancer.
- Les enquêtes nationales telles que l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

excluent des segments de la population et ne comportent aucun mécanisme permettant de distinguer les données concernant les Premières nations, les Inuits et les Métis.

- Des enquêtes régionales et des initiatives de collecte de données ont tenté de combler ces lacunes; toutefois, les renseignements recueillis ne sont pas toujours comparables à l'échelle du pays.

En raison de ces limites des données, la compréhension du fardeau et des répercussions du cancer chez les Métis représente une tâche complexe. En l'absence d'information sur les statistiques relatives au cancer chez les Métis, il devient difficile de déterminer les tendances relatives au cancer, de surveiller les tendances au fil du temps et d'élaborer des initiatives efficaces en vue d'améliorer les résultats de la lutte. Il importe de reconnaître que dans bien des cas, en raison de ces lacunes dans l'information, le présent rapport doit recourir à des données plus anciennes qui peuvent ne pas avoir une portée nationale. Dans certaines situations, les données disponibles remontent à plus de dix ans, ce qui rend difficile de comprendre et d'analyser les réalités actuelles concernant le cancer chez les Métis.



2. La lutte contre le cancer et les Métis – un tableau national

2.1 Qui sont les Métis?

Les Métis sont l'un des trois groupes autochtones reconnus dans la Constitution du Canada. Les Métis sont devenus un peuple distinct aux XVIIIe et XIXe siècles à la suite d'unions entre des colons européens et des femmes membres des Premières nations ou inuites⁴. Le Ralliement national des Métis a adopté la définition suivante en 2002 :

« Un Métis est une personne qui se désigne comme Métis, qui se distingue des autres Autochtones, qui descend de Métis de souche, et qui est acceptée par la nation métisse⁵. »

Les Métis se distinguent des autres membres des Premières nations et des Inuits et ont leurs propres langues, cultures, valeurs et croyances, qui varient d'une collectivité et d'une région à l'autre⁶.

Combien y a-t-il de Métis au Canada?

Selon le recensement de 2006, 389 785 personnes se sont déclarées Métis, ce qui représente 34 % des 1 172 790 personnes ayant déclaré être autochtones. L'âge médian de la population métisse était de 30 ans en 2006, soit dix ans de moins que celui de la population non autochtone du Canada⁷.

Où vivent les Métis?

Les Métis vivent dans toutes les provinces et tous les territoires du Canada, mais la majorité d'entre eux, soit 87 %, vivent en Alberta, en Colombie Britannique, en Saskatchewan, au Manitoba ou en Ontario. En 2006, 69 % des Métis vivaient dans les régions urbaines, plus particulièrement à Winnipeg, Edmonton, Vancouver, Calgary, et Saskatoon, tandis que 29 % d'entre eux vivaient dans les

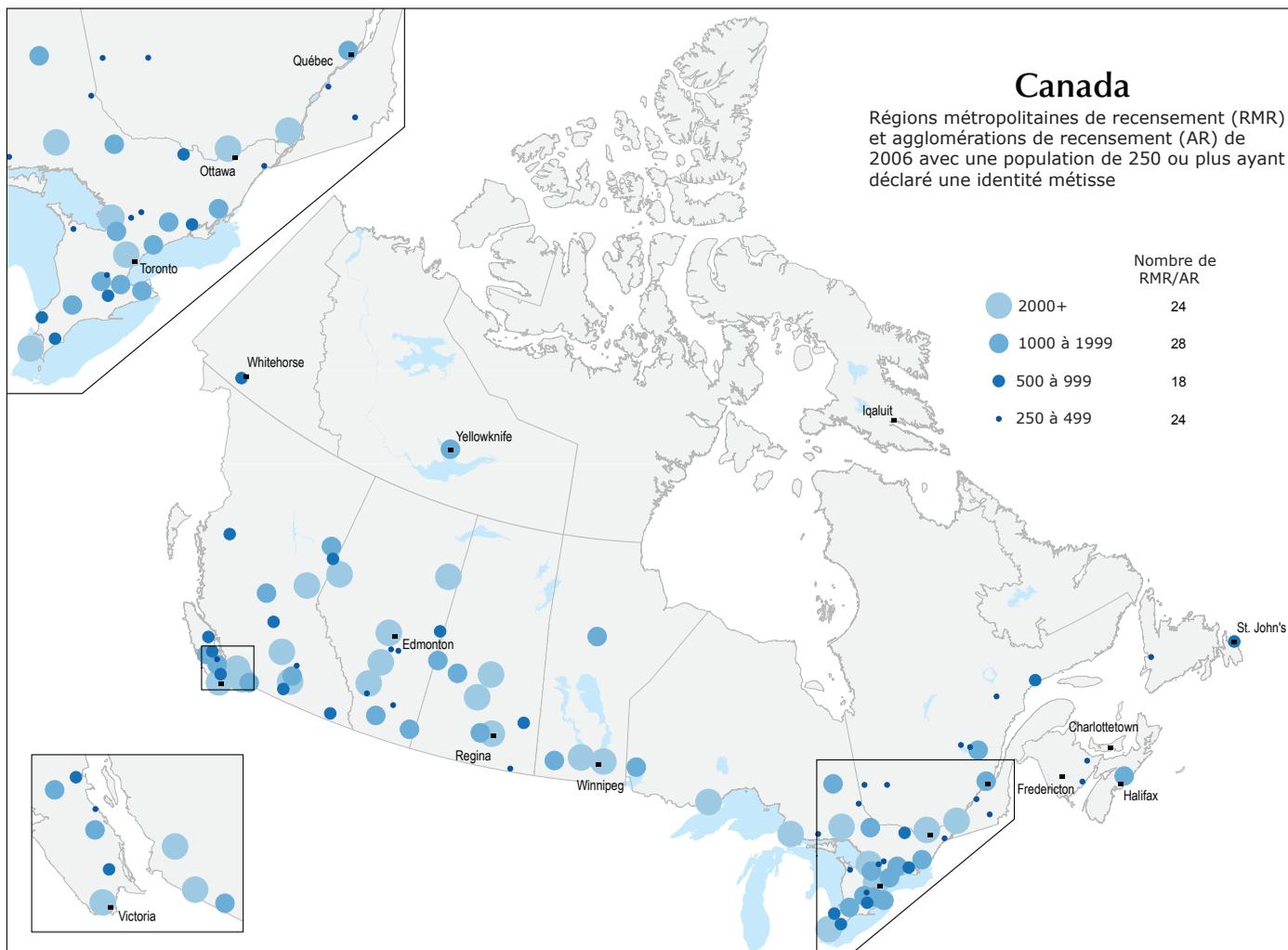


régions rurales et 1 % vivaient dans les réserves des Premières nations⁸. Les variations dans la répartition géographique et la taille des collectivités métisses influent directement sur les systèmes de prestation de soins de santé destinés aux Métis, qui existent dans chaque province et territoire.

La figure 1 indique l'emplacement des populations de 250 habitants ou plus ayant déclaré une identité métisse, selon la région métropolitaine de recensement.



Figure 1: Carte des populations ayant déclaré une identité métisse au Canada



Source : Recensement de 2006 de Statistique Canada.



Huit établissements métis dans le nord de l'Alberta, qui sont présentés à la figure 2, forment la seule assise territoriale métisse au Canada. Ces établissements sont répartis sur des terres d'une superficie de 1,25 million d'acres, qui appartiennent collectivement aux membres des huit collectivités suivantes : Buffalo Lake, East Prairie, Elizabeth, Fishing Lake, Gift Lake, Kikino, Paddle Prairie et Peavine⁹. Les établissements métis ont été créés en 1938 et abritent des familles multigénérationnelles qui continuent de vivre sur les propriétés familiales initiales et d'y pratiquer les modes de vie traditionnels de leurs ancêtres. L'emplacement géographique de ces collectivités constitue un obstacle pour certains Métis lorsqu'ils tentent d'obtenir des soins de santé, y compris des services de lutte contre le cancer.

Figure 2 : Carte des établissements métis en Alberta



Source : North Eastern Settlements Alliance¹⁰

Structures de gouvernance et représentation

À l'échelon national, le Ralliement national des Métis représente les intérêts de ses organismes dirigeants membres, qui sont installés en Ontario, au Manitoba, en Saskatchewan, en Alberta et en Colombie Britannique. Les Métis qui ne sont pas rattachés au Ralliement national des Métis sont représentés à l'échelon national par le Congrès des peuples autochtones, qui représente les Autochtones vivant hors réserve¹¹.

À l'échelon régional, les Métis sont représentés par leur organisme dirigeant membre respectif.

2.2 Les soins de santé chez les Métis

Les services de santé destinés aux Métis vivant au Canada sont fournis par les gouvernements provinciaux et territoriaux. Contrairement aux Premières nations et aux Inuits, les Métis ne sont pas admissibles à un financement de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada. Les Métis sont toutefois admissibles aux services des cliniques de santé des centres d'amitié autochtones, et sont généralement admissibles à divers autres services de santé autochtones. En Alberta, plusieurs des établissements métis disposent de centres de santé financés par les Services de santé de l'Alberta.

2.3 Les maladies chroniques et le cancer

Dans le cadre de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2006, 58 % des adultes métis ont dit être en excellente ou en très bonne santé – le même pourcentage qu'en 2001 et un peu moins que le taux normalisé selon l'âge observé chez la population générale du Canada, soit 62 %¹².

Une étude nationale sur la mortalité au sein de la population métisse entre 1991 et 2001 révèle qu'à 25 ans, l'espérance de vie des hommes métis était inférieure d'environ trois ans à celle des hommes de la cohorte non autochtone à l'étude, tandis que les



femmes métisses vivaient, en moyenne, cinq ans de moins que les femmes non autochtones. La même étude révèle que le cancer est la deuxième cause de décès chez les hommes métis et la principale cause de décès chez les femmes métisses. Le cancer a contribué à réduire l'espérance de vie chez les femmes métisses mais non chez les hommes, par comparaison à la population générale. L'étude révèle en outre que le tabagisme a contribué à des taux de décès nettement plus élevés chez les femmes métisses, mais non chez les hommes, par rapport à la population canadienne¹³.

Des chercheurs du Manitoba ont comparé les dossiers médicaux des Métis inscrits à ceux des résidents non métis au Manitoba, et ont constaté que le risque de décès prématuré, rajusté en fonction de l'âge et du sexe, est supérieur de 21 % chez les résidents métis inscrits. La même étude fait ressortir que le cancer est la principale cause de décès chez les Métis inscrits, par comparaison à tous

les autres Manitobains, dont la principale cause de décès est la maladie cardiovasculaire¹⁴.

Les facteurs de risque de maladie chronique chez les Métis

Diverses raisons expliquent l'incidence croissante du cancer. Les maladies chroniques, dont le cancer, découlent de facteurs de risques modifiables et non modifiables. Ces facteurs de risque, connus sous le nom de déterminants de la santé, sont de nature sociale, économique, politique et environnementale et sont étroitement liés à l'état de santé des populations et des personnes¹⁵.

Dans de nombreux cas, les déterminants de la santé des Métis sont holistiques, interreliés et fluides, et sont fonction de la culture et du contexte¹⁶. Dans ce cadre, les déterminants tels que le revenu, le niveau de scolarité, l'emploi, le logement, la sécurité

Figure 3: Les facteurs de risque modifiables connus et leur association avec divers cancers¹⁷

AVANTAGE DE LA RÉDUCTION DU RISQUE DE CANCER	STRATÉGIE DE PRÉVENTION					
	Éviter le tabac	Manger sainement	Pratiquer des activités physiques	Maintenir un poids santé	Limiter la consommation d'alcool	Éviter une exposition excessive aux rayons UV
Vessie	✓	✓				
Sein		✓	✓	✓	✓	
Col de l'utérus	✓					
Colorectal	✓	✓	✓	✓	✓	
Rein	✓			✓		
Larynx	✓	✓			✓	
Poumon	✓	✓				
Œsophage	✓	✓		✓	✓	
Bouche	✓	✓			✓	✓
Pancréas	✓	✓				
Prostate		✓	✓			
Peau						✓
Estomac	✓	✓				
Utérus (à l'exception du col de l'utérus)				✓		

Source : Adaptation de renseignements provenant des documents suivants : 1) Société canadienne du cancer/Institut national du cancer du Canada : Statistiques canadiennes sur le cancer 2005, Toronto (Canada), 2005; 2) Institute of Medicine, S.J. Curry, T. Byers, M. Hewitt (éd.), Fulfilling the potential of cancer prevention and early detection, Washington (DC), The National Academic Press, 2003; 3) Action Cancer Ontario: Insight on cancer. News and information on nutrition and cancer prevention, Toronto, Société canadienne du cancer (Division de l'Ontario), 2003.



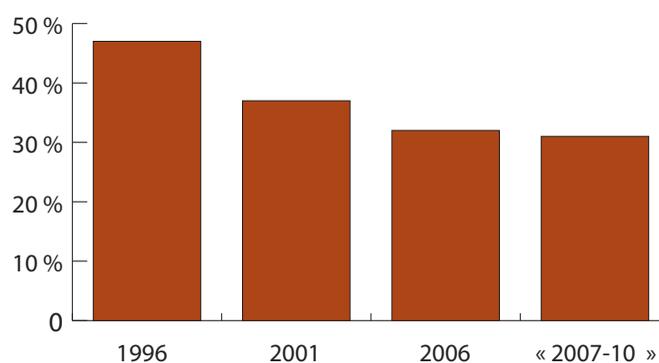
alimentaire et les services de soins de santé, se combinent et agissent de façon complexe. Selon l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2006, les répondants métis ont déclaré une prévalence supérieure de déterminants négatifs de la santé, notamment des niveaux inférieurs de revenu, d'emploi et de scolarité, par rapport à la population canadienne en général¹⁸. Une étude nationale des causes de décès chez les Métis indique que la suffisance du revenu, le niveau de scolarité et le niveau de compétence professionnelle représentent une grande proportion des différences entre les taux de mortalité observés chez les hommes et les femmes métis et ceux relevés au sein de la population générale¹⁹.

En retour, ces déterminants influencent les facteurs de risque les plus modifiables des maladies chroniques et du cancer, soit le régime alimentaire, l'activité physique, la consommation d'alcool et l'usage du tabac²⁰. Il est possible de réduire de façon spectaculaire la probabilité de développer un cancer et ce, en adoptant des modes de vie sains, comme le montre le tableau ci dessous.

Il a été démontré que la moitié de tous les cancers peuvent être évités, et il est estimé que les habitudes de vie sont à elles seules responsables de 30 % des décès liés au cancer^{21,22}. La prévalence des facteurs de risque de développement de maladies chroniques et du cancer est supérieure chez les Métis. Par exemple, les décès prématurés causés par les maladies liées à l'usage du tabac chez les Métis étaient supérieurs de 14 % chez les hommes et de 75 % chez les femmes par comparaison à la population non autochtone au cours de la période de 1991 à 2001²³. L'usage du tabac est la principale cause de 30 % de l'ensemble des décès causés par le cancer²⁴ et est particulièrement lié aux décès attribuables au cancer du poumon et au cancer colorectal. Les taux de tabagisme quotidien ont diminué considérablement chez les Métis adultes au cours des deux dernières décennies²⁵, comme le

montre la figure ci dessous, et la prévalence atteint actuellement 31 %. Cependant, selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2009-2010, les taux de prévalence du tabagisme chez les Métis adultes âgés de 18 ans et plus étaient toujours deux fois plus élevés que ceux de la population non autochtone.

Figure 4 : Tendances relatives au tabagisme quotidien chez les Métis adultes



Source : Canadian Community Health Surveys

Le fait d'être obèse ou en surpoids est aussi un facteur de risque de développement de maladies chroniques et du cancer. En 2009 et 2010, la proportion de Métis adultes âgés de 20 ans et plus qui étaient en surpoids, soit 35 %, était semblable à celle des adultes de l'ensemble de la population canadienne, qui était de 34 %. La proportion de Métis adultes ayant déclaré être obèses était de 25 %, par comparaison à 18 % de l'ensemble de la population canadienne. En Ontario, les hommes et les femmes métis étaient près de deux fois plus susceptibles que l'ensemble des hommes et des femmes de l'Ontario d'être classés comme obèses²⁶.

Un lien a été établi entre le régime alimentaire et le développement de nombreuses maladies chroniques et du cancer. Par le passé, le régime alimentaire d'un grand nombre de Métis se composait principalement d'animaux et de végétaux récoltés dans l'environnement local. Aujourd'hui, il arrive souvent que les Métis consomment les aliments traditionnels lors



d'occasions spéciales²⁷. L'abandon des aliments traditionnels est généralement caractérisé par une augmentation de l'apport énergétique absolu et une diminution de l'apport en vitamines, et en fibres alimentaires²⁸. En 2009-2010, 61 % des Métis âgés de 20 ans et plus ont déclaré consommer moins que le nombre recommandé de portions de légumes et de fruits par jour, ce qui est comparable au pourcentage de 56 % relevé chez les adultes non autochtones ayant déclaré la même chose²⁹.

À l'échelon régional, seulement 21 % des Métis du Manitoba âgés de 12 ans et plus ont déclaré consommer au moins cinq portions de fruits et de légumes par jour, un pourcentage inférieur de 32 % à celui de la population du Manitoba en général. À la question « Estimez-vous que votre régime

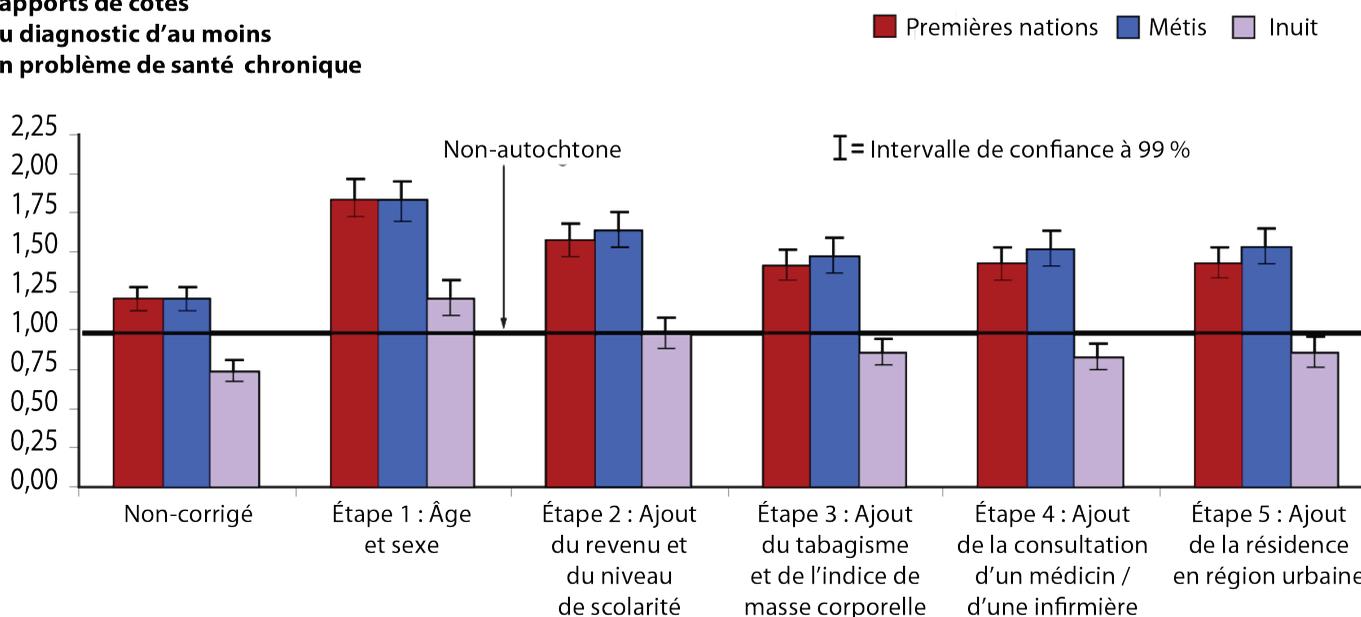
alimentaire est sain et équilibré? », 66 % des Métis de la Saskatchewan interrogés à ce sujet ont répondu oui³⁰.

En plus du tabagisme et du régime alimentaire, l'activité physique et l'exercice influent sur le développement de maladies chroniques et du cancer. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2009-2010 révèle que les répondants métis étaient plus susceptibles que les Canadiens non autochtones d'avoir un mode de vie actif³¹; toutefois, les niveaux d'activité physique varient selon la région. Cinquante-six pour cent (56 %) des répondants à une enquête sur la santé menée par la Métis Nation-Saskatchewan disent faire de l'exercice pour améliorer leur santé³². Au Manitoba, les niveaux d'activité physique des Métis adultes

Figure 5: Facteurs contributifs des maladies chroniques chez les Premières nations, les Inuits et les Métis

Rapports de cotes montrant les effets non corrigés et cumulés des facteurs socioéconomiques, liés au mode de vie et d'accès aux soins de santé sur le diagnostic d'au moins un problème de santé chronique, selon le groupe d'identité autochtone, population hors réserve âgée de 20 ans et plus, Canada, 2006-2007

Rapports de cotes du diagnostic d'au moins un problème de santé chronique



Nota : Le groupe de référence est celui des adultes non autochtones représentés par la droite horizontale.

Sources : Enquête auprès des peuples autochtones de 2006 et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2007, cycle 4.1.



étaient supérieurs de 28 % à ceux de l'ensemble des Manitobains³³. En Saskatchewan, 17,6 % des Métis ont dit ne faire aucun exercice³⁴.

La consommation d'alcool est liée au développement de maladies chroniques et de nombreux types de cancer. Les données nationales sur la consommation d'alcool chez les Métis sont limitées³⁵. À l'échelon régional au Manitoba, la consommation d'alcool était légèrement plus élevée chez les Métis qu'au sein de la population générale³⁶, et en Saskatchewan, 10 % des répondants à l'enquête ont dit s'inquiéter de la quantité d'alcool qu'ils consomment³⁷. En Ontario, les hommes métis étaient environ 50 % plus susceptibles de dépasser les limites quotidiennes recommandées de consommation d'alcool pour la prévention du cancer, mais la différence n'était plus significative sur le plan statistique lorsqu'on prenait en compte les différences sociodémographiques. Chez les femmes métisses en Ontario, on a observé une tendance vers une consommation accrue d'alcool par comparaison aux femmes non autochtones³⁸.

Ensemble, les facteurs de risque liés au comportement augmentent considérablement les risques de recevoir un diagnostic d'un ou de plusieurs problèmes de santé chroniques, comme le montre le graphique ci dessous.

Comme le montre la figure 4, les risques associés au développement de maladies chroniques augmentent avec l'âge, en raison de l'accumulation des risques pendant les divers stades de vie³⁹. En 2006, l'âge médian de la population métisse était de 30 ans, soit 10 ans de moins que celui de l'ensemble de la population canadienne⁴⁰. Au cours des décennies à venir, les risques pour la santé associés au vieillissement deviendront de plus en plus pertinents pour la population métisse en expansion. Le cancer suscite des préoccupations particulières parce que l'âge est l'un des plus importants facteurs contributifs du risque de cancer⁴¹. Le risque relatif d'un diagnostic de cancer augmente abruptement à partir de 50 ans.

Tendances actuelles relatives au cancer

Le cancer est une importante cause de mortalité chez la population métisse. Une étude de 2009 révèle que le cancer est la deuxième cause de décès chez les hommes métis, étant responsable de 23 % des décès, et la principale cause de décès chez les femmes métisses. L'augmentation du taux de mortalité par cancer chez les femmes métisses⁴² est attribuable à l'augmentation des taux de mortalité par cancer du poumon, de l'appareil urinaire, de l'utérus et des ovaires, de l'œsophage et de l'estomac⁴³. Selon l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2006⁴⁴, deux pour cent (2 %) des hommes métis ont déclaré s'être fait dire par un professionnel de la santé qu'ils étaient atteints de cancer. Seize pour cent (16 %) de ces hommes ont indiqué être atteints de cancer de la prostate, huit pour cent (8 %) ont dit être atteints de cancer colorectal, du côlon ou de l'intestin, et six pour cent (6 %) ont précisé être atteints de cancer de la peau ou de mélanome. Cinq pour cent (5 %) des femmes métisses ont déclaré s'être fait dire par un professionnel de la santé qu'elles étaient atteintes de cancer. Au sein de la population métisse de la Saskatchewan, quatre pour cent (4 %) des répondants à l'enquête ont dit avoir reçu un diagnostic de cancer⁴⁵.

Des données portant sur des types particuliers de cancer sont disponibles à partir d'études provinciales menées en Ontario et au Manitoba, tel qu'il est décrit ci dessous.

Une étude de 2012 reliant les dossiers de citoyenneté des Métis aux dossiers médicaux de l'Ontario a été menée pour examiner les taux de cancer dans cette province. Les auteurs de l'étude émettent un avertissement à l'effet que leurs résultats ne sont peut être pas représentatifs de l'ensemble de la population métisse en Ontario en raison de la petite taille des échantillons et d'autres problèmes liés à la méthodologie, mais cette recherche préliminaire indique ce qui suit⁴⁶ :



- Les cancers les plus fréquemment diagnostiqués au sein de la population métisse en Ontario sont les suivants, par ordre d'importance : cancer du poumon, de la prostate, colorectal et du sein. Chez la population générale, les cancers les plus souvent diagnostiqués sont le cancer de la prostate, du sein et colorectal.
- Le taux d'incidence global du cancer était légèrement plus élevé chez les Métis qu'au sein de la population générale pour ce qui est des personnes de plus de 65 ans, et nettement plus élevé chez les Métis âgés de plus de 75 ans.
- L'incidence combinée de tous les cancers, non rajustée en fonction de l'âge et du sexe, au sein de la population métisse était inférieure de 20 % à celle de la population générale de l'Ontario.
- Après l'ajustement en fonction de l'âge et du sexe, les taux d'incidence de la plupart des cancers demeurent inférieurs chez la population métisse, à l'exception du cancer du poumon.

Une étude similaire reposant sur le couplage de données, menée en 2011 au Manitoba⁴⁷ révèle ce qui suit :

- Les taux de tous les cancers envahissants, définis comme des formes de cancer qui se sont propagées aux tissus environnants à partir du foyer d'origine, sont les mêmes chez les populations métisse et générale du Manitoba.
- Le cancer est la principale cause de décès chez les hommes et les femmes métis, et compte pour 30,6 % de l'ensemble des décès enregistrés entre 2002 et 2006.
- Les taux de cancer tendent à être plus élevés chez les hommes que chez les femmes au sein des deux populations.
- La répartition des stades de cancer au moment du diagnostic était la même chez les Métis et tous les autres Manitobains, et les types de traitement reçus ne différaient pas considérablement.

2.4 Les soins contre le cancer chez les Métis

Les soins contre le cancer sont fournis aux Métis par un organisme provincial de lutte contre le cancer, un hôpital ou un centre anticancéreux. Certains organismes provinciaux de lutte contre le cancer sont responsables de la prestation de services, tandis que d'autres gèrent les services provinciaux de lutte contre le cancer, mais ne fournissent pas de services directs. Les centres anticancéreux sont en mesure d'offrir un vaste éventail de services de soins spécialisés liés au cancer qui peuvent être essentiels à la santé de nombreux Métis, y compris des services de dépistage, des tests diagnostiques, et des traitements comme la radiothérapie et la chimiothérapie.

Les indicateurs de santé et les mesures du rendement du système de santé ne tiennent pas compte actuellement des dimensions du bien être du point de vue des Métis. Pour de nombreux Métis, tout comme les déterminants de la santé, le bien être est un concept holistique, interrelié et fluide, qui est fonction de la culture et du contexte. Puisque la lutte contre le cancer est devenue une priorité importante, un grand nombre de personnes et organismes métis déploient des efforts pour faire valoir leur point de vue sur le bien être par rapport à la lutte contre le cancer.

Parcours face au cancer

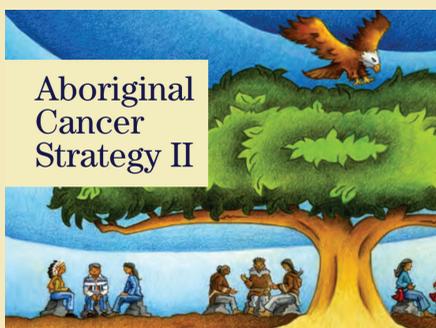
L'expérience globale du cancer de chaque Métis est unique; chaque collectivité, famille et personne fait face au cancer d'une manière reflétant les réalités locales distinctes, ses expériences passées, et ses croyances personnelles. Toutefois, un grand nombre des défis et des obstacles que présente la lutte contre le cancer pour les Métis sont chose courante à l'échelle du pays.

Les sections suivantes présentent quelques uns des défis que beaucoup de Métis rencontrent tout au long de leur expérience globale du cancer, et proposent des moyens de les surmonter.



La Stratégie de lutte contre le cancer chez les peuples autochtones d'Action Cancer Ontario

En 2001, l'Unité des soins de cancérologie pour les peuples autochtones d'Action Cancer Ontario (ACO) a reçu des fonds du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de la Stratégie antitabac de l'Ontario et d'ACO pour procéder à une évaluation des besoins à l'échelle provinciale concernant les enjeux liés au cancer chez les Premières nations, les Métis et les Inuits en Ontario. Cette évaluation des besoins avait pour but de mener à l'adoption d'une approche fondée sur la recherche en vue d'élaborer une Stratégie de lutte contre le cancer chez les peuples autochtones en Ontario. Un plan stratégique quinquennal a été élaboré pour la période 2004-2009; il énonçait quatre objectifs stratégiques : la surveillance et la recherche concernant le cancer, la promotion de la santé et la prévention de la maladie, la liaison avec les collectivités et les relations externes et, enfin, le soutien des programmes régionaux de lutte contre le cancer et des collectivités autochtones. La Stratégie de lutte contre le cancer chez les peuples autochtones respecte le cheminement des Autochtones vers le bien



être en favorisant une approche holistique de l'éducation, de la prévention, du dépistage et de la recherche. Dans le cadre de ce plan quinquennal, l'Unité est parvenue à élaborer et à mettre en œuvre avec succès de multiples initiatives, notamment un projet pilote sur les indicateurs de données concernant les Autochtones, un programme de lutte contre le tabagisme chez les peuples autochtones, des campagnes dans les médias et un projet de vidéo sur les soins contre le cancer chez les Autochtones. Les réalisations accomplies entre 2004 et 2009 ont représenté des pas importants dans l'amélioration du cheminement des membres des Premières nations, des Inuits et des Métis dans le système de lutte contre le cancer. Une version renouvelée de la Stratégie de lutte contre le cancer chez les Autochtones a été lancée en juin 2012.



Expérience globale du cancer des Métis

Activité visant à représenter l'expérience globale du cancer des Métis à l'aide d'un canot

En réponse directe à la priorité stratégique visant à assurer « la prestation de ressources et de services adaptés à la culture » énoncée dans le Plan d'action de lutte contre le cancer chez les Premières nations, les Inuits et les Métis du Partenariat, l'organisme Métis Nation British Columbia et la BC Cancer Agency ont utilisé un canot pour représenter l'histoire de l'expérience globale du cancer des Métis. L'activité axée sur le canot a eu lieu dans le cadre d'un groupe de discussion comprenant des patients métis atteints de cancer, des survivants et leurs soignants.

On a demandé aux participants d'utiliser du papier de couleur pour donner leur opinion sur les thèmes suivants, par rapport à leur expérience globale du cancer :

- rose, pour représenter leurs relations personnelles et les répercussions du cancer sur celles-ci;
- vert, pour représenter le bagage que les participants auraient souhaité apporter avec eux tout au long de leur expérience;
- orange, pour symboliser le concept de la sécurité ainsi que l'information et le soutien adaptés à la culture;
- jaune, pour représenter toute autre information importante qu'ils souhaitaient partager au sujet de leur expérience globale.

On a demandé aux participants d'inscrire leurs commentaires sur une grande illustration d'un canot, en fonction de l'étape de leur expérience globale sur laquelle portaient leurs commentaires. La poupe du canot symbolisait le début de l'expérience globale du cancer, c'est à dire le diagnostic, pour certains participants; la partie centrale du canot représentait le traitement; et la proue du canot symbolisait la fin de l'expérience globale, y compris la survie, les soins palliatifs ou les soins en fin de vie.

Les participants ont souligné l'importance d'avoir un vaste réseau de soutien, en particulier aux premières étapes de l'expérience globale du cancer. Ils ont exprimé un désir commun de disposer de choix de traitement davantage adaptés à la culture et d'une assistance financière pour les frais de déplacement à destination et en provenance des centres de traitement. Ils ont également beaucoup insisté sur l'importance de pratiquer une certaine forme de spiritualité pendant le traitement et de se soucier du niveau de stress des soignants.

À la proue du canot, les participants ont continuellement insisté sur la nécessité d'une aide financière pour le patient ou le soignant, par exemple, un congé pour raisons familiales demandé afin d'aider un membre de la famille devant subir un traitement.

Les participants ont exprimé des préoccupations au sujet de leur apparence physique, indiquant qu'ils se sentaient souvent exclus ou oubliés par les programmes et les services autochtones. Les participants hésitaient à appuyer l'auto-identification, affirmant que l'on ne connaît pas clairement les répercussions que l'auto-identification pourrait avoir sur la qualité des soins qu'ils reçoivent. Ils ont suggéré que



lorsque le personnel médical aborde la descendance métisse d'un patient avec celui-ci et son réseau de soutien, que cela soit fait de manière sûre afin d'assurer au patient que le but est de s'efforcer de lui fournir les meilleurs soins possibles pour combler ses besoins particuliers. En dernier lieu, les participants se sont dits d'avis que les prestataires de soins de santé travaillant auprès des Métis doivent notamment, pour réaliser un engagement de qualité, laisser savoir aux patients et à leurs familles qui ils sont et non uniquement le poste qu'ils occupent, pour établir un lien et mettre le patient plus à l'aise .



3. Obstacles à la prestation des services de santé

Des obstacles à la prestation des services de santé empêchent les Métis d'accéder à des soins d'excellente qualité dans tout le continuum de la lutte contre le cancer. De la prévention, au dépistage, au traitement, aux soins palliatifs et à la survie, de nombreux facteurs étroitement liés empêchent le patient de recevoir les meilleurs soins. En saisissant mieux la nature des obstacles et leur importance, nous pourrions canaliser les ressources afin de modifier les facteurs qui auront le plus grand impact pour améliorer la lutte contre le cancer chez les Métis.

Expérience globale du cancer des patients métis In their Voices (de leurs propres voix), séance de groupe de discussion

Afin de mieux comprendre les obstacles et les mesures de soutien qui déterminent l'accès aux services de lutte contre le cancer, la Nation métisse de l'Ontario a organisé un groupe de discussion avec des Métis ayant survécu au cancer. Les participants ont dit avoir rencontré des obstacles à divers niveaux, tel qu'il est indiqué ci dessous :

Au niveau des soins liés au cancer, les participants ont perçu ou constaté ce qui suit :

- ils ont été la cible de comportements discriminatoires, qu'ils ont attribués au manque de compétence culturelle de certains prestataires de soins de santé;
- les infirmières pivots et d'autres membres du personnel de soutien manquaient d'information et de connaissances sur les ressources expressément destinées aux Métis;
- les longs délais d'attente ont entraîné une anxiété accrue;
- certains centres de traitement du cancer interdisent certaines pratiques culturelles;
- il peut être difficile de comprendre la langue parlée et écrite utilisée dans les milieux de soins de santé;
- la quantité de renseignements reçus par les patients variait;
- l'absence de couverture d'assurance pour les médicaments sur ordonnance;
- les personnes détenant une assurance maladie privée s'en tiraient beaucoup mieux que celles qui n'en détiennent pas.

À l'échelle communautaire, les participants ont perçu ou constaté ce qui suit :

- les hôpitaux de petite envergure, qui se trouvent souvent en régions rurales, tendent à posséder moins d'expertise et de capacités, ce qui limite leur capacité à fournir des traitements et des technologies de pointe;
- les patients des petites collectivités semblent faire face à des délais d'attente supérieurs;
- il est difficile d'avoir accès à des soins spécialisés et des services de traitement du cancer au sein et à l'extérieur des collectivités locales, ce qui exige de fréquents déplacements, qui entraînent des défis sur les plans logistique et financier pour les patients et leurs familles;
- les soins à domicile disponibles sont inadéquats, et certains membres des familles peuvent eux mêmes faire face à d'importants problèmes de santé qui limitent leur capacité à prendre soin d'un patient atteint de cancer.



Les participants ont rendu compte de diverses mesures de soutien, tel qu'il est indiqué ci dessous :

- entretien de relations solides et saines avec la famille, les amis, la collectivité, y compris la collectivité métisse;
- campagnes de sensibilisation visant à favoriser le dépistage précoce;
- recours à la spiritualité et prise de mesures pour se sentir mieux, par exemple écouter de la musique, passer du temps avec les gens qu'on aime, tenir un journal, et faire des activités qui libèrent des endorphines;
- prise en charge de sa propre santé, et établissement d'un lien solide entre l'esprit et le corps;
- accès à des Aînés et à des activités culturelles;
- médecins qui prennent au sérieux les préoccupations des patients, offrent différentes options et expliquent clairement ce qui se passe;
- assurance pour les médicaments sur ordonnance et d'autres mesures de soutien non couverts dans le système de santé provincial;
- soutien de la part de l'organisme Nation métisse de l'Ontario (p. ex. à la fois directement, par la prestation de services de transport à destination et en provenance des centres de traitement, et aussi une aide financière à l'égard des frais de transport personnels);
- organismes sans but lucratif (comme celui qui offre gratuitement des séjours dans des chalets de vacances aux patients atteints de cancer);
- court délai de traitement au besoin;
- ressources en ligne;
- thérapies non conventionnelles, telles que la naturopathie, la réflexologie et le massage;
- obtention d'une deuxième opinion.

Dans l'ensemble, les participants ont le sentiment que le système de soins contre le cancer est plutôt discriminatoire, et que la détention d'une assurance, le lieu de résidence et l'origine ethnique déterminent le niveau et le type de soins reçus. Plusieurs participants ont dit avoir le sentiment qu'on les pousse à se soumettre à une intervention chirurgicale sans leur donner des explications ou leur donner le choix de recourir à d'autres formes de traitement. D'autres ont dit ressentir des sentiments de confusion, se sentir dépassés par des choix de traitement qu'ils ne comprennent pas. En dernier lieu, de nombreux participants ont souligné l'absence de soutien culturel au cours de leur expérience globale du cancer, y compris en matière d'accès à des Aînés et à des prestataires de soins qui connaissent la culture. Toutefois, les participants ont souvent réussi à surmonter les obstacles qu'ils ont rencontrés grâce au soutien reçu de leur famille, de leurs amis, de professionnels de la santé bienveillants ainsi que d'organismes et de programmes communautaires ou provinciaux .

3.1 Accès aux soins dans les collectivités rurales et éloignées

À l'échelle du pays, la plupart des Métis habitent en régions semi rurales ou urbaines à proximité de services de soins primaires, comprenant le

dépistage et des tests diagnostiques. L'accès aux soins de niveau secondaire et tertiaire peut être limité pour les Métis, surtout pour ceux qui vivent en régions rurales, éloignées ou isolées. Les distances à parcourir pour se rendre aux établissements dissuadent un grand nombre de Métis de se prévaloir des services de lutte contre



le cancer et ce, quel que soit le type de collectivité où ils vivent. Cette situation est attribuable à un certain nombre de facteurs, y compris le fait que les déplacements exigent beaucoup de temps, le caractère prioritaire des responsabilités quotidiennes au sein de la collectivité, et les coûts considérables liés aux déplacements^{50,51,52}.

Pour les Métis vivant dans les Territoires du Nord Ouest, le gouvernement des Territoires du Nord Ouest assure le financement des déplacements pour raison médicale, qui couvre les déplacements à destination de la clinique de santé ou de l'hôpital les plus proches pour l'obtention de services de santé qui ne sont pas offerts dans la collectivité de résidence⁵³. Un programme similaire, qui est financé et exécuté par le gouvernement du Nunavut, couvre les déplacements pour raison médicale à l'intention des Métis vivant au Nunavut⁵⁴. Le gouvernement du Yukon finance également les frais de déplacement nécessaires du point de vue médical⁵⁵. La plupart des provinces offrent une certaine forme de financement pour les déplacements nécessaires du point de vue médical, ce qui s'ajoute au financement disponible dans le cadre de régimes d'assurance privés et auprès d'organismes sans but lucratif. Le fait de faire en sorte que les services soient disponibles à moins grande distance grâce à des programmes communautaires et que le transport soit plus abordable pourrait aider à améliorer l'accès aux soins de santé des Métis qui habitent dans des collectivités rurales et éloignées.

Comme l'illustre le présent rapport, plusieurs provinces et administrations ont mis au point ou sont en train d'élaborer des initiatives visant à améliorer l'accès aux soins de santé pour les populations géographiquement dispersées, y compris les Métis. En Saskatchewan, par exemple, un laissez passer d'autocar attribué pour raisons médicales est disponible pour les personnes qui voyagent entre deux localités afin d'avoir accès à des soins de santé. Ce laissez passer de la Saskatchewan Transportation Company offre la possibilité d'accroître la capacité des Métis habitant dans les collectivités rurales à avoir accès aux services de santé⁵⁶.

PROFIL D'UNE PRATIQUE PROMETTEUSE : LA TÉLÉSANTÉ

La télésanté consiste à recourir aux technologies des communications et de l'information pour fournir des soins et des informations sur la santé à plus ou moins grande distance; cela peut comprendre le recours à la vidéoconférence interactive pour examiner les patients et au téléphone pour les consultations des patients. La télésanté réduit la nécessité de voyager pour les patients, les familles et les prestataires de soins, ce qui peut contribuer à améliorer la coordination des soins, leur rapidité et l'accès équitable à des services spécialisés⁵⁷.

Comme elles offrent des possibilités de surmonter les obstacles à l'accès et à la collaboration des administrations et visent à améliorer la formation et le perfectionnement professionnel, les initiatives de télésanté recourent le continuum des soins liés au cancer et procurent des solutions à un certain nombre de problèmes de santé auxquels les Métis font face. Il a été démontré que la Télésanté est le plus efficace lorsqu'elle est utilisée comme complément aux consultations médicales en personne, et n'est pas recommandée comme seule source de prestation de services et ce, même dans les collectivités éloignées⁵⁸.

Ressources humaines en santé

Les professionnels de la santé jouent un rôle crucial dans la prestation des services de lutte contre le cancer et sont en mesure de contribuer à des expériences plus positives à toutes les étapes du continuum des soins liés au cancer. La prestation de soins axés sur les patients jumelée à une compréhension des besoins culturels et des réalités locales, peut aider à améliorer l'expérience



globale du cancer du patient. Toutefois, l'accès aux médecins pose un problème au Canada⁵⁹, qui peut être particulièrement grave chez les Métis. Chez les Métis âgés de 15 ans et plus, 77 % des hommes et 84 % des femmes ont déclaré avoir un médecin régulier dans le cadre de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2006; ces pourcentages sont inférieurs à ceux observés dans la population non autochtone, au sein de laquelle 80 % des hommes et 89 % des femmes ont un médecin régulier⁶⁰. Lors de la même enquête, un répondant métis sur neuf (ou 11 % des répondants métis), a déclaré qu'au cours de la dernière année, à un certain moment, il avait eu besoin de soins, mais ne les avait pas reçus⁶¹. Seulement 19 % des Métis ont déclaré que dans leur collectivité, la disponibilité des médecins était excellente. Il n'y avait pas de différences dans les réponses des participants des régions urbaines et rurales, ce qui donne à penser que bien que cet écart soit en partie attribuable à l'isolement des collectivités, d'autres raisons culturelles peuvent l'expliquer.

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux offrent diverses formes de mesures incitatives visant à encourager les travailleurs de la santé à s'installer dans les collectivités rurales et du Nord. En plus de ces mesures incitatives, de nombreuses régions ont jugé nécessaire de créer

des milieux favorables pour les ressources humaines en santé qui œuvrent auprès des Métis, en offrant des possibilités d'accroître la compétence culturelle des travailleurs de la santé de première ligne.

3.2 Coordination des soins

Le parcours emprunté par les Métis face au cancer comprend des interactions avec de multiples organismes de santé; cependant, il est souvent difficile d'assurer la coordination des soins pertinents entre ces différents prestataires de services. Il a été clairement documenté que le manque de communication bilatérale entre les prestataires de soins de santé au sein des systèmes de soins primaires (communautaires) et tertiaires (milieu hospitalier/centre anticancéreux) complique la continuité des soins dispensés aux patients métis⁶². Un grand nombre des systèmes d'information existants ne permettent pas d'assurer la documentation ou la gestion de cas adéquates requises pour favoriser la communication des renseignements sur les patients entre les prestataires de services⁶³.

Organismes provinciaux de lutte contre le cancer

Dans la plupart des provinces, les soins liés au cancer comprennent des programmes et initiatives mis en œuvre par les organismes provinciaux de lutte contre le cancer. Ces organismes contribuent à réduire le fardeau que le cancer impose aux Canadiens en facilitant un leadership efficace, la collaboration, les communications ainsi que la promotion des soins liés au cancer et de la lutte contre le cancer. Certains organismes provinciaux de lutte contre le cancer sont responsables de la prestation de services, tandis que d'autres gèrent les services provinciaux liés au cancer mais ne sont pas des prestataires directs de services. La plupart de ces organismes œuvrent dans toutes les dimensions du spectre des services dispensés aux personnes atteintes d'un cancer, depuis la prévention et le dépistage précoce jusqu'au diagnostic, au



traitement et aux soins palliatifs et de fin de vie. Par conséquent, ils ont une incidence sur la vie des gens à de multiples niveaux et à différentes étapes de l'expérience globale du cancer.

Les organismes métis entretiennent des relations en matière de perfectionnement avec les organismes de lutte contre le cancer dans le cadre de programmes de sensibilisation et d'information sur le cancer et de dépistage du cancer. Les initiatives menées par les organismes de lutte contre le cancer pour fournir des services à plus grande proximité des lieux de résidence, par exemple les unités mobiles de dépistage et la télésanté, offrent la possibilité d'alléger le fardeau de l'accessibilité des services de santé que subissent les Métis dans les régions rurales et éloignées. En outre, certains organismes de lutte contre le cancer, notamment Action Cancer Ontario⁶⁴ et CancerCare Manitoba⁶⁵, ont mis au point des programmes et stratégies expressément axés sur les citoyens autochtones dans leurs provinces respectives.

En dépit de certaines indications de liens positifs entre les organismes provinciaux de lutte contre le cancer et certains organismes métis, les Métis ont fait état de la nécessité de resserrer les alliances stratégiques afin d'améliorer les communications et la collaboration avec les organismes provinciaux de lutte contre le cancer. Certains ont affirmé que les liens existants avec les organismes externes, y compris les organismes de lutte contre le cancer, ne sont pas suffisamment développés pour soutenir des activités intensives d'élaboration de ressources ou de programmes culturellement adaptés. Dans certaines régions, les Métis ont indiqué que le rôle des organismes de lutte contre le cancer dans la prestation des services de santé n'était pas clair.

Les organismes de lutte contre le cancer sont responsables de la planification et de l'élaboration des politiques sur le cancer à l'échelle de leur province ou ils jouent un rôle de premier plan à cet égard. Les partenariats entre ces organismes et les organismes métis pourraient aider à surmonter

certains des obstacles auxquels les Métis sont actuellement confrontés en matière de coordination des soins sur l'ensemble du spectre de la lutte contre le cancer, en veillant à ce que des stratégies expressément conçues avec et pour les Métis soient incluses dans les programmes provinciaux de lutte contre le cancer. Ces stratégies pourraient aider à mettre au point des ressources culturellement adaptées, à étendre la portée des programmes de dépistage, à assurer un aiguillage vers le diagnostic et le traitement dans des délais appropriés et à informer les membres des collectivités et les travailleurs de la santé sur le cancer et les soins palliatifs⁶⁶.

Hôpitaux

La mesure dans laquelle les Métis comptent sur les services hospitaliers varie à l'intérieur de chaque province et d'une province à l'autre, en fonction de l'accessibilité, de la disponibilité des services et des rôles joués par les autres prestataires de services de santé. Dans bien des régions, le réseau qui relie les organismes de prestation de services aux particuliers et organismes métis est faible, ce qui entraîne un manque d'information sur le fonctionnement du système de lutte contre le cancer et les diverses options de soins disponibles, ainsi que sur les divers emplacements où il est possible d'obtenir les soins. Un chevauchement considérable entre les fonctions des organismes provinciaux de lutte contre le cancer et les hôpitaux engendre souvent de la confusion et des retards, les Métis ne sachant pas vers qui se tourner pour avoir accès à l'information et aux services dont ils ont besoin^{67,68}.

L'utilisation par les Métis des services oncologiques hospitaliers dépend de nombreux facteurs, dont l'emplacement géographique de ces services, les préférences culturelles et l'état des soins primaires dans leur collectivité. Ainsi, les Métis peuvent accéder aux services hospitaliers à différentes étapes de leur expérience globale du cancer. En outre, les hôpitaux des diverses régions du Canada



n'ont pas tous les mêmes capacités pour ce qui est de prendre en compte et de combler les besoins propres aux patients métis, ce qui peut influencer sur la décision des Métis d'aller ou non à l'hôpital.

Ordres de gouvernement

Les gouvernements provinciaux, territoriaux et parfois régionaux ont chacun leur rôle dans la prestation des services de santé aux Métis. La complexité de la coordination des soins oncologiques qui découle du partage des compétences est moins importante pour les patients métis que pour les patients membres des Premières nations et inuits, mais il est essentiel que les administrations travaillent de concert pour améliorer l'expérience globale du cancer des patients métis.

3.3 Identification des patients

Des données sur la santé des Métis sont essentielles dans le but d'inventorier les répercussions du cancer, de concevoir des programmes pour remédier aux lacunes dans la lutte contre le cancer et de coordonner les efforts entre les administrations. Actuellement, la plupart des systèmes de soins de santé au Canada n'enregistrent pas l'appartenance ethnoculturelle des patients atteints de cancer. L'aptitude à identifier les patients métis atteints de cancer peut aider les administrations à démontrer la valeur des programmes qui ont des répercussions positives à leur avis et à cerner les améliorations possibles⁶⁹.

Le fait d'avoir relié les dossiers médicaux provinciaux à diverses bases de données permet au Manitoba et à l'Ontario de mesurer les répercussions du cancer sur les Métis. Ces mesures sont extrêmement utiles lorsqu'il s'agit de comprendre les besoins des Métis, de dégager de nouvelles orientations de recherche et d'établir l'ordre de priorité des interventions qui s'imposent pour apporter des améliorations au niveau du système et de la collectivité.

Tout au long de l'élaboration du Plan d'action de lutte contre le cancer chez les Premières nations, les Inuits et les Métis, les participants ont exprimé la nécessité de disposer de données de surveillance sur des personnes particulières. À l'heure actuelle, les Métis ont peu d'occasions de s'auto identifier comme Métis au sein du système de lutte contre le cancer et il se peut donc que les patients métis ne reçoivent pas de soins adaptés à leur culture ou ne soient pas en mesure d'obtenir des documents adaptés à leur culture aux fins de soutien tout au long de leur expérience globale du cancer.

« Comme beaucoup d'entre nous, ma fille n'a pas "l'air" autochtone – du moins elle ne ressemble pas à l'image que le grand public se fait d'une personne autochtone. C'est pourquoi elle n'aurait pas été informée des services qui sont déjà disponibles, tout simplement à cause de son apparence ⁷⁰. »

L'élaboration d'identificateurs et de normes de données concernant les patients métis exige de surmonter des obstacles, comme le manque de sensibilisation ou de bonne volonté, la rareté des réseaux ou relations d'appui, le manque d'expertise dans la conception de systèmes complexes d'information sur la santé et les dépenses d'entrée de jeu importantes. Il est indispensable que les dirigeants métis collaborent pour veiller à ce que les valeurs métisses soient intégrées à la conception, à la mise en œuvre et à la gestion des systèmes d'identification des patients.

En novembre 2011, on dénombrait 50 systèmes, établis ou en cours d'élaboration, de détermination de l'appartenance ethnoculturelle connus au Canada; ces systèmes étaient répartis géographiquement à l'échelle du pays et d'un vaste éventail de domaines de services de santé⁷¹. Certains de ces systèmes comprenaient des identificateurs pour les Canadiens



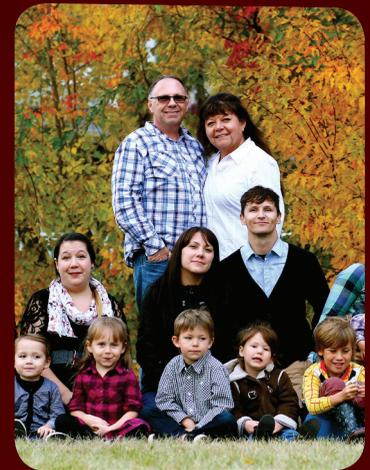
Expérience globale du cancer des patients métis Établissement métis, séances de groupe de discussion, Services de santé de l'Alberta

De novembre à décembre 2013, les Services de santé de l'Alberta ont organisé une série de séances de groupe de discussion qui ont réuni des participants provenant de sept des huit collectivités des établissements métis de l'Alberta.

Les séances de groupe de discussion ont été menées conformément aux principes d'un engagement respectueux, notamment l'équité, l'impartialité, la pertinence, la réciprocité et la responsabilité. Ces principes sont considérés comme des éléments de « l'éthique de la pratique » pour un engagement culturellement sécuritaire et pertinent auprès des Premières nations, des Inuits et des Métis. Dans le cadre de cette démarche, la mise en application des principes d'un engagement respectueux consistait entre autres à consacrer du temps et de l'énergie au respect des pratiques et protocoles communautaires et à la tenue de cercles de discussion ou de séances de groupe de discussion aux fins d'entretien avec les participants dans leurs collectivités respectives.

Au total, 25 personnes provenant de sept des huit collectivités des établissements métis ont participé aux séances de groupe de discussion. Se trouvaient parmi les participants des survivants du cancer, des soignants principaux, et des survivants du cancer qui étaient également des personnes soignantes. Les séances de discussion ont débuté une fois que toutes les questions ont été abordées et à la suite de la présentation d'un bref résumé des objectifs visés et des résultats possibles du projet. Après la première séance, on a communiqué aux participants aux réunions subséquentes les thèmes qui étaient ressortis des discussions précédentes et on leur a demandé de formuler des commentaires à leur sujet ou de les valider. On a également consacré du temps à une rencontre avec le conseil de santé des établissements métis afin de lui présenter un résumé thématique des séances de groupe de discussion. Plusieurs thèmes récurrents sont ressortis des séances de groupe de discussion, dont les suivants :

- L'isolement géographique des collectivités par rapport aux centres anticancéreux, et les coûts que cela entraîne,
- tant sur le plan financier que du point de vue du temps passé loin du foyer et à l'écart des activités communautaires;
- le fardeau financier lié à la nécessité d'assumer les coûts de traitement qui ne sont pas couverts par un régime d'assurance privé ou public;
- la méfiance et le manque de confiance envers le système de soins liés au cancer et le système de soins de santé;
- la nécessité d'offrir un soutien émotionnel au patient et à la famille;
- la nécessité d'effectuer des démarches de sensibilisation et d'éducation préventive axées sur la santé et le cancer à l'échelle communautaire;
- le rôle du soutien familial et communautaire dans la guérison;
- l'importance de relations positives entre le patient et le prestataire;
- la valeur des services de soutien adaptés à la culture.



« autochtones » alors que d'autres comportaient des identificateurs propres à chacune des Premières nations ainsi qu'aux Métis et aux Inuits. Chaque système offre des possibilités d'élaborer des systèmes de détermination de l'appartenance ethnoculturelle des patients plus larges et culturellement adaptés.

Huit pratiques habilitantes, qui font partie de ces 50 systèmes connus, soutiennent leur élaboration et leur utilisation grâce à la sensibilisation, à l'établissement de normes d'identification, et à l'harmonisation des processus.

Besoins en information

Les organismes métis ont reconnu que les processus actuels d'identification des patients métis atteints d'un cancer sont insuffisants et qu'il faut combler cette lacune en prenant des mesures concertées. L'identification des Métis à l'échelle du système de santé pourra permettre de recueillir des données sur les taux d'incidence et de mortalité liés au cancer, de même que sur les liens entre le cancer et d'autres problèmes de santé. Les organismes de soins en oncologie et les gouvernements du pays ont reconnu les obstacles à la création d'un système de détermination de l'appartenance ethnoculturelle des patients. Le vaste éventail de pratiques qui existent dans l'ensemble du Canada indique que beaucoup s'efforcent de remédier à ces lacunes dans le système. Voici des exemples :

- Le ministère de la Santé et du Bien être de la Métis Nation of Alberta (MNA) dirige le programme de surveillance de la santé publique – qui est le fruit d'une entente de partenariat à long terme unique entre la Métis Nation of Alberta, les Services de santé de l'Alberta, l'Agence de la santé publique du Canada et l'École de santé publique de l'Université de l'Alberta. Dans le cadre de ce partenariat, la MNA procède à la collecte de données sur la santé des Métis afin d'établir des renseignements de base sur la santé des

Métis en mettant particulièrement l'accent sur la prévalence des maladies chroniques. Ces renseignements seront utilisés pour orienter les politiques de santé, la prestation des services de santé, et les programmes de santé pour les Métis de l'Alberta⁷³.

- Grâce au financement de l'Agence de la santé publique du Canada, la Manitoba Métis Federation s'est associée à CancerCare Manitoba pour relier les données de la base de données sur la population métisse du Manitoba aux données du registre provincial du cancer en vue du rapport de 2011, intitulé *Cancer and Related Health Care Utilization in the Manitoba Metis Population*⁷⁴.
- En 2010, la Nation métisse de l'Ontario (NMO), en collaboration avec l'Institut de recherche en services de santé et grâce au financement de l'Agence de la santé publique du Canada, a relié le registre de la NMO aux bases de données provinciales sur les maladies afin de produire un rapport sur le cancer, qui a été publié en 2012⁷⁵.
- Bien qu'il ne porte pas expressément sur les Métis, le projet d'auto-identification des Autochtones (AIA) est une initiative visant à recueillir des données sur l'identité autochtone des patients qui se prévalent des services offerts par l'autorité sanitaire intérieure de la Colombie Britannique, qui permettra d'appuyer les efforts de conception et de prestation de programmes mieux adaptés à la culture. Le projet, qui a débuté en juillet 2011, englobe la Métis Nation British Columbia, et le montage de la base de données est fondé sur le consentement individuel. Les patients qui se déclarent Autochtones se voient offrir l'aide d'un intervenant pivot auprès des patients autochtones.
- Un rapport portant sur les Métis vivant en milieu urbain à Ottawa, intitulé *Our Health*



Counts - Baseline Population Health Database for Urban Aboriginal People in Ontario, sera publié prochainement⁷⁶. Le rapport fait partie d'un projet plus vaste visant à mesurer des indicateurs de santé au sein de la population métisse de l'Ontario.

Pour appuyer l'expérience globale du cancer des patients au sein du système de lutte contre le cancer, il faut assurer la circulation efficace de l'information entre le patient, sa famille, et les prestataires de soins de santé installés dans la collectivité. La création de systèmes acceptables de détermination de l'appartenance ethnique des patients permettra d'améliorer la circulation de l'information et de réduire les obstacles entravant l'accès à des soins oncologiques adaptés à la culture.

Sources de données

Chaque province et territoire tient un registre sur le cancer qui contient de l'information sur les résidents ayant reçu un diagnostic de cancer. Ces registres sont des bases de données alimentées par de multiples sources; ainsi, leur efficacité dépend de leur aptitude à apparier et à relier les différents types de dossiers sur les patients. Or, les registres provinciaux et territoriaux n'utilisent pas tous les mêmes sources de données de la même façon, ce qui complique la faisabilité de la comparaison des données sur la lutte contre le cancer à l'échelle de l'ensemble des administrations.

Il y a six sources dont disposent les registres sur le cancer pour identifier les patients métis et auxquelles les provinces et territoires font appel à des degrés variables. Ce sont les suivantes : les bases de données sur les décès des registres de l'état civil, les dossiers d'inscription des patients et les dossiers médicaux cliniques des centres anticancéreux, les rapports des hôpitaux ou des médecins, les registres des Métis, les registres d'assurance maladie provinciaux/territoriaux et le recensement. Chacune de ces sources peut être

plus ou moins utile pour identifier les Métis dans les registres sur le cancer.

Le cheminement des informations qui alimentent les registres sur le cancer n'est pas toujours direct et peut nécessiter des liens avec des systèmes qui ne contiennent pas d'identificateur des Métis. Le transfert d'informations sur les patients entre de multiples systèmes de dossiers peut donc contribuer à des lacunes dans l'identification des Métis à diverses étapes de leur expérience globale du cancer.

Compétence culturelle et sécurité culturelle en enseignement infirmier

L'Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI) et l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada (AIIAC) ont toutes deux reconnu la nécessité d'améliorer la prestation des soins de santé et les résultats pour les Premières nations, les Inuits et les Métis au Canada. Une préoccupation particulière était suscitée par la nécessité que toutes les infirmières et tous les infirmiers autorisés terminant leur programme de formation en sciences infirmières au Canada comprennent le contexte unique de la prestation de soins aux membres des Premières nations, aux Inuits et aux Métis. L'inclusion d'une formation à cette fin dans les programmes d'enseignement en sciences infirmières a été établie comme moyen d'améliorer la sécurité culturelle des interactions entre les patients autochtones et le personnel infirmier. Cela a conduit à la mise au point d'un cadre énonçant les compétences de base devant être enseignées dans les programmes de sciences infirmières, cadre qui compte six pôles : la compréhension postcoloniale, la communication, l'inclusivité, le respect, le savoir autochtone et le mentorat et le soutien des étudiants en vue de favoriser le succès. Ce cadre a des incidences sur les employeurs du personnel infirmier, sur l'éducation permanente du personnel infirmier ainsi que sur les relations entre le personnel infirmier et les patients. Des projets d'intégration dans le programme d'études ont été mis en œuvre dans six écoles de sciences infirmières au Canada pour leur permettre d'utiliser ce cadre dans leurs programmes. En outre, l'AIIAC a collaboré avec l'Association canadienne des soins de santé en vue d'élaborer, de mettre en œuvre et d'évaluer un cours d'éducation permanente en savoir faire culturel et en sécurité culturelle.



Professionnels de la santé

La collecte d'identificateurs ethnoculturels dans le cadre de l'expérience globale du cancer du patient nécessite que des professionnels de la santé posent des questions d'identification ou introduisent des données d'identification dans les systèmes de dossiers. Cependant, dans bien des administrations, il y a un manque de connaissances en ce qui a trait aux bases de données sur la santé, aux types de renseignements qu'elles contiennent et à la façon

dont des identificateurs des Métis pourraient être utilisés pour améliorer les soins liés au cancer. L'expertise dans la conception et la réalisation d'initiatives complexes touchant les informations ethnoculturelles sur la santé est habituellement concentrée dans des groupes de personnes et d'organismes expérimentés. Ainsi, de nombreux professionnels de la santé qui pourraient retirer des avantages d'une amélioration des processus d'identification des patients métis ne sont, souvent, pas en mesure d'agir.

PROFIL D'UNE PRATIQUE PROMETTEUSE : LES REGISTRES DES CLIENTS DES RÉGIMES D'ASSURANCE MALADIE

Les registres provinciaux et territoriaux des clients des régimes d'assurance maladie couvrent habituellement un pourcentage très élevé de la population d'une province ou d'un territoire⁷⁷. Actuellement, deux territoires ont inclus une question sur l'identité métisse dans le processus de demande de participation au régime d'assurance maladie, de même que des identificateurs des Métis dans les numéros de carte de santé provinciale. L'identification des Métis au moyen de ces registres offre la possibilité d'établir des liens entre cette information et d'autres sources de données qui comprennent également les numéros de carte de santé provinciale.

Les Territoires du Nord Ouest et le Nunavut fournissent des exemples de pratiques exemplaires dans la collecte des identificateurs des Métis et l'intégration de cette information dans les registres sur le cancer. Dans ces deux territoires, le registre des clients du régime d'assurance maladie contient un identificateur du statut d'Autochtone, sous forme de caractère alphabétique ou numérique, indiquant l'appartenance ethnique dans tous les numéros de carte santé. Ce caractère est utilisé par un large éventail de prestataires de services de santé, de même que les décideurs et les chercheurs, comme point de départ pour aider les clients à s'orienter de manière à obtenir les services les plus appropriés en fonction de leurs besoins, ainsi que pour surveiller l'état de santé de la population et les résultats sur la santé. Par exemple, l'hôpital Stanton, dans les Territoires du Nord Ouest, utilise les identificateurs de la carte santé comme déclencheur pour interroger les patients admis à l'hôpital sur leurs préférences pour une gamme de modes de soutien culturellement adaptés⁷⁸.

Dans ces territoires, on se sert du numéro de la carte santé pour relier diverses bases de données sur la santé, tout en respectant des paramètres stricts de sécurité des données et de protection des renseignements personnels. Par exemple, les registres sur le cancer, dans les Territoires du Nord Ouest aussi bien qu'au Nunavut, permettent de déterminer l'appartenance ethnique des patients au moyen des numéros de carte santé, contenant des identificateurs de statut d'Autochtone, et qui figurent sur tous les formulaires d'enregistrement des cas de cancer. Grâce à l'utilisation des registres des clients des régimes d'assurance maladie comme source d'identificateurs ethnoculturels, ces registres sur le cancer permettent de mieux évaluer le fardeau du cancer chez les Métis⁷⁹.



La collecte et l'enregistrement systématiques des identificateurs des Métis par le personnel de première ligne du système de santé ont été mentionnés comme constituant un obstacle à la mise en place de systèmes plus généralisés. Ce personnel de première ligne comprend les cliniciens et le personnel administratif dans les hôpitaux, les centres anticancéreux, les cabinets des médecins fournissant les soins primaires et les centres de soins communautaires. Les contraintes de temps, les barrières linguistiques et des problèmes de savoir faire culturel dans les rapports entre les employés et les patients métis restreignent l'aptitude de ces prestataires de soins à identifier les Métis lorsque ceux-ci entrent en contact avec les services de santé⁸⁰. Des activités d'éducation et de formation sont requises pour préparer le personnel de première ligne à poser de façon respectueuse et sûre des questions d'identification ethnoculturelle au patient. Les programmes de savoir faire culturel tels que celui mis au point par l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada contribuent à accroître le nombre de professionnels de la santé qui ont reçu la formation leur permettant de comprendre le contexte culturel du travail avec les Métis.

3.4 Sensibilisation des collectivités et éducation sur le cancer

Le cancer affecte tous les Canadiens, soit par une expérience personnelle de la maladie ou indirectement, par la famille et des relations sociales⁸¹. Toutefois, les expériences vécues en ce qui concerne les issues néfastes du cancer et les croyances personnelles au sujet du cancer peuvent ériger des obstacles aux discussions ouvertes sur la maladie. La plupart des Métis savent que le cancer constitue un problème, mais il y a un manque d'information culturellement adaptée concernant les Métis, ce qui entrave davantage les discussions.

Visions du cancer

Le terme « cancer » est une appellation commune qui regroupe plus de 200 maladies différentes. La complexité de ces maladies et du système de

santé en général fait de la lutte contre le cancer une tâche difficile pour la plupart des Canadiens. Chez les Métis, des contextes historiques et culturels distinctifs contribuent au façonnement de visions uniques du cancer qui peuvent avoir des répercussions sur la prestation de soins efficaces.

« Habituellement, ils ne précisaient pas que cela (le cancer) était une maladie. Ils utilisaient le terme "muchomunso" – ce qui signifie un insecte ou un ver qui vous dévore ⁸². »

Même si peu d'études existent sur les attitudes et les croyances des Métis à propos du cancer, les comptes rendus de recherche des collectivités autochtones de partout dans le monde présentent une attitude généralement pessimiste à l'égard du cancer, la plupart le perçoivent comme une maladie effrayante associée à la mort. Les conceptions culturelles des Métis relativement au cancer peuvent contribuer à expliquer les plus



faibles taux de participation aux programmes de prévention, de diagnostic précoce et de traitement. Les ressources en information sur le cancer ne tiennent généralement pas compte de la culture des Métis et ces derniers peuvent donc avoir de la difficulté à avoir accès aux ressources pertinentes leur permettant de s'informer. Une éducation est nécessaire non seulement pour informer les gens sur les faits relatifs au cancer, mais aussi pour aider à surmonter des croyances profondes au sujet du cancer qui peuvent contribuer à retarder des diagnostics. Les Métis ont indiqué qu'une information adéquate pourrait contribuer à accroître leur sentiment de maîtrise tout au long de leur expérience globale du cancer, ainsi qu'à réduire leurs craintes.

Bien des professionnels de la santé ignorent les facteurs historiques et culturels qui contribuent aux visions du cancer qu'ont les Métis ainsi qu'à leurs visions des soins de santé en général. Les différences culturelles créent des obstacles à l'efficacité des soins, car les soignants ne comprennent généralement pas les perceptions du cancer chez les Métis et ne sont pas en mesure d'y remédier⁸³. De nombreux prestataires de soins de santé ont manifesté le désir de recevoir davantage d'informations sur la culture de leurs clients afin d'accroître leur sensibilité culturelle et de dispenser une éducation plus efficace à l'égard du cancer⁸⁴.

Prévention par l'éducation

Dans une large mesure, le cancer peut être prévenu; en fait, on estime qu'environ la moitié des cancers peuvent être prévenus par une alimentation saine, l'activité physique et le maintien d'un poids santé⁸⁵. Même si ce ne sont pas tous les cancers qui ont des causes connues, et si certaines personnes peuvent être atteintes du cancer sans présenter aucun facteur de risque connu, des études ont montré qu'un mode de vie sain peut aider à réduire les risques de cancer⁸⁶. Toutefois, de nombreux Métis n'ont pas connaissance du lien entre le cancer et la prévention

en raison des lacunes qui existent dans l'information de base qu'ils ont reçue sur la maladie. Le cancer n'est généralement pas perçu comme ayant un quelconque lien avec la prévention et, souvent, les facteurs de risque courants liés aux maladies chroniques ne sont pas reconnus comme étant également pertinents dans le cas du cancer.

L'information sur la prévention, le dépistage précoce et le traitement du cancer peut contribuer à accroître le sentiment d'autonomie des patients tout au long de leur expérience globale du cancer ainsi qu'à réduire leurs craintes⁸⁷. Une enquête sur la santé menée en 2010 par la Métis Nation-Saskatchewan⁸⁸ révèle que les niveaux de connaissance et de responsabilisation personnelle à l'égard de l'adoption de modes de vie sains étaient très élevés dans cette région. De nombreux répondants ont déclaré que l'exercice et d'autres formes d'activité physique, l'air frais, une alimentation saine, la spiritualité et le fait de ne pas fumer contribuent tous à la bonne santé. Bon nombre d'entre eux ont attribué leur bonne santé aux relations qu'ils entretiennent, notamment dans le cadre d'activités sociales. Lorsqu'on leur a demandé quelles mesures ils prenaient pour rester en bonne santé, 58 % ont indiqué avoir adopté une alimentation saine, et 47 % ont dit faire de l'exercice au moins deux fois par semaine. Ils ont mentionné que l'information et l'éducation contribuent considérablement à la santé et au bien être. Interrogés au sujet des programmes communautaires, beaucoup d'entre eux ont dit souhaiter que l'on offre davantage d'outils d'information et de sensibilisation, d'ateliers, de formation et de programmes visant à favoriser la santé et le bien être.

Les participants à la séance de groupe de discussion des établissements métis, qui a été organisée par les Services de santé de l'Alberta en novembre-décembre 2013, ont exprimé de façon constante le souhait que davantage de renseignements soient offerts au sein de leurs collectivités au sujet de la prévention du cancer et ils ont souligné la nécessité et l'importance de disposer de documents



renfermant des messages adaptés à la culture. Les participants jugent important de fournir des renseignements à toutes les générations, et que ceux-ci devraient faire partie de l'enseignement en classe dispensé aux enfants d'âge scolaire.

D'autres organismes métis de partout au Canada ont reconnu la nécessité d'accroître la sensibilisation au cancer et aux maladies chroniques et ont pris des mesures pour comprendre les lacunes, informer leurs membres et mettre en œuvre des programmes de promotion de la santé. Par exemple :

- La Métis Nation British Columbia a réalisé une enquête provinciale auprès de ses membres en 2006, qui portait notamment sur la santé, la culture, l'éducation, le logement et l'emploi, pour mieux comprendre leurs préoccupations;
- La Métis Nation British Columbia a utilisé des fonds obtenus dans le cadre du programme ActNow BC pour appuyer des projets communautaires de promotion de la santé dans 33 des 36 communautés métisses à charte;
- La Métis Nation - Saskatchewan a mis en œuvre le programme Feu vert visant à célébrer les foyers sans fumée et à réduire les effets de la fumée secondaire sur les personnes et les familles.
- Au Manitoba, le programme d'initiatives communautaires de prévention du cancer a été mis sur pied pour aider le personnel de CancerCare Manitoba et les membres des collectivités à travailler en collaboration pour créer des documents et des événements pertinents en matière de prévention et de sensibilisation.
- Dans le cadre de son programme de lutte contre le cancer, l'Agence de la santé publique du Canada a lancé, en 2011,

une demande de propositions axées sur « l'élimination des obstacles, l'accroissement de la sensibilisation et la promotion de la participation aux activités de dépistage et de détection précoce du cancer parmi les populations mal desservies », y compris les Métis. Les types de projets qui ont été financés portaient notamment sur ce qui suit : des outils, des ressources, des modèles, des projets de démonstration ou pilotes, le transfert des connaissances, des pratiques exemplaires et prometteuses, la recherche qualitative et des études d'évaluation, et des modules de formation. Étant donné que ces initiatives sont maintenant terminées, il est prévu que davantage d'outils, de ressources et de programmes seront mis à la disposition des Métis.



4. Expérience des patients

« Parfois, il suffit d'écouter quelqu'un qui est passé par là, pour nous rassurer que tout va bien, lorsqu'on vit cette situation ⁸⁹. »

4.1 Début de l'expérience globale du cancer : le dépistage et le diagnostic

La lutte contre le cancer chez les Métis va au delà des soins aux personnes qui ont déjà reçu le diagnostic. Elle englobe tous les membres de la population, même ceux qui se portent bien. Certains cancers n'ont pas de cause connue; d'autres ne se manifestent par des signes ou symptômes qu'à un stade avancé^{90,91}. La détection précoce du cancer par le dépistage dans les populations saines a permis de réduire la mortalité et la morbidité liées à certains cancers⁹².



La plupart des provinces et des territoires offrent maintenant des programmes de dépistage organisés pour le cancer du sein, du col de l'utérus et colorectal. Il n'existe aucun programme organisé de dépistage pour le cancer de la prostate et d'autres cancers, mais les médecins peuvent offrir des tests de dépistage aux patients courant un risque plus élevé, dans le cadre des soins préventifs courants.

Surmonter les obstacles pour accéder au dépistage du cancer, et diagnostiquer le cancer plus rapidement sont des éléments essentiels de la lutte contre cette maladie dans les populations métisses.

Dépistage précoce

La détection permet de déceler un cancer à un stade précoce, où il est souvent plus facile à traiter⁹³. Le but des programmes de dépistage partout au Canada est de détecter autant de cancers que possible, aussi tôt que possible⁹⁴. Pour l'instant, l'information sur la situation actuelle du dépistage du cancer chez les Métis est insuffisante, surtout parce que la plupart des systèmes de surveillance de la santé au Canada ne saisissent pas l'information sur l'ethnicité. Le dépistage du cancer relève du gouvernement provincial; les organismes de lutte contre le cancer et les ministères de la Santé offrent, organisent et coordonnent des programmes de dépistage pour leurs populations. Lorsqu'il n'existe aucun programme organisé, le dépistage opportuniste a lieu dans les bureaux de médecin ou dans les services de consultation spécialisés.

« Si mon oncle avait consulté un médecin plus tôt, il aurait peut être survécu. Ce n'est qu'après avoir déménagé à la ville qu'il a commencé à consulter un médecin et a appris qu'il était atteint de cancer. Il éprouvait des symptômes depuis trois ans ⁹⁵. »



La section suivante décrit la participation des Métis aux programmes de dépistage visant à contrôler la santé du sein, du col de l’utérus et de la prostate, et la santé colorectale.

Dépistage du cancer du sein

Des programmes de dépistage du cancer du sein, notamment les mammographies, les examens cliniques et l’auto examen des seins réguliers existent dans la plupart des provinces et territoires et sont coordonnés en vue de respecter les normes nationales. Le Groupe d’étude canadien sur les soins de santé préventifs recommande que les femmes de 50 à 69 ans et de 70 à 74 ans subissent une mammographie à tous les deux à trois ans. La mammographie de dépistage systématique n’est pas recommandée pour les femmes de 40 à 49 ans, mais les femmes à haut risque devraient consulter leur médecin⁹⁶. La mammographie de dépistage, offerte en permanence et en temps opportun dans le cadre de programmes organisés, pourrait réduire la mortalité liée au cancer du sein de jusqu’à 20 %⁹⁷.

L’Enquête auprès des peuples autochtones de 2006 révèle qu’environ 57 % des femmes métisses âgées de 50 à 69 ans avaient subi une mammographie au cours des deux dernières années, par comparaison à 73 % des femmes non autochtones en 2008. Environ 39 % des femmes métisses de ce groupe d’âge n’avaient jamais subi une mammographie ou

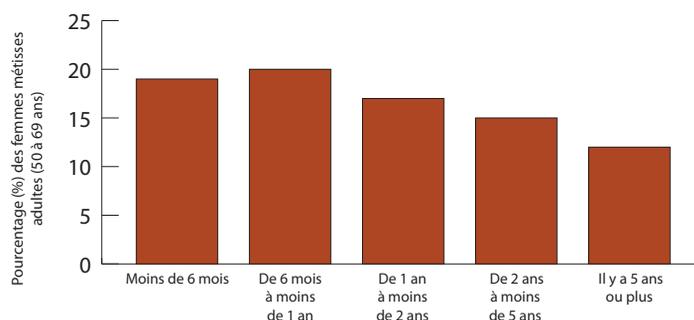
en avaient subi une plus de deux ans avant la tenue de l’enquête de 2006. Les femmes métisses et non autochtones ayant un médecin régulier étaient plus susceptibles d’avoir subi une mammographie au cours des deux années qui ont précédé l’enquête. Les femmes métisses ayant un médecin régulier étaient deux fois plus susceptibles que celles sans médecin régulier d’avoir subi une mammographie au cours des deux années précédentes⁹⁸.

Les tendances en matière de participation à la mammographie diffèrent selon la région. Par exemple, une étude menée en 2010 au Manitoba a révélé que le taux de mammographie chez les femmes métisses atteignait 60 %, par comparaison à 62 % pour l’ensemble des autres femmes du Manitoba⁹⁹. En Ontario, le taux de mammographie chez les femmes métisses âgées de 50 à 69 ans était d’environ 90 %, soit le même taux que celui de l’ensemble des autres femmes de l’Ontario. Toutefois, seulement 60 % ont déclaré avoir subi une mammographie dans l’intervalle recommandé de deux ans, par comparaison à 73 % chez les femmes de la population générale¹⁰⁰.

Dépistage du cancer du col de l’utérus

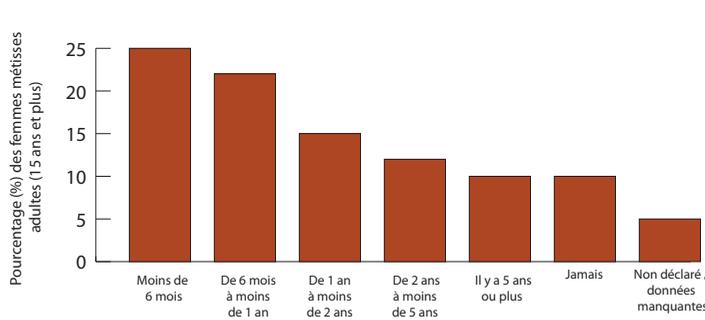
Le cancer du col de l’utérus est l’un des cancers les plus faciles à prévenir. Le test de Papanicolaou (test Pap) sert au dépistage chez les femmes depuis

Figure 6 : Dernière mammographie selon les déclarations des femmes métisses



Source : Statistique Canada, Enquête auprès des peuples autochtones de 2006)

Figure 7 : Dernier test Pap selon les déclarations des femmes métisses



Source : Statistique Canada, Enquête auprès des peuples autochtones de 2006



les 50 dernières années et, selon les estimations, il permet de réduire les décès liés aux cancers de ce type de jusqu'à 99 %¹⁰¹. On recommande aux femmes sexuellement actives de subir ce test chaque année ou tous les trois ans, selon les résultats du test précédent¹⁰². L'accès au dépistage du cancer du col de l'utérus dépend de la disponibilité des prestataires de soins de santé à l'échelle locale, y compris des infirmières ou infirmières praticiennes formées pour effectuer les tests Pap¹⁰³.

L'Enquête auprès des peuples autochtones de 2006 révèle que 67 % des femmes métisses âgées de 18 à 69 ans avaient subi un test Pap au cours des deux années précédant l'enquête tandis que 28 % ont déclaré n'avoir jamais subi de test Pap ou avoir subi ce test deux ans et plus avant l'enquête. Chez les femmes métisses ayant déclaré avoir un médecin régulier, 72 % avaient subi un test Pap dans les délais prescrits, par comparaison à 51 % des femmes métisses ayant déclaré ne pas avoir de médecin régulier¹⁰⁴.

À l'échelle régionale, les taux de dépistage du cancer du col de l'utérus varient. Dans le cadre d'une enquête sur la santé menée en Saskatchewan en 2010, 91 % des femmes métisses ont déclaré avoir déjà subi un test Pap, et 78 % avaient subi ce test au cours des deux années précédentes¹⁰⁵. Les femmes métisses du Manitoba affichent un taux de dépistage du cancer du col de l'utérus de 69 %, ce qui est supérieur au taux de 67 % relevé pour l'ensemble des autres femmes du Manitoba. En Ontario, la proportion de femmes métisses âgées de 18 ans et plus ayant subi un dépistage au cours des cinq années précédentes ne diffère pas considérablement de celle de la population générale¹⁰⁶.

Plusieurs provinces et territoires sont à mettre en œuvre des initiatives visant à améliorer le taux de dépistage du cancer du col de l'utérus parmi les populations mal desservies, y compris les collectivités autochtones. En Ontario, par exemple, le projet visant les personnes qui participent insuffisamment

ou ne participent pas au dépistage a pour objet de mobiliser les groupes dont le taux de participation est faible, y compris les populations autochtones¹⁰⁷. Dans le cadre de leurs programmes de dépistage du cancer, les Services de santé de l'Alberta ont élaboré des documents d'information sur le dépistage du cancer à l'intention des populations autochtones et, en 2007-2008, ont versé des subventions aux collectivités métisses en vue de la promotion du dépistage¹⁰⁸.

Dépistage du cancer colorectal

Quatre vingt dix pour cent (90 %) des cancers colorectaux peuvent être évités s'ils sont détectés tôt¹⁰⁹. Les premiers tests de dépistage pour ce type de cancer comprennent la recherche de sang occulte dans les selles (RSOS), la recherche de sang occulte dans les selles au gaïac (RSOSG) ou le test immunochimique fécal (TIF). Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs



recommande aux hommes et aux femmes de plus de 50 ans de faire l'objet d'une RSOS chaque année ou tous les deux ans. Toutefois, ces lignes directrices sont en cours de révision. Les programmes organisés de dépistage du cancer colorectal sont relativement nouveaux au Canada. Depuis le début de 2012, de tels programmes sont mis en place dans l'ensemble du pays : dix provinces et un territoire ont annoncé ou ont des programmes organisés de dépistage du cancer colorectal ou des programmes pilotes en cours¹¹⁰.

À l'heure actuelle, 50 % des Canadiens appartenant à ce groupe d'âge déclarent avoir subi un test de dépistage¹¹¹. Il n'y a pas de données disponibles sur les taux de participation des Métis au dépistage du cancer colorectal.

Autres formes de dépistage

Il n'existe pas de programme organisé de dépistage pour la plupart des cancers, et pour certains cancers, notamment le cancer du poumon et des ovaires, aucun test fiable ne permet la détection précoce¹¹². Le dépistage régulier de quelques cancers, dont le cancer de la prostate, n'est pas recommandé en raison des risques associés à la procédure. Toutefois, les personnes ayant des antécédents familiaux de cancer de la prostate ou d'autres cancers, ou qui éprouvent des préoccupations au sujet des lignes directrices sur le dépistage, devraient consulter un professionnel de la santé. Le dépistage du cancer de la prostate se fait habituellement par un toucher rectal ou par un test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique (APS)¹¹³.

L'Enquête auprès des peuples autochtones de 2006 révèle que 27 % des hommes métis âgés de 40 à 49 ans ont subi un test de dépistage de l'APS au cours des cinq années précédant l'enquête, tandis que 65 % d'entre eux n'ont jamais subi de test de dépistage de l'APS ou en avaient subi un cinq ans et plus avant la tenue de l'enquête. Les

hommes métis âgés de 40 à 49 ans ayant déclaré avoir un médecin régulier étaient plus de trois fois plus susceptibles que ceux sans médecin régulier d'avoir subi un test de dépistage de l'APS au cours des cinq années ayant précédé l'enquête¹¹⁴.

D'après une enquête sur la santé effectuée en Saskatchewan en 2010, 48 % des hommes métis ont indiqué avoir subi un examen de la prostate, tandis que 56 % de ces répondants ont dit avoir subi cet examen de façon régulière¹¹⁵.

Défis liés au dépistage

Dans l'ensemble, il appert que les taux de participation au dépistage du cancer chez les Métis sont similaires à ceux de la population générale. Toutefois, ces taux sont généralement inférieurs aux cibles nationales des programmes organisés de dépistage et ils varient considérablement selon la région.

Il y a de nombreuses raisons pour lesquelles les Métis ne participent pas aux programmes de dépistage. Ces raisons peuvent varier à la grandeur du pays, mais certains thèmes généraux ressortent. Les obstacles à l'accès aux services de dépistage du cancer comprennent les craintes et les croyances personnelles, l'isolement géographique, des facteurs économiques, et les capacités du système de santé^{116, 117}.

Craintes et croyances personnelles

L'expérience antérieure avec le système de santé a un effet durable sur la décision de participer aux programmes de dépistage. Les mauvaises expériences de nombreux Métis avec le cancer peuvent engendrer la croyance qu'un diagnostic de cancer est synonyme de condamnation à mort. Pour certains, plutôt que de les motiver à chercher de l'aide plus tôt, la crainte du cancer les dissuade de s'engager dans une démarche préventive, comme le dépistage¹¹⁸.



Beaucoup de Métis dans la cinquantaine et la soixantaine qui font partie de la tranche d'âge recommandée pour le dépistage ont vécu de la violence sexuelle, physique et psychologique pendant leur enfance et ne font plus confiance aux professionnels de la santé qui effectuent les

examens de dépistage. En particulier, en raison de leurs expériences dans les pensionnats, les personnes âgées hésitent à subir des procédures de dépistage et à interagir avec des prestataires de soins qu'elles ne connaissent pas et en qui elles n'ont pas confiance¹¹⁹.

Perspective centrée sur la personne

Ma fille Melinda

Par Fred Shore, Métis, soignant

Ce qui est arrivé a vraiment été une grosse surprise. Essentiellement, notre fille aînée ne se sentait pas bien durant l'été, en juillet et en août, et ressentait des symptômes qui ressemblaient simplement à ceux d'une grippe. Et elle était vraiment fatiguée.

Elle était également sur le point de devenir directrice adjointe dans un grand magasin dans la ville où nous habitons. Elle croyait que ses symptômes étaient causés par le stress lié à cette situation et à tout le reste. Mais bon, elle a commencé à occuper ce nouveau poste.

Toutefois, elle se rendait au travail et s'asseyait à son bureau et se rendait compte qu'elle n'arrivait pas à se lever pour accomplir ses tâches, elle n'avait tout simplement plus d'énergie, et ne se sentait vraiment pas bien. Alors sa mère et moi avons commencé à insister un peu pour qu'elle consulte un médecin au sujet de son état. Elle a donc fini par le faire.

Le chirurgien l'a hospitalisée le jour même et non seulement l'a t il hospitalisée, il lui a fait administrer de la morphine dans l'heure qui a suivi.

Elle a reçu un diagnostic de cancer du côlon de stade 4. Elle avait trois grosses tumeurs et toutes ces tumeurs avaient produit des métastases qui s'étaient propagées partout... au foie et partout ailleurs, alors... cela est arrivé le 25 septembre et elle est décédée le 12 novembre.

Ce fut difficile. Comme parent, voir mourir son enfant n'est pas une partie de plaisir. Nous ne pouvions rien faire. La seule chose que nous pouvions faire était d'assurer son confort dans la mesure du possible et, vous comprenez, il nous fallait juste endurer la situation dans l'ensemble.

Nous étions entourés de nombreux amis... et ils sont restés le plus longtemps possible. Et ils étaient en fait présents lorsque Melinda est décédée.

Nous n'avons pas eu le temps d'être en colère, tout cela s'est passé si vite. La réalité est qu'un jour, elle est morte et c'était tout. Elle est décédée le 12 novembre. Le 11 novembre est le jour de l'anniversaire de naissance de mon épouse. Nous avons toujours dit que Melinda avait attendu après minuit pour mourir. Connaissant Melinda, nous pensons que c'est probablement ce qu'elle a fait¹²⁰.



Des relations de confiance et des contextes culturellement sécuritaires pourraient inciter les Métis à participer aux programmes de dépistage et contribuer à des expériences plus positives.

« Les professionnels de la santé sont fantastiques, mais ils sont très habitués à faire face au cancer tous les jours. Ils doivent ralentir lorsqu'ils interagissent avec les patients parce que la situation est éprouvante et effrayante ¹²¹ . »

De nombreux organismes de soins de santé ont cerné le besoin de créer des environnements de soutien pour les professionnels de la santé qui travaillent auprès des membres des Premières nations, des Inuits et des Métis, en leur offrant une formation sur les compétences culturelles et des ressources adaptées à la culture. Par exemple, en 2001, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada a établi des lignes directrices destinées aux personnes qui travaillent auprès des Autochtones¹²², et en 2009, l'Association des médecins autochtones du Canada et l'Association des facultés de médecine du Canada ont uni leurs efforts pour élaborer deux cadres de formation médicale permanente et postdoctorale sur la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis¹²³. Afin de combler les besoins des professionnels de la santé œuvrant dans les collectivités, Saint Elizabeth, un organisme de soins de santé, offre les cours @YourSide Colleague¹²⁴ qui visent à assurer le perfectionnement professionnel du personnel infirmier et des professionnels de la santé travaillant auprès des patients, des collectivités et des organismes des Premières nations, inuits et métis.

Facteurs économiques et sociaux

Pour certains Métis, l'accès au dépistage du cancer est limité par des facteurs économiques, plus particulièrement en ce qui a trait aux frais de transport. Selon le recensement de 2006, le revenu moyen en 2005 des Métis de 15 ans et plus atteignait environ 80 % du revenu moyen de

l'ensemble de la population du Canada. Vingt et un pour cent (21 %) de l'ensemble des Métis vivaient sous le seuil de faible revenu calculé par Statistique Canada, comparativement à 15 % pour ce qui est de l'ensemble de la population du Canada¹²⁵. Les programmes d'aide aux employés, les régimes publics d'assurance santé et les organismes sans but lucratif disposent habituellement de peu de fonds à consacrer aux déplacements liés à la prévention, imposant ainsi aux particuliers le fardeau financier des déplacements liés au dépistage¹²⁶. En plus des coûts, le temps nécessaire aux déplacements peut constituer un obstacle pour certains Métis. Leur désir de se prévaloir des services de dépistage peut être éclipsé par les responsabilités communautaires, notamment en ce qui a trait aux activités principales de soins aux enfants, ou par l'impossibilité de s'absenter du travail. Les priorités quotidiennes peuvent prendre le pas sur l'obtention de services de prévention, y compris le dépistage, en particulier pour les personnes qui doivent parcourir de grandes distances.

« Les frais de stationnement qu'il fallait assumer étaient trop coûteux et avaient l'effet d'une gifle au visage compte tenu de l'épreuve que nous devons traverser ¹²⁷ . »

Capacités du système de santé

La pénurie de prestataires de soins de santé et les taux élevés de roulement de personnel à l'échelle du Canada posent un défi aux Métis qui veulent avoir accès au dépistage du cancer. Dans les provinces où les médecins sont les responsables des services de dépistage pour certains cancers, notamment le cancer de la prostate et colorectal, les pénuries de personnel sont encore plus problématiques. Les médecins peuvent être submergés par les besoins immédiats des patients et manquer de temps pour promouvoir ou effectuer des tests de dépistage du cancer¹²⁸. De plus en plus, le personnel infirmier reçoit la formation requise pour fournir certains services de dépistage comme les tests Pap.



PROFIL D'UNE PRATIQUE PROMETTEUSE : SERVICE MOBILE DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Des stratégies d'approche sont en place partout au pays en vue d'accroître la participation des populations éloignées et rurales, notamment les Métis, aux programmes de dépistage. Des installations de dépistage mobiles et régionales existent maintenant dans la plupart des provinces et territoires pour remédier aux problèmes d'accès, en particulier chez les populations éloignées.

Le service mobile de dépistage du cancer du sein en particulier est un programme d'approche qui a démontré des effets positifs¹²⁹. Dans la plupart des provinces et des territoires, des cliniques mobiles de dépistage du cancer du sein se rendent régulièrement dans les collectivités éloignées, soit de deux fois par année à une fois tous les deux ans¹³⁰. En outre, le Québec dispose d'un avion qui transporte le matériel pour les mammographies et les techniciens dans les collectivités au nord de la province. Les femmes du Yukon peuvent se rendre à Whitehorse ou à une unité mobile fournie par la BC Cancer Agency à des fins de dépistage. Les Territoires du Nord Ouest n'utilisent pas d'unités mobiles, mais des installations de dépistage sont accessibles en région. Il n'y a pas d'installations pour la mammographie au Nunavut et généralement, les femmes doivent sortir des Territoires pour le dépistage¹³¹.

Le programme mobile de dépistage du cancer du sein du Nord Ouest de l'Ontario, une initiative d'Action Cancer Ontario, a comme mission de fournir des services de dépistage du cancer du sein de qualité supérieure aux femmes admissibles âgées de 50 à 74 ans qui vivent dans les collectivités rurales et éloignées. L'unité mobile se rend dans plus de 55 endroits et visite plus de 30 collectivités. Elle est ouverte le soir et les fins de semaine pour s'adapter à leur emploi du temps et être plus accessible¹³².

Le programme BreastCheck de CancerCare Manitoba (CCMB) offre un service mobile de dépistage du cancer du sein au Manitoba à plus de 90 endroits pour augmenter le taux de participation au dépistage dans l'ensemble de la province¹³³. De 1991 à 1999, le taux de participation à la mammographie chez les femmes vivant dans les régions rurales du Manitoba a augmenté, passant d'environ 13 % à près de 53 %¹³⁴.

Diagnostiquer le cancer

La plupart des registres du cancer ne mentionnent pas l'ethnicité des patients. Par conséquent, nous ne disposons pas d'information sur les diagnostics de cancer chez les Métis. Quelques administrations ont travaillé à combler cette lacune au moyen d'études régionales. Par exemple, au Manitoba, une étude fondée sur le couplage de données n'a fait ressortir aucune différence quant au stade du cancer au moment du diagnostic entre les Métis et les autres Manitobains¹³⁵.

Le respect de la culture est un facteur important lorsqu'on donne un diagnostic de cancer, car certains Métis ont des croyances distinctes lorsqu'il s'agit de parler de maladies. Certains croient que parler directement du cancer avance le moment de la mort, ce qui suscite la crainte et la douleur. Par conséquent, les processus de communication plus indirects sont préférables. En outre, pour la plupart des Métis, la santé consiste à parvenir à un équilibre et au bien être dans tous les domaines de la vie humaine¹³⁶. Toutefois, de nombreux professionnels



de la santé ont tendance à se concentrer sur le diagnostic physique et le traitement, souvent au détriment des aspects émotionnels du cancer.

Les problèmes du système de santé ont également des conséquences sur les diagnostics de cancer. Les personnes qui ont accès à un programme de dépistage et dont les résultats sont anormaux sont orientées par leur prestataire de services de santé vers un spécialiste pour subir d'autres tests de diagnostic. La coordination et la communication entre les patients, les médecins de famille et les spécialistes peuvent être problématiques pour les personnes qui n'ont pas de prestataire régulier de services de santé ou qui n'ont pas accès directement aux services de dépistage sans la participation de leur prestataire régulier. Les pénuries du système de santé impliquent que les intervenants de première ligne se concentrent généralement sur les soins

aux malades en phase aigüe. Ainsi, il est possible que certains symptômes des personnes qui ne peuvent accéder au dépistage ne soient pas traités pendant de longues périodes, ce qui peut retarder le diagnostic. Améliorer la compétence culturelle des prestataires de soins de santé peut aider à faire en sorte que les diagnostics de cancer soient culturellement adaptés aux croyances des Métis.

« Il y a de nombreuses périodes d'attente; cela occasionne des tourments et crée une anxiété ¹³⁷. »

Les participants à la séance de groupe de discussion organisée par l'organisme Métis Nation British Columbia et la BC Cancer Agency sont d'avis que personne ne devrait être seul au moment de recevoir un diagnostic¹³⁸.

Réception d'un diagnostic

Extrait d'une conversation avec la Dre Ester Tailfeathers

[TRADUCTION]

Je crois qu'il est très important que le patient soit accompagné d'un membre de sa famille lorsqu'on lui parle. J'ai appris à demander au patient d'inviter le plus grand nombre possible de membres de sa famille faisant partie de l'équipe soignante à l'accompagner dans la salle d'examen pour passer en revue le processus en entier et en discuter, pour expliquer l'affection du patient, la prochaine étape, ainsi que les choses auxquelles il doit s'attendre au cours des deux ou trois prochains mois.

Je crois qu'il est vraiment important de tenir les discussions de ce genre avec la famille et non uniquement avec le patient, car il arrive souvent que le patient oublie la plupart des informations que je lui ai données, une fois qu'il quitte la salle d'examen, s'il était seul. Étant donné qu'il est en état de choc, il se peut qu'il ne retienne que deux ou trois mots et ne saisisse rien d'autre parce qu'il a peur.

Il est vraiment utile pour le patient d'être accompagné de sa famille parce qu'il se sent soutenu par celle-ci. Cela est également très utile pour la famille parce qu'elle doit savoir à quoi s'attendre. C'est donc un aspect important de la prestation de soins liés au cancer pour les patients autochtones et je crois, pour la plupart des patients des régions rurales¹³⁹.



4.2 Vivre avec le cancer : le traitement

Les choix de traitement du cancer sont variés, selon le type et le stade du cancer et en fonction des facteurs personnels uniques à chaque patient, comme son état de santé avant le diagnostic et ses antécédents médicaux familiaux. Le traitement pour aider à vaincre le cancer, prolonger la vie ou en améliorer la qualité peut comprendre la chirurgie, les médicaments anticancéreux, la chimiothérapie et la radiothérapie. Le traitement peut viser à éliminer le cancer, prolonger la vie ou en améliorer la qualité.

La complexité du système de soins liés au cancer et des choix de traitement peut soulever des difficultés pour certains Canadiens qui vivent avec le cancer. Chez les Métis, de nombreux facteurs, notamment l'isolement géographique, les entraves à la communication et la faible disponibilité des soins culturellement appropriés contribuent à leurs frustrations tout au long du traitement du cancer¹⁴⁰.

Recevoir un diagnostic de cancer peut être effrayant et le processus de traitement peut porter à confusion si le patient ne dispose pas de l'information pertinente et appropriée. Assurer un soutien émotionnel et informationnel aux patients métis tout au long de leur expérience globale du cancer pourrait contribuer à améliorer celle-ci lorsqu'ils interagissent avec le système de soins liés au cancer.

Information sur le traitement

« Trois femmes que je connais ont reçu un diagnostic de cancer et ont refusé de prendre les médicaments prescrits par la suite parce qu'elles ne comprenaient pas. Elles ont pris l'ordonnance rédigée par le médecin, mais elles ne l'ont jamais fait exécuter ¹⁴¹. »

La communication efficace entre le médecin et le patient prend toute son importance dans les soins liés au cancer. Une mauvaise communication peut donner lieu à des sentiments d'anxiété et de confusion et le patient peut subir les procédures sans avoir donné son consentement en pleine connaissance¹⁴². La confiance joue également un rôle important dans la communication entre les médecins et les Métis pendant le traitement du cancer. La rétroaction qualitative indique que quelques Métis ne se sentent pas à l'aise de poser des questions sur leurs choix de traitement en raison d'un manque de confiance dans leurs relations avec les prestataires de soins. Les expériences antérieures négatives avec le système de santé, la méfiance générale envers la médecine occidentale et les problèmes de compétence culturelle peuvent empêcher les Métis d'interagir efficacement avec leurs prestataires de soins.

Des régions de partout au Canada ont élaboré des ressources visant à améliorer l'efficacité de la communication pendant les consultations pour le traitement. (Se reporter à l'épilogue pour des exemples de ces ressources).

Guérison traditionnelle et soins culturellement adaptés

Alors que le modèle médical occidental a tendance à miser sur l'absence de maladie, pour bien des Métis, la compréhension de la santé et du bien-être tient compte de l'équilibre holistique de l'esprit, du corps et de l'âme, et englobe les dimensions de la personne, de la famille et de la collectivité, ainsi que les étapes du cycle de vie de la personne¹⁴³.

D'après l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2006, 32 % des adultes métis ont déclaré avoir accès à des médicaments et des méthodes de guérison et de mieux-être traditionnels dans la ville, le village ou la collectivité dans laquelle ils demeurent présentement. Les Métis vivant en milieu urbain étaient plus susceptibles que ceux



demeurant en milieu rural de déclarer que des médicaments et des méthodes de guérison et de mieux être traditionnels étaient offerts dans leur milieu. L'enquête n'a pas fait état du pourcentage des Métis qui ont recours aux méthodes de guérison traditionnelles¹⁴⁴.

« La spiritualité est cruciale à ce moment... Les services de shamans ou de guérisseurs devraient être accessibles pour favoriser un sentiment de sécurité culturelle¹⁴⁵. »

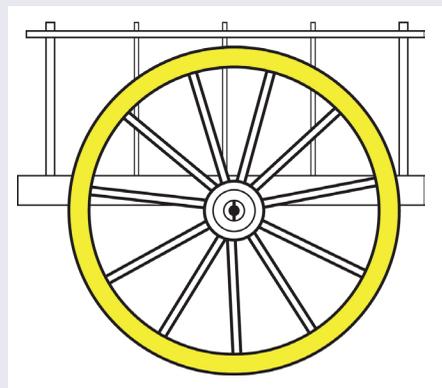
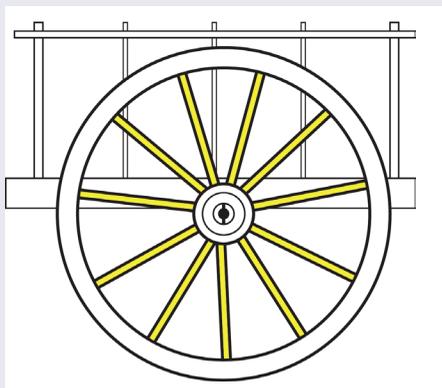
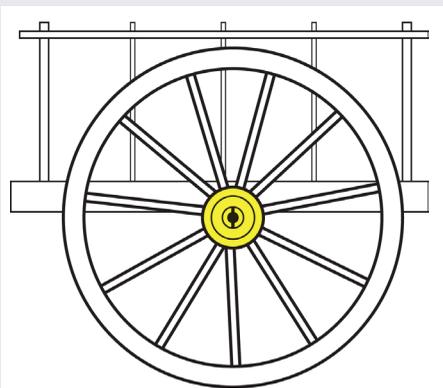
Une enquête de la Métis Nation British Columbia révèle que la nécessité de disposer de modes de guérison traditionnels de rechange fait partie des principales préoccupations de la population en matière de santé¹⁴⁶. Dans le cadre d'une étude sur la population métisse vivant en milieu urbain à Ottawa, 56 % des répondants ont dit utiliser la médecine traditionnelle¹⁴⁷. De plus, une enquête sur la santé menée récemment par la Métis Nation-Saskatchewan¹⁴⁸ indique qu'un répondant sur cinq, ou 19,2 %, a recours à des services de guérison traditionnels.

PROFIL D'UNE PRATIQUE PROMETTEUSE : LA STRATÉGIE DE SANTÉ ET DE BIEN ÊTRE DE LA MÉTIS NATION-SASKATCHEWAN

À l'été 2012, le ministère de la Santé de la Métis Nation-Saskatchewan a lancé sa nouvelle stratégie de santé et de bien être. Cette stratégie s'articule autour de l'expression michif *miyo âyâwin*, qui capture le concept métis holistique d'une vie saine ou en bonne santé.

Miyo âyâwin :

« Le fait de réfléchir à la santé selon ce point de vue nous encourage à tenir compte de facteurs tels que la vision du monde, la culture, la langue, l'identité, l'histoire et l'expérience... Le savoir, les connaissances en santé et les méthodes de guérison traditionnels des Métis sont essentiels à notre bien être et sont intrinsèquement liés, par l'intermédiaire de notre langue et de nos pratiques traditionnelles, aux relations que nous entretenons avec la terre. Le savoir traditionnel des Métis s'inscrit dans la langue michif, dans nos enseignements culturels et dans les récits et l'histoire de nos collectivités. »





Orientation dans le système

L'accès en temps opportun au soutien informationnel et émotionnel pendant le traitement est crucial pour aider les patients à s'orienter dans le système de soins liés au cancer¹⁵¹. Toutefois, la rétroaction qualitative révèle que les Métis n'ont pas toujours accès à un soutien culturellement adapté, ce qui peut créer des difficultés lorsqu'ils reçoivent des soins¹⁵².

Pour de nombreux patients métis, la guérison et le traitement sont associés à l'interdépendance avec la famille et la collectivité. Par conséquent, pour ceux qui vivent dans les collectivités rurales et éloignées,

Parmi les outils et les ressources adaptés à la culture mis au point par le ministère de la Santé de la Métis Nation-Saskatchewan, mentionnons le modèle de charrette de la rivière Rouge représentant la santé et le mieux être des Métis.

La charrette de la rivière Rouge : un modèle représentant la santé et le mieux être des Métis

La charrette de la rivière Rouge est un symbole culturel que les Métis reconnaissent¹⁴⁹. La Métis Nation-Saskatchewan utilise la charrette de la rivière Rouge pour modéliser la santé et le mieux être des Métis, et inspirer la participation, le dialogue et la vision communautaires.

La roue, avec son moyeu central, ses rayons et sa jante, démontre l'interdépendance des visions que les Métis ont de la santé et du bien être. Dans ce modèle, la culture, la langue, les valeurs et le savoir traditionnel des Métis se situent dans le moyeu de la roue, qui assure la solidité de la roue et la retient.

Les rayons irradiant à partir du centre et sont de même longueur, représentant l'équilibre et l'égalité dans les domaines d'action prioritaire en matière de santé. Lorsque les collectivités vivent des situations de stress ou font face à des défis, les rayons se brisent et doivent être réparés. Il incombe à la collectivité de déterminer ce qui est brisé, de trouver des solutions et de prendre des mesures pour réparer les rayons, rétablir l'équilibre de la roue de la charrette et celui de la collectivité.

La jante maintient les rayons en place et assure la solidité de la roue en plus de la soutenir. Dans ce modèle, la jante représente les personnes, les collectivités, les partenaires et les intervenants qui unissent leurs efforts pour atteindre des buts et des objectifs communs consistant à améliorer la santé des Métis¹⁵⁰.



qui doivent parcourir de grandes distances pour soigner leur cancer, il est très difficile de quitter le réseau de soutien de la famille et de la collectivité pour faire face seuls au cancer¹⁵³. La crainte de laisser la collectivité, les longs séjours dans des villes inconnues pendant le traitement et le sentiment d'isolement pendant l'hospitalisation ou les séjours dans les centres spécialisés en oncologie peuvent compliquer la capacité de certains Métis à s'orienter dans le système de soins liés au cancer.

« Nous avons besoin d'un intervenant autochtone rattaché à notre collectivité, qui nous connaît et qui connaît le système afin de nous aider à l'utiliser¹⁵⁴. »

Dans certaines régions, les hôpitaux et les centres anticancéreux ont embauché des intervenants pivots auprès des patients autochtones pour aider les patients et leurs familles à s'orienter dans le système de soins liés au cancer en vue de leur permettre de recevoir des soins de qualité adaptés à la culture.

Les exemples ci dessous traitent d'intervenants pivots œuvrant auprès « des Autochtones » ou « des Premières nations, des Inuits et des Métis ». Dans la pratique, il n'y a toujours pas d'intervenants pivots chargés de travailler expressément auprès des patients métis, bien que dans certains cas, les Métis participent à l'établissement de ces rôles. Le concept des intervenants pivots chargés de desservir les populations autochtones est nouveau et aucune étude faisant état de l'efficacité de ceux ci n'a été publiée à ce jour. La rétroaction qualitative des patients membres des Premières nations et inuits indique que les intervenants pivots jouent un rôle crucial et apprécié, en particulier en ce qui concerne les patients des collectivités éloignées et isolées^{155,156}. Il n'existe toujours pas d'information similaire quant à l'expérience des patients métis, mais cette approche peut présenter une occasion d'améliorer le bien être des Métis.

Plusieurs programmes de la région sanitaire de Regina Qu'Appelle en Saskatchewan sont adaptés aux besoins des Premières nations et des Métis. Il s'agit notamment de ceux du Bureau de santé Eagle Moon, du Native Counseling Services, du Al Ritchie Health Action Centre, et du Centre de santé communautaire Four Directions¹⁵⁷. À Saskatoon, le service de santé des Premières nations et des Métis offre les services de personnel de santé possédant des compétences cliniques et culturelles aux patients et aux familles conformément aux directives du First Nations and Métis Health Council¹⁵⁸.

Les Services de santé de l'Alberta offrent un programme de santé destiné aux Autochtones à l'échelle de la province, en collaboration avec des personnes et des organismes autochtones afin de fournir des services de santé de haute qualité, accessibles et adaptés à la culture. Le programme comprend les services de personnel autochtone, à savoir des agents de liaison hospitaliers, des coordonnateurs de soins, et des auxiliaires culturels, chargés de soutenir les patients autochtones et leurs familles tout au long de l'hospitalisation, et de les aider à se prévaloir des services et programmes de santé offerts dans leurs collectivités de résidence¹⁵⁹.

Les participants aux séances de groupe de discussion des établissements métis ont signalé la nécessité de la prestation d'un soutien aux patients tout au long de leur expérience globale du cancer



par un intervenant pivot ou un agent de liaison connaissant les collectivités métisses et leur culture. Les participants ont souligné la valeur des relations établies entre les collectivités des établissements et le personnel du programme de santé autochtone des Services de santé de l'Alberta¹⁶⁰.

Dans le cadre d'entrevues menées auprès d'informateurs clés par la Nation métisse de l'Ontario au cours du projet intitulé *In their Voices*, il est

ressorti que le coordonnateur auprès des patients autochtones aidait les patients métis et leurs familles à :

- remplir les évaluations des symptômes de cancer;
- avoir accès aux programmes de soutien psychosocial;
- obtenir des médicaments sur ordonnance ou d'autres services de santé non assurés qui ne sont pas couverts par la province ou l'hôpital;

PROFIL D'UNE PRATIQUE PROMETTEUSE : ORIENTATION DES PATIENTS AUTOCHTONES

Les intervenants pivots auprès des patients autochtones touchent directement le côté humain du cancer en interagissant avec les patients vulnérables et leurs familles pour les aider et agir en leur nom dans un système de soins de santé complexe qui porte à confusion¹⁶¹. Les intervenants pivots aident à rapprocher les soins occidentaux et traditionnels en assurant la liaison entre le système de soins liés au cancer et les collectivités autochtones. Les intervenants pivots s'emploient également à favoriser l'accès des patients aux services communautaires qui assurent une plus grande continuité des soins et l'utilisation efficace des ressources.

L'orientation des patients autochtones est une pratique prometteuse pour améliorer l'accès des Métis aux soins culturellement adaptés et la coordination du traitement. Les projets d'intervenants pivots auprès des patients autochtones dans différentes provinces canadiennes visent à assurer une meilleure expérience pour les Métis dans le système de soins liés au cancer.

En Ontario, le recours à des intervenants pivots auprès des patients autochtones au Centre de cancérologie Juravinski a été reconnu comme une pratique exemplaire¹⁶². Le Centre de cancérologie Juravinski dessert plus de 1,4 million de résidents de Hamilton, Niagara et des environs, ce qui comprend près de 40 000 Autochtones. Le rôle d'intervenant pivot auprès des patients autochtones est devenu un poste permanent à temps plein à Juravinski en 2009, grâce au financement du réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant¹⁶³. L'intervenant pivot auprès des patients autochtones aide les patients tout au long de l'expérience globale du cancer et à cette fin, il fournit un soutien et des services d'aiguillage aux fins de guérison mentale, physique, émotionnelle et spirituelle¹⁶⁴.

L'intervenant pivot est un membre du personnel du Programme de soins de soutien et de soins palliatifs au Centre de cancérologie Juravinski. Les patients et les familles qui disent avoir des ancêtres autochtones ou qui appartiennent à une famille autochtone ou qui ont des besoins culturels autochtones ont droit aux services d'orientation. Le programme d'intervenants pivots a réussi à aider les patients et leurs familles à comprendre à quoi ils devraient s'attendre dans les divers aspects de l'expérience globale du cancer.



- interjeter appel pour avoir accès à des services et des prestations de santé;
- faciliter le retour du patient à la maison, en veillant à ce qu'il dispose du soutien requis;
- orienter les patients à partir de l'aiguillage jusqu'à la sortie de l'hôpital;
- trouver les services psychosociaux, hospitaliers et de bibliothèque;
- exprimer leurs besoins et leurs préoccupations;
- obtenir une orientation spirituelle sur demande;
- accroître la sensibilisation des patients métis et de leurs familles aux soins liés au cancer qui sont disponibles¹⁶⁵.

Action Cancer Ontario a embauché des Autochtones à titre d'intervenants pivots et de responsables régionaux de la lutte contre le cancer dans les régions de la province qui comptent d'importantes populations des Premières nations, inuites et métisses. D'ici 2015, le nombre d'intervenants pivots augmentera, et passera de cinq à neuf dans les 14 régions délimitées pour le traitement du cancer dans la province¹⁶⁶.

4.3 Soins communautaires et à domicile

Les soins communautaires et à domicile sont les services relatifs à la santé qui permettent aux personnes handicapées, atteintes d'une maladie chronique ou aiguë et aux aînés, de recevoir les soins nécessaires dans leur collectivité de résidence. L'accès à ce type de soins peut aider les patients cancéreux qui reviennent à la maison après avoir reçu un traitement dans un établissement de soins liés au cancer.

D'ordinaire, un gestionnaire de cas rencontre le patient et le soignant principal du patient pendant que ce dernier est hospitalisé, afin de déterminer les soins à domicile nécessaires et d'établir un plan de suivi. En raison de la pénurie de services de soins de santé dans les collectivités rurales et éloignées, cependant, il se peut que les plans de congé ne soient pas mis en œuvre comme prévu.

Les défis qui se posent ont notamment trait à la communication et à la coordination entre les prestataires de soins en milieu communautaire et les établissements de soins liés au cancer¹⁶⁷. Plus particulièrement dans les collectivités rurales et éloignées, il se peut que le personnel de santé local ne soit pas informé des besoins de soins des patients, et que les spécialistes du cancer et le personnel hospitalier ne soient pas au courant des lacunes à ce chapitre.

Dans les cas où il existe une pénurie de prestataires de soins de santé, les patients n'ont pas nécessairement de réponses à leurs questions sur les soins de suivi et les effets secondaires du traitement du cancer, et les entraves à la communication peuvent rendre difficile la consultation des spécialistes du cancer. Les Métis et les prestataires de soins liés au cancer ont relevé la nécessité de soutenir les patients cancéreux lorsqu'ils rentrent à la maison à la suite d'un traitement contre le cancer.

« Lorsqu'on reçoit le diagnostic initial, tout le monde vient nous voir. Ensuite, lorsqu'on suit le traitement, plus personne n'est là. Même lorsque le traitement est terminé, l'expérience se poursuit, mais il arrive souvent qu'on se retrouve seul, sans soutien une fois de retour à la maison¹⁷⁰. »



PROFIL D'UNE PRATIQUE PROMETTEUSE : LA PLANIFICATION DU CONGÉ DE L'HÔPITAL

La planification du congé de l'hôpital est un processus dans lequel on décide ce dont un patient a besoin pour une transition harmonieuse d'un niveau de soins à un autre. Cette discussion inclut souvent l'état physique du patient, les détails sur les types de soins requis, l'information sur les médicaments et l'alimentation, et les orientations possibles vers d'autres services. La planification efficace du congé pourrait réduire la probabilité de réadmission à l'hôpital, faciliter le rétablissement et bien préparer les membres de la famille et les soignants locaux à soutenir le patient à la prochaine étape de son expérience globale du cancer¹⁶⁸.

Les hôpitaux du Canada ont embauché des planificateurs de congés pour faciliter la transition des patients qui ne sont plus sous les soins de l'hôpital. En Nouvelle Écosse, le programme de planification des congés et d'admission aux soins à domicile du Cap Breton a été reconnu comme pratique prometteuse pour soutenir les patients des Premières nations qui ont reçu leur congé et retournent dans les collectivités des réserves¹⁶⁹. Ce programme a été lancé en 2002 comme projet pilote dans le district sanitaire du Cap Breton et depuis, c'est une pratique courante. On envisage également de l'élargir à toute la province.

Un modèle clairement défini comme celui ci peut être avantageux pour les Métis vivant dans les collectivités rurales et du Nord où l'accès aux soins est plus difficile.

Soins palliatifs

Les soins palliatifs constituent un type particulier de soins de santé prodigués aux patients atteints d'un cancer potentiellement mortel. Ils sont axés sur la gestion de la douleur et des symptômes et comprennent d'autres services non médicaux afin de répondre aux besoins émotionnels, spirituels et culturels du patient et de sa famille¹⁷¹.

La rétroaction qualitative donne à penser que la plupart des Métis préféreraient mourir à la maison, entourés de leur famille et de leurs amis¹⁷². Toutefois, dans les collectivités de moindre envergure, il se peut qu'il n'existe aucun programme officiel de soins palliatifs pour soutenir ces personnes¹⁷³. Par conséquent, les patients doivent se tourner vers les programmes de soins palliatifs officiels des établissements de soins des grands centres urbains ou des plus petits hôpitaux à proximité, ce qui peut susciter un sentiment d'isolement et de solitude chez les patients et leurs familles¹⁷⁴. Les grandes distances à franchir peuvent dissuader certains membres de la famille et amis de se rendre à l'établissement de soins et par conséquent, le patient pourrait être privé du soutien émotionnel dont il a besoin au cours de ses derniers jours. Lorsqu'ils reçoivent leurs soins à l'hôpital, les Métis ont généralement accès aux mêmes services palliatifs que les autres Canadiens. Toutefois, ces services ne sont habituellement pas adaptés aux différences culturelles ou ne créent pas une atmosphère de sécurité culturelle¹⁷⁵. Il se peut que les Métis qui ont des besoins précis en matière de soins palliatifs en raison de leurs traditions entourant la mort et son processus ne soient pas en mesure de réaliser leurs souhaits. Des recherches menées dans les collectivités des Premières nations indiquent que les politiques de l'hôpital font parfois obstacle aux pratiques traditionnelles et que les prestataires de soins ne peuvent pas toujours s'adapter aux besoins des patients autochtones¹⁷⁶. Les charges de travail intenses, l'absence de formation en sensibilisation aux réalités culturelles et les entraves à la communication contribuent



au manque de soins palliatifs culturellement appropriés dans certains hôpitaux et établissements de soins. Même si le personnel de santé de certaines régions se montre disposé à connaître et à comprendre les autres cultures, et d'autres suivent une formation en sensibilisation aux réalités culturelles, les coutumes autochtones ne sont pas uniformément respectées¹⁷⁷.

Dans certaines régions, les Métis peuvent recevoir des soins palliatifs plus près de leur domicile si les services sont offerts dans un hôpital ou un centre de soins plus proche de leur collectivité. Toutefois, ces services ne peuvent pas toujours satisfaire pleinement les besoins des patients métis. Par exemple, dans certains centres locaux, les prestataires de services de santé ont déclaré qu'il n'y avait pas de fonds pour offrir des soins palliatifs à toute heure¹⁷⁸. Dans la plupart des cas, l'horaire est de 9 h à 17 h, ce qui ne convient pas aux soins palliatifs. En outre, avec le roulement constant des prestataires de soins et les pénuries de personnel dans certaines régions, garantir des soins palliatifs continus et culturellement appropriés peut constituer un défi.

En raison des lacunes existantes dans les soins palliatifs des Métis, les membres de la famille et les collectivités métisses se sont souvent proposés pour donner les soins à leurs êtres chers. Quelques



patients métis ont choisi de renoncer aux services des programmes officiels de soins palliatifs des hôpitaux ou des centres de soins et de demeurer plutôt dans le confort de leur foyer. Dans le cadre de groupes de discussion tenus en Colombie Britannique, en Alberta et en Ontario, il a souvent été

Rural Palliative Care Model en Australie Occidentale

Par le passé, les soins palliatifs en Australie Occidentale ont été mis au point pour répondre à des besoins ponctuels, ce qui a donné lieu à un manque d'uniformité dans la coordination dans l'ensemble de la région sanitaire rurale. Le Rural Palliative Care Model (RPCM) [modèle de soins palliatifs en région rurale] a été élaboré en 2008 à titre de cadre d'amélioration de la qualité pour mieux assurer que les services régionaux de soins palliatifs viables sont conçus dans le respect des critères normalisés. En améliorant la coordination locale des soins et l'accès aux soins médicaux et en créant des liens officiels avec les spécialistes urbains des soins palliatifs, le RPCM aide à améliorer les soins palliatifs prodigués aux résidents des régions rurales. Le RPCM s'attarde particulièrement aux Aborigènes australiens qui se

trouvent dans la région. Selon le modèle, toutes les régions sanitaires de l'Australie Occidentale disposeront d'un comité directeur constitué d'intervenants comme les prestataires de soins à domicile, les services médicaux aborigènes, les hôpitaux publics, les services communautaires, ainsi que les soins à domicile et communautaires. Les coordonnateurs régionaux et locaux s'efforcent de maintenir des normes de soins uniformes et d'assurer que tous les patients disposent de plans de soins complets. Les organismes aborigènes consultés sur les besoins en soins palliatifs communautaires et les prestataires de soins de santé qui travaillent avec les Aborigènes australiens ont été consultés pour éclairer l'élaboration de stratégies pour promouvoir les soins holistiques et culturellement appropriés pour les Aborigènes. Bien que ce modèle n'ait pas encore été évalué et qu'il soit trop tôt pour discerner ses avantages à long terme pour la santé, il a clairement comblé les lacunes recensées dans les soins palliatifs aux Aborigènes.



mentionné que le rôle de la famille dans l'expérience globale du cancer des patients métis est essentiel, et est indispensable pour créer un sentiment de sécurité, de bien être et de force^{179, 180, 181}.

Toutefois, sans formation officielle, ressources suffisantes et normes pour les soins palliatifs des Métis, offrir ce genre de soutien peut être un fardeau pour le patient, sa famille et la collectivité. L'investissement en temps requis est souvent accablant et certaines familles peuvent être mal préparées pour fournir les soins appropriés; elles craignent souvent de faire des erreurs¹⁸². Le manque de soutiens et de ressources peut limiter la capacité de certaines familles de permettre à leur être cher de mourir à la maison comme il le désire.

« Lorsque je me suis occupé de ma mère, ses amis l'ont laissé tomber. Elle se demandait pourquoi ils ne venaient jamais la voir. Les gens ne devraient pas vous laisser tomber si vous avez le cancer. Ils ne savent pas quoi dire, alors ils se tiennent tout simplement à l'écart ¹⁸³. »

4.4 Survivre au cancer

« Je ne m'étais pas rendu compte de tout ce que j'avais vécu, au moment où cela se passe, on vit simplement au jour le jour ¹⁸⁴. »

De nombreuses personnes traitées pour le cancer survivent maintenant pendant plusieurs années après leur diagnostic¹⁸⁵. Toutefois, les défis physiques, émotionnels et financiers persistent souvent après le diagnostic et le traitement. Ces défis sont vastes et peuvent inclure des problèmes pratiques liés aux finances personnelles, aux difficultés psychologiques et à la crainte de récurrence du cancer¹⁸⁶. Dans tout le Canada, il est de plus en

plus nécessaire de voir aux besoins des patients et de leurs familles dans les années qui suivent la fin du traitement dans le système des soins liés au cancer.

Des réseaux et des groupes de soutien pour les survivants se sont constitués dans des régions du Canada; il y a eu des programmes officiels élaborés par des organismes de lutte contre le cancer et des mouvements populaires amorcés par des membres de la collectivité. Toutefois, des Métis de partout au Canada ont déclaré qu'un grand nombre de ces programmes sont inaccessibles dans leurs collectivités ou inadaptés aux expériences uniques des Métis ayant survécu au cancer. Accroître la disponibilité du soutien informationnel et émotionnel culturellement approprié peut aider ces survivants à s'adapter à la vie après le cancer.

Soutenir les survivants

S'adapter à la vie comme survivant du cancer n'est pas toujours facile et gérer les conséquences et les effets secondaires du traitement peut souvent être éprouvant. Les facteurs culturels, socioéconomiques et environnementaux contribuent au fait que les Métis ayant survécu au cancer peuvent avoir des expériences de survie différentes de celles des autres Canadiens¹⁸⁷. Par conséquent, les programmes officiels de survie offerts ne sont pas nécessairement adaptés à certains Métis, car il peut leur être difficile de créer des liens avec des survivants du cancer qui ne sont pas métis¹⁸⁸.

De nombreux Métis ont des croyances uniques au sujet de la guérison et de la lutte contre la maladie et ont donc besoin de ressources et de types de soutien différents pour les survivants du cancer. Consulter des guérisseurs traditionnels et retrouver un équilibre et la plénitude dans l'environnement spirituel peut être important pour certains Métis. Les services de soutien ne sont pas toujours adaptés à cette fin. Créer un environnement pour les survivants du cancer à caractère culturel peut aider à faire en sorte que l'on tienne compte



adéquatement du volet spirituel de la guérison. Dans le cadre des groupes de discussion tenus par la Métis Nation British Columbia et la BC Cancer Agency, les survivants du cancer et les soignants participants ont discuté de la définition d'un survivant et de ce que représente la survie pour eux.

Suivent les réponses paraphrasées des participants concernant la définition d'un survivant qui est souvent utilisée par la collectivité médicale, selon laquelle un survivant est une personne qui vit sans cancer depuis cinq ans :

Il ne devrait pas y avoir de limite de temps... on est survivant du cancer chaque matin où l'on se lève et que l'on continue de vivre après avoir reçu le diagnostic.

Un survivant est une personne qui poursuit son chemin en dépit des tourments et des traumatismes, alors [selon la vision du monde des Métis] cette définition s'étend aux soignants et au système de soutien.

Le terme « survivant » comporte un important lien affectif; on peut survivre à beaucoup de situations.

Quel que soit le délai, la survie est un état de bien être qui ne peut être mesuré; l'établissement d'un nouveau concept de normalité est essentiel à la survie pour le patient et son système de soutien; il consiste à être présent et à avoir une attitude positive¹⁸⁹.

Au cours de cette discussion, les participants ont expliqué leur point de vue sur le système médical en tant que processus à sens unique, semblable à un tunnel, le diagnostic se situant à une extrémité et la survie à l'autre. Les participants ont expliqué en quoi cela entre en conflit avec leur propre vision circulaire du diagnostic et de la survie, disant que pour de nombreux Métis, une personne est survivante lorsqu'elle décide de survivre, une décision qu'elle peut prendre à toute étape de l'expérience globale du cancer grâce à une attitude positive et à la spiritualité¹⁹⁰.

Il est ressorti de discussions de groupe tenues en

Alberta que les collectivités métisses, quel que soit leur emplacement géographique, ont toujours uni leurs efforts, partagé des ressources et formé des réseaux sociaux et culturels. Au cours des séances de discussion, il était évident que ce sentiment de communauté demeure un élément important de l'expérience vécue quotidiennement par les Métis vivant dans les collectivités des établissements¹⁹¹.

Il faut également tenir compte des problèmes pratiques liés à la survie, par exemple en matière de finances et d'emploi. À la suite du traitement, il se peut que certains patients cancéreux ne soient pas en mesure de s'absenter du travail pour se concentrer sur leur guérison et retrouver leurs forces. En outre, le fardeau financier du traitement contre le cancer et les coûts connexes peuvent être difficiles à surmonter pour certains Métis ayant survécu au cancer¹⁹².

Pour les Métis vivant dans les collectivités rurales et éloignées, il peut être difficile d'avoir accès aux organismes de soutien communautaires¹⁹³. La formule de la télésanté, décrite comme pratique prometteuse à la section 3.1, pourrait faciliter l'établissement de liens. À Washington et en Alaska, une initiative de télésanté a réussi à rassembler des survivants des collectivités rurales de ces deux États.

Gestion des cas

Même s'ils se sentent bien, la plupart des survivants poursuivent leur parcours face au cancer puisqu'ils doivent continuer d'aller à des rendez vous de suivi. Les défis généraux liés à l'accès aux services de santé tendent à persister pour un grand nombre d'entre eux. En outre, en raison du manque de ressources pour le cancer dans certaines collectivités, il est possible que les Métis ne soient pas conscients qu'ils doivent recevoir des soins de suivi ni au courant des stratégies pour réduire le risque de récurrence du cancer.





Telehealth for Cancer Support Groups dans les collectivités amérindiennes rurales et autochtones de l'Alaska

Au cours des dernières années, les collectivités amérindiennes et autochtones de l'Alaska aux États Unis ont fait valoir qu'il n'y avait souvent pas de groupe de soutien pour les personnes atteintes de cancer dans les régions rurales. Créer des liens avec d'autres survivants du cancer était considéré comme très important pour les patients amérindiens et autochtones, en particulier ceux des collectivités rurales isolées, où les survivants sont généralement moins nombreux. Télésanté représentait une possibilité de gérer les besoins en matière de soins de suivi et de qualité de vie des survivants ruraux du cancer. Le programme Telehealth for Cancer Support Groups (Télésanté pour les groupes de soutien aux personnes atteintes de cancer) a vu le jour comme moyen de faciliter les rencontres des groupes de soutien, de contrer la distance géographique et d'accroître l'accès aux soins en contexte rural. Au total, 25 sites de tribu rurale à Washington et en Alaska ont participé au programme et 12 réunions de groupes de soutien ont été organisées de février 2008 à septembre 2009. Un animateur urbain dirigeait les réunions et il y avait un coordonnateur local pour chaque site, comme une infirmière, un travailleur social ou un survivant du cancer de la collectivité. Les vidéoconférences étaient généralement organisées dans une clinique de santé tribale rurale pour les réunions mensuelles. Le contenu des réunions variait, mais il comprenait le counseling de groupe, des programmes d'éducation, des présentations par des spécialistes et de l'information sur des sujets choisis par les participants. Après plusieurs mois, les participants au programme se sentaient plus à l'aise et en confiance. Ils ont également indiqué qu'ils étaient contents de savoir qu'ils n'étaient pas seuls. Les obstacles géographiques et la faible densité démographique signifiaient que dans la plupart des sites, avant les vidéoconférences, les groupes de soutien n'étaient pas du tout disponibles pour les survivants du cancer. Le Telehealth for Cancer Support Groups a réussi à combler cette lacune et les participants se sont dits satisfaits du programme.



Perspective centrée sur la personne

Vivre avec le cancer

Par Fred Shore, Métis, soignant

Cela fait maintenant partie de notre vie quotidienne, vous savez, nous acceptons tout simplement la situation. Je ne veux pas, je ne veux vraiment pas, que cela nous cause d'autres torts. Mais nous gardons toujours à l'esprit que cela pourrait se produire, vous savez.

Je refuse, je crois, de passer tout mon temps à m'inquiéter de ce facteur. Si cela doit arriver, cela arrivera et nous devons alors y faire face.

La dernière chose que je souhaite est qu'il arrive soudainement quelque chose de grave à l'un de mes petits enfants. Et cela peut arriver, toutes sortes de cancer peuvent survenir chez les enfants et je crois que cela serait horrible. Mais encore une fois, que peut on faire? Passer notre vie à nous inquiéter à ce sujet?

Ou faire face à la situation lorsqu'on peut le faire? Il faut prendre les mesures possibles pour éviter de souffrir de la situation. Alors les coloscopies, les touchers rectaux et les mammographies... il faut prendre les mesures possibles, mais en même temps... la vie continue¹⁹⁴.

La vie après le cancer

Les jours, les mois et même les années qui suivent le dernier traitement du cancer peuvent être très stimulants, mais c'est aussi une période d'incertitude pour les survivants et leurs êtres chers. Pour la plupart, le cheminement vers la survie au cancer n'est pas facile et de nombreux facteurs peuvent contribuer aux défis au long du parcours. Pour les Métis, des préoccupations de santé uniques et des obstacles particuliers à la prestation des services de santé s'ajoutent au nombre d'obstacles que les patients doivent franchir pour vaincre le cancer. Survivre au cancer peut avoir une puissante influence sur les attitudes, les expériences d'une personne et ses approches de la vie. Intégrer ces nouveaux regards aux réalités locales de leur collectivité peut aider les survivants à s'adapter à la vie après le cancer.



5. Conclusion

Le présent rapport donne un aperçu du paysage de la lutte contre le cancer et des soins de cette maladie chez les Métis tel que nous le connaissons. Comblé les lacunes recensées dans ce rapport aura un effet positif sur l'expérience et la santé des patients.

Les profils des pratiques prometteuses présentés dans ce rapport sont des exemples des efforts pour remédier aux lacunes dans le système existant des soins liés au cancer. Il est possible d'en tirer profit et que d'autres les adaptent pour qu'ils répondent aux besoins des patients métis et améliorer leur expérience.

Il est nécessaire de mettre à jour l'information nationale sur l'incidence du cancer, la mortalité et l'expérience des patients. Le présent rapport a présenté la recherche sur le cancer chez les Autochtones comme une lacune majeure. Les efforts pour mieux identifier les patients métis cancéreux seront mis de l'avant comme possibilité pour la combler.

Élaborer des méthodes culturellement adaptées pour identifier les patients métis cancéreux peut contribuer à mieux comprendre le cancer dans cette population et rendre plus efficaces les efforts de lutte contre le cancer.

5.1 Épilogue

Les progrès dans les soins liés au cancer chez les Métis se poursuivent depuis la publication du Plan d'action. Le Partenariat s'est associé pour soutenir l'expansion du cours axé sur la prestation de soins aux cancéreux @YourSide Colleague® de Sainte Elizabeth, et les organismes provinciaux ainsi que les organismes métis continuent de remédier aux lacunes avec des initiatives comme la Stratégie de lutte contre le cancer chez les peuples autochtones Il d'Action Cancer Ontario et la Stratégie contre le cancer au Manitoba (2012 2017) récemment publiée par le gouvernement du Manitoba.

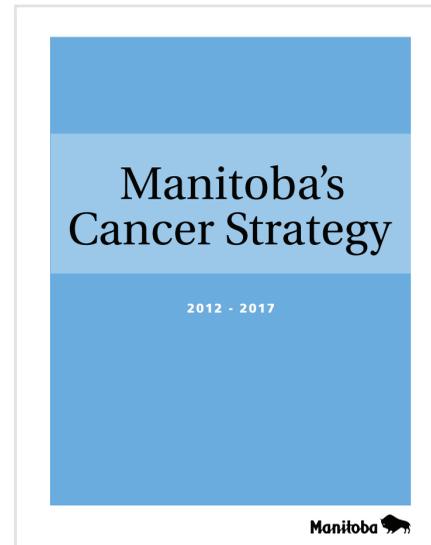
La sécurité culturelle des Métis

En janvier 2013, le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA) a diffusé une publication du Centre des Métis de l'Organisation nationale de la santé autochtone intitulée « Vers la sécurité culturelle des Métis : une introduction destinée aux intervenants de la santé ».

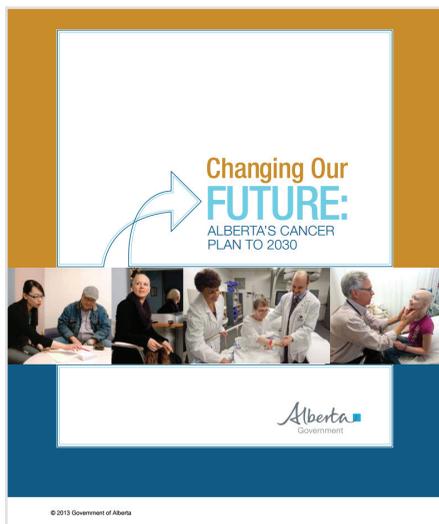


Stratégie contre le cancer au Manitoba : 2012-2017

Reposant sur le premier plan quinquennal publié en 2007, la Stratégie contre le cancer au Manitoba : 2012-2017 vise à mesurer les besoins et à s'attaquer aux inégalités dans les soins liés au cancer. Faire participer les patients à l'expérience et au processus décisionnel est une priorité de la nouvelle stratégie. Dans le cadre de cette approche, la province du Manitoba met en place au sein de CancerCare Manitoba un programme visant les populations vulnérables, dont le but est d'améliorer l'accès aux services liés au cancer pour les populations des Premières nations, des Inuits et des Métis, entre autres.



Alberta's Cancer Plan to 2030



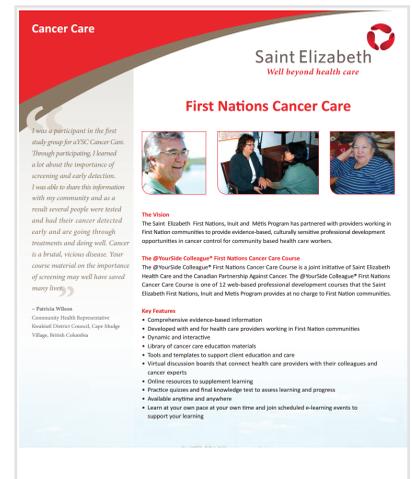
Dix stratégies de changement sont établies dans le plan Changing Our Future: Alberta's Cancer Plan to 2030 (changer notre avenir : le plan de l'Alberta contre le cancer d'ici 2030) en vue de créer un système complet et efficace de lutte contre le cancer dans la province. Des parties du plan sont pertinentes aux priorités recensées par les Métis, notamment les suivantes :

- soutenir, mobiliser et intégrer les prestataires de soins de santé primaires relativement à la prestation des services liés au cancer à domicile ou dans la collectivité et aux populations mal desservies;
- accroître la participation des collectivités autochtones et ethnoculturelles au dépistage du cancer;
- mettre en œuvre un processus provincial de planification préalable des soins pour donner aux patients et à leurs familles la possibilité de définir des objectifs de soins;
- fournir aux patients cancéreux, aux survivants, à leurs familles et leurs aidants les meilleurs soins psychosociaux, physiques et de soutien possibles tout au long de leur cheminement. Introduire les soins palliatifs tôt dans le traitement du cancer, au besoin.

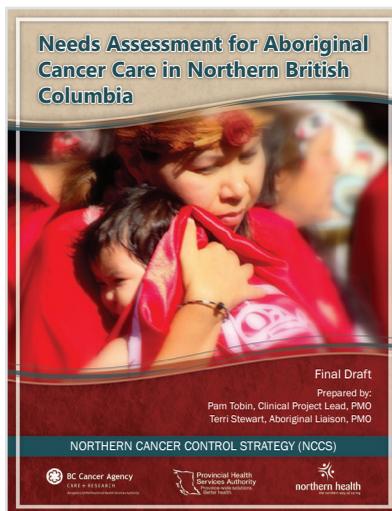


Cours axé sur la prestation de soins aux cancéreux @Yourside Colleague® de Saint Elizabeth

Ce cours a été élaboré par Saint Elizabeth en 2009 dans le cadre de sa plateforme @Yourside Colleague® grâce au partenariat avec le Partenariat canadien contre le cancer. D’abord lancé en Colombie Britannique, au Manitoba et en Saskatchewan, le cours a été offert en Alberta et en Ontario comme première étape, puis au Québec et dans les provinces de l’Atlantique comme prochaine étape. Le cours axé sur la prestation de soins aux cancéreux est maintenant offert dans toutes les provinces. Des travaux sont en cours pour le donner dans les Territoires du Nord Ouest. Plus de 1 300 travailleurs de la santé de la plupart des 360 collectivités et des organismes des Premières nations dans les provinces ont suivi ce cours. Un module visant les Métis est en cours d’élaboration.



L’Aboriginal Cancer Care Strategy (ACCS) tirée de la Northern Cancer Control Strategy (NCCS) en Colombie Britannique



L’ACCS a été élaborée en réponse à la rétroaction de l’évaluation Aboriginal Needs Assessment (évaluation des besoins des Autochtones) de la NCCS réalisée en 2010. Certains disent craindre que, sans processus officiel en place, les besoins des Autochtones pour les soins liés au cancer ne soient pas nécessairement satisfaits. En élaborant une stratégie propre à la population autochtone dans le Nord de la Colombie Britannique, qui mobilise les personnes intéressées, ces besoins seront pris en compte. La stratégie aide les collectivités du Nord à s’approprier l’élaboration et la mise en œuvre des projets et assure que les voix autochtones sont entendues dans la planification des services de soins liés au cancer. Dans le cadre de la NCCS, la BC Cancer Agency, Northern Health, et la Provincial Health Services Authority (autorité provinciale des services de santé) collaborent en vue d’améliorer les soins liés au cancer dans le Nord de la Colombie Britannique.



6. Références

1. Conseil canadien de la santé, L'état de santé des Premières nations, des Inuits et des Métis du Canada, 2005.
2. J. Cottrell et coll., « Comparing Cancer Profiles and Survival of Aboriginal and Non-Aboriginal Patients in South Australia », *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* (oct.–déc. 2007), vol. 8(4), p. 495-501.
3. Kue Young et Susan Chatwood, *Environmental Scan of First Nations, Inuit and Métis Population Health Surveys*, Partenariat canadien contre le cancer, 2012.
4. Ralliement national des Métis, Citizenship, site Web : <http://www.metisnation.ca/index.php/who-are-the-metis/citizenship>. Consulté le 23 juin 2014.
5. Ralliement national des Métis, Citizenship, site Web : <http://www.metisnation.ca/index.php/who-are-the-metis/citizenship>. Consulté le 23 juin 2014.
6. Centre des Métis de l'Organisation nationale de la santé autochtone, *Les femmes métisses face à la maladie : examen préliminaire*, Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2011.
7. Statistique Canada, Recensement de 2006 : Peuples autochtones du Canada en 2006 : Inuits, Métis et Premières nations, Recensement de 2006 : Les Métis, site Web : <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-558/p11-fra.cfm>. Consulté le 23 juin 2014.
8. Le Dictionnaire de recensement de Statistique Canada définit une région urbaine comme suit : une région urbaine a une concentration démographique d'au moins 1 000 habitants et une densité de population d'au moins 400 habitants au kilomètre carré, d'après les chiffres de population du recensement actuel. Tout territoire situé à l'extérieur des régions urbaines est considéré comme région rurale. Ensemble, les régions urbaines et rurales représentent toute la superficie du Canada.
9. Ralliement national des Métis, site Web : www.metisnation.ca.
10. North Eastern Settlements Alliance, *The Métis Settlements*, site Web : <http://nesa4.ca/the-metis-settlements/>. Consulté le 23 juin 2014.
11. Congrès des peuples autochtones, site Web : <http://www.abo-peoples.org/>. Consulté le 23 juin 2014.
12. Teresa Janz et coll., *Enquête auprès des peuples autochtones de 2006 : Un aperçu de la santé de la population métisse*, Statistique Canada, 2009.
13. Michael Tjepkema et coll., *La mortalité chez les Métis et les Indiens inscrits adultes au Canada : une étude de suivi sur onze ans*, Statistique Canada, 2009.
14. P. J. Martens et coll., *Profile of Métis Health Status and Healthcare Utilization in Manitoba: A Population-Based Study*, Winnipeg (Manitoba), Manitoba Centre for Health Policy, 2010.
15. Lynda Earle, *Les maladies chroniques et le rôle des méthodes traditionnelles dans les communautés autochtones*, Centre de la collaboration nationale de la santé autochtone, 2011.
16. M. Dyck, *Social Determinants of Métis Health*, Organisation nationale de la santé autochtone, 2008.
17. Tiré du document intitulé *Understanding Cancer in Nova Scotia*, Cancer Care Nova Scotia, 2006.
18. Teresa Janz et coll., *Enquête auprès des peuples autochtones de 2006 : Un aperçu de la santé de la population métisse*, Statistique Canada, 2009.
19. Michael Tjepkema et coll., *La mortalité chez les Métis et les Indiens inscrits adultes au Canada : étude de suivi sur 11 ans*, Statistique Canada, 2009.
20. Lynda Earle, *Les maladies chroniques et le rôle des méthodes traditionnelles dans les communautés autochtones*, Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2011.
21. Société canadienne du cancer, *Cancer 101 / Comment réduire le risque de cancer*, site Web : www.cancer.ca/fr.
22. G.A Colditz et coll., « Applying What We Know to Accelerate Cancer Prevention », *Sci Transl Med.* (28 mars 2012), vol. 4(127), p. 127.
23. Michael Tjepkema et coll., *La mortalité chez les Métis et les Indiens inscrits adultes au Canada : étude de suivi sur 11 ans*, Statistique Canada, 2009.
24. Société canadienne du cancer, *Cancer 101 / Comment réduire le risque de cancer*, site Web : www.cancer.ca/fr.
25. Statistique Canada, *Enquête auprès des peuples autochtones de 2006*.



26. Agence de la santé publique du Canada, analyse non publiée fondée sur les données de 2009-2010 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Statistique Canada), 2011.
27. T. Nakano et coll., « Food use of Dene/Métis and Yukon Children », *Int J Circumpolar Health* (2005), vol. 64(2), p. 137-146.
28. O. Receveur et coll., « Decreasing traditional food use affects diet quality for adult Dene/Métis in 16 communities of the Canadian Northwest Territories », *J Nutr.* (1997), vol. 127(11), p. 2179-2186.
29. Agence de la santé publique du Canada, analyse non publiée fondée sur les données de 2009-2010 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Statistique Canada), 2011.
30. V. R. Ramsden et coll., *Community Based Participatory Project: Engaging Individuals/Families in the Development of Programs to Enhance Health and Well-being, Métis Nation – Saskatchewan*, 2010.
31. Agence de la santé publique du Canada, analyse non publiée fondée sur les données de 2009-2010 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Statistique Canada), 2011.
32. V. R. Ramsden et coll., *Community Based Participatory Project: Engaging Individuals/Families in the Development of Programs to Enhance Health and Well-being, Métis Nation – Saskatchewan*, 2010.
33. P. J. Martens et coll., *Profile of Métis Health Status and Healthcare Utilization in Manitoba: A Population-Based Study*, Winnipeg (Manitoba), Manitoba Centre for Health Policy, 2010.
34. V. R. Ramsden et coll., *Community Based Participatory Project: Engaging Individuals / Families in the Development of Programs to Enhance Health and Well-being, Métis Nation – Saskatchewan*, 2010.
35. Conseil canadien de la santé, *L'état de santé des Premières nations, des Métis et des Inuits du Canada*, 2005.
36. P. J. Martens et coll., *Profile of Metis Health Status and Healthcare Utilization in Manitoba: A Population-Based Study*, Winnipeg (Manitoba), Manitoba Centre for Health Policy, 2010.
37. V. R. Ramsden et coll., *Community Based Participatory Project: Engaging Individuals/Families in the Development of Programs to Enhance Health and Well-being, Métis Nation – Saskatchewan*, 2010.
38. D. R. Withrow et coll., « Facteurs de risque et dépistage du cancer chez les membres des Premières nations vivant hors réserve, chez les Métis et chez les non Autochtones en Ontario », *Maladies chroniques et blessures au Canada* (2014), vol. 34, numéro 2-3, p. 103-112.
39. J. Reading, *The Crisis of Chronic Disease among Aboriginal Peoples*, Centre for Aboriginal Health Research, Université de Victoria, 2009.
40. Statistique Canada, *Recensement de la population de 2006*.
41. Comité directeur des statistiques sur le cancer de la Société canadienne du cancer, *Statistiques canadiennes sur le cancer*, 2012, Toronto (Ontario), Société canadienne du cancer 2012.
42. Michael Tjepkema et coll., *La mortalité chez les Métis et les Indiens inscrits adultes au Canada : étude de suivi sur 11 ans*, Statistique Canada, 2009.
43. Michael Tjepkema et coll., *La mortalité chez les Métis et les Indiens inscrits adultes au Canada : étude de suivi sur 11 ans*, Statistique Canada, 2009.
44. H. Adler et M. Kumar, *Métis Men: Prevalent Diseases and Causes of Death*, Centre des Métis, Organisation nationale de la santé autochtone, sans date.
45. V. R. Ramsden et coll., *Community Based Participatory Project: Engaging Individuals / Families in the Development of Programs to Enhance Health and Well-being, Métis Nation – Saskatchewan*, 2010.
46. La Nation métisse de l'Ontario et l'Institut de recherche en services de santé, *Le cancer au sein de la nation métisse de l'Ontario*, Rapport technique, Nation métisse de l'Ontario, 2012.
47. J. G. Bartlett et coll., *Cancer and related health care utilization in the Manitoba Metis population*, Winnipeg (Manitoba), Manitoba Metis Federation, Manitoba, 2011.
48. Métis Nation British Columbia et BC Cancer Agency, *The Métis Cancer Journey: Métis Cancer Control in British Columbia*, 2014.



49. Nation métisse de l'Ontario, *The Métis Cancer Patient Journey: In their Voices*, 2014.
50. Marc LeClair, *Cancer in Metis People in Canada – The Past, The Present, The Future*, présentation effectuée dans le cadre de la tribune nationale sur la lutte contre le cancer pour les Premières nations, les Inuits et les Métis, mars 2009.
51. Kathy Bent et coll., *Entitlements And Health Services For First Nations And Métis Women In Manitoba And Saskatchewan*, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies, 2007.
52. Cancer Care Manitoba, *The Cancer Story. Canadian cancer control in First Nations populations living off-reserve in rural, remote and isolated areas*, Partenariat canadien contre le cancer, 2012.
53. Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord Ouest, *Métis Health Benefits Program (programme de prestations de santé des Métis)*, site Web : <http://www.hss.gov.nt.ca/health/nwt-health-care-plan/metis-health-benefits>. Consulté le 25 juin 2014.
54. Ministère de la Santé du Nunavut, *Déplacement pour raison médicale*, site Web : <http://www.gov.nu.ca/fr/health/information/d%C3%A9placement-pour-raison-m%C3%A9dicale>. Consulté le 25 juin 2014.
55. Ministère de la Santé et des Affaires sociale du Yukon, *Déplacements pour soins médicaux*, site Web : <http://www.hss.gov.yk.ca/fr/medicaltravel.php>. Consulté le 25 juin 2014.
56. Saskatchewan Transportation Company, *Medical Pass (laissez passer d'autocar attribué pour raisons médicales)*, site Web : http://www.stcbus.com/passenger/ps_medicalpass.aspx. Consulté le 7 juillet 2014.
57. Conseil canadien de la santé, *Rapport de progrès 2012 : Renouvellement des soins de santé au Canada*, 2012.
58. C. Mitton et coll., « Innovations in health service organization and delivery in northern rural and remote regions: a review of the literature », *Int J Circumpolar Health* (2011), vol. 70(5), p. 460-472.
59. Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007, 2008*.
60. M. B. Kumar et T. Janz, *Dépistage des maladies chroniques chez les Métis*, Statistique Canada, 2013.
61. Statistique Canada, *Enquête auprès des peuples autochtones de 2006*, Statistique Canada.
62. Partenariat canadien contre le cancer, *Report on the National Forum for First Nations, Inuit and Métis Cancer Control*, 2009.
63. Saint Elizabeth Health Care et Assemblée des chefs du Manitoba, *Projet pilote de garanties sur les délais d'attente pour les patients des Premières nations du Manitoba*, 2009.
64. Action Cancer Ontario, « Programmes pour la lutte contre le cancer chez les peuples autochtones », site Web : <https://fr.cancercare.on.ca/about/programs/aborstrategy/aboriginal/>. Consulté le 25 juin 2014.
65. CancerCare Manitoba, *Aboriginal Cancer Control Progress Report*, 2009.
66. Partenariat canadien contre le cancer, *Report on the National Forum for First Nations, Inuit and Métis Cancer Control*, 2009.
67. Nation métisse de l'Ontario, *The Métis Cancer Patient Journey: In their Voices*, 2014.
68. Services de santé de l'Alberta, document de CancerControl Alberta résumant les constatations issues du projet intitulé *Alberta's Métis People & Improved Cancer outcomes: A Collaborative Partnership Project to Increase Knowledge and Awareness*, 2013.
69. L. Weber, A. Letendre, C. Brzezicki, Services de santé de l'Alberta, *Cancer Control Alberta Summary of Findings Document*, non publié, 2014.
70. Services de santé de l'Alberta, document de CancerControl Alberta résumant les constatations issues du projet intitulé *Alberta's Métis People & Improved Cancer outcomes: A Collaborative Partnership Project to Increase Knowledge and Awareness*, 2013.
71. The Bridge Consulting Group, *Where there's a will, there's a way . . . Environmental scan and analysis of existing patient identification systems for First Nations, Inuit and Métis peoples*, Partenariat canadien contre le cancer, 2012.
72. Services de santé de l'Alberta, document de CancerControl Alberta résumant les constatations issues du projet intitulé *Alberta's Métis People & Improved Cancer outcomes: A Collaborative Partnership Project to Increase Knowledge and Awareness*, 2013.



73. Metis Nation of Alberta, programme de surveillance de la santé publique, site Web : <http://www.albertametis.com/MNAHome/Metis-Health-And-Wellness.aspx>. Consulté le 26 juin 2014.
74. J. G. Bartlett et coll., Cancer and related health care utilization in the Manitoba Metis population, Winnipeg (Manitoba), Manitoba Metis Federation, Manitoba 2011.
75. D. Withrow, A. Kewayosh et L. Marrett, Cancer in the Metis Nation of Ontario: Clinical Significance Report, Nation métisse de l'Ontario, 2012.
76. Yvon Allard et Janet Smylie, Community Building and Engagement: Lessons Learned from an Urban Métis Health Assessment, présentation à la conférence annuelle du 14 juin 2012 de l'Association canadienne de santé publique.
77. The Bridge Consulting Group, Aboriginal Data Indicators Project: Project Evaluation, Final Report, Partenariat canadien contre le cancer, 2011.
78. The Bridge Consulting Group, Where there's a will, there's a way . . . Environmental scan and analysis of existing patient identification systems for First Nations, Inuit and Métis peoples, Partenariat canadien contre le cancer, 2012.
79. The Bridge Consulting Group, Where there's a will, there's a way . . . Environmental scan and analysis of existing patient identification systems for First Nations, Inuit and Métis peoples, Partenariat canadien contre le cancer, 2012.
80. The Bridge Consulting Group, Inventory of Profiles. Existing Patient Identification Systems with Ethnocultural Identifiers Specific to First Nations, Inuit, and Métis Peoples in Canada, Partenariat canadien contre le cancer, 2012.
81. Action Cancer Ontario. Analysis of the Findings: Aboriginal Cancer Care Needs Assessment, 2002.
82. Services de santé de l'Alberta, document de CancerControl Alberta résumant les constatations issues du projet intitulé Alberta's Métis People & Improved Cancer outcomes: A Collaborative Partnership Project to Increase Knowledge and Awareness, 2013.
83. Partenariat canadien contre le cancer, Report on the National Forum for First Nations, Inuit and Métis Cancer Control, 2009.
84. Action Cancer Ontario, Analysis of the Findings: Aboriginal Cancer Care Needs Assessment, 2002.
85. Action Cancer Ontario, A Prevention and Screening Resource Kit for Primary Care Providers: Honouring the Aboriginal Path of Well Being, sans date.
86. Organisation nationale de la santé autochtone, Trousse de sensibilisation au cancer, 2011.
87. Charlotte Loppie et Fred Wien, Our Journey: First Nations Experience in Navigating Cancer Care, Cancer Care Nova Scotia, 2005.
88. V. R. Ramsden et coll., Community Based Participatory Project: Engaging Individuals / Families in the Development of Programs to Enhance Health and Well-being, Métis Nation – Saskatchewan, 2010.
89. Services de santé de l'Alberta, document de CancerControl Alberta résumant les constatations issues du projet intitulé Alberta's Métis People & Improved Cancer outcomes: A Collaborative Partnership Project to Increase Knowledge and Awareness, 2013.
90. Vue sur le cancer Canada, Encyclopédie canadienne du cancer, sans date.
91. Organisation nationale de la santé autochtone, Trousse de sensibilisation au cancer, 2011.
92. Assemblée des Premières nations, Le dépistage du cancer et les Premières nations, 2009.
93. Société canadienne du cancer, Connaître son corps - Prévention, sans date.
94. Partenariat canadien contre le cancer, Lutte contre le cancer au Canada 2007 : rapport de référence, 2007.
95. Services de santé de l'Alberta, document de CancerControl Alberta résumant les constatations issues du projet intitulé Alberta's Métis People & Improved Cancer outcomes: A Collaborative Partnership Project to Increase Knowledge and Awareness, 2013.
96. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, Dépistage du cancer du sein (2011), site Web : <http://canadiantaskforce.ca/ctfphc-guidelines/2011-breast-cancer/?lang=fr-CA>. Consulté le 27 juin 2014.
97. Independent UK Panel on Breast Cancer Screening, « The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review », Lancet (2012), vol. 380(9855), p. 1778-1786.



98. Mohan Kumar et Teresa Janz, Dépistage des maladies chroniques chez les Métis : feuillet d'information, Statistique Canada, 2013.
99. P. J. Martens et coll., Profile of Metis Health Status and Healthcare Utilization in Manitoba: A Population-Based Study, Winnipeg (Manitoba), Manitoba Centre for Health Policy, 2010.
100. Diana Withrow et coll., Cancer in the Métis Nation of Ontario - Clinical Significance Report, Nation métisse de l'Ontario, 2012.
101. R. M. DeMay, « Should We Abandon Pap Smear Testing? », Am J Clin Pathol (2000), vol. 114 (suppl. 1), p. S48-S51.
102. Société canadienne du cancer, Getting Checked - Cervical Cancer, 2011.
103. CancerCare Manitoba, The Cancer Story. Canadian cancer control in First Nations populations living off-reserve in rural, remote and isolated areas, Partenariat canadien contre le cancer, 2012.
104. Mohan Kumar et Teresa Janz, Dépistage des maladies chroniques chez les Métis : feuillet d'information, Statistique Canada, 2013.
105. V. R. Ramsden et coll., Community Based Participatory Project: Engaging Individuals / Families in the Development of Programs to Enhance Health and Well-being, Métis Nation – Saskatchewan, 2010.
106. Diana Withrow et coll., Cancer in the Métis Nation of Ontario - Clinical Significance Report, Nation métisse de l'Ontario, 2012.
107. Action Cancer Ontario, Stratégie pour la lutte contre le cancer chez les peuples autochtones II, 2012.
108. Services de santé de l'Alberta, Cancer Screening Promotion Education Activities in Alberta, 2010.
109. Organisation nationale de la santé autochtone, Trousse de sensibilisation au cancer, 2011.
110. Partenariat canadien contre le cancer, Dépistage du cancer colorectal au Canada : Renseignements actuels et ressources – Mise en vedette de la lutte contre le cancer, 2010.
111. Partenariat canadien contre le cancer, Mise à jour sur le dépistage du cancer colorectal au Canada, 2012.
112. Organisation nationale de la santé autochtone, Trousse de sensibilisation au cancer, 2011.
113. Société canadienne du cancer, Getting Checked – Prostate Cancer, 2010.
114. Mohan Kumar et Teresa Janz, Dépistage des maladies chroniques chez les Métis : feuillet d'information, Statistique Canada, 2013.
115. V. R. Ramsden et coll., Community Based Participatory Project: Engaging Individuals / Families in the Development of Programs to Enhance Health and Well-being, Métis Nation – Saskatchewan, 2010.
116. Women of the Métis Nation, Health Policy Paper, sans date.
117. Partenariat canadien contre le cancer, série de vidéos En toute vérité, 2012, expérience d'un aidant – Fred, novembre 2012, site Web.
118. Fondation autochtone de guérison, Histoire et expériences des Métis et les pensionnats au Canada, 2006.
119. Fondation autochtone de guérison, Histoire et expériences des Métis et les pensionnats au Canada, 2006.
120. Marc LeClair, Cancer in Métis People in Canada – The Past, The Present, The Future, présentation effectuée dans le cadre de la tribune nationale sur la lutte contre le cancer pour les Premières nations, les Inuits et les Métis, mars 2009.
121. Services de santé de l'Alberta, document de CancerControl Alberta résumant les constatations issues du projet intitulé Alberta's Métis People & Improved Cancer outcomes: A Collaborative Partnership Project to Increase Knowledge and Awareness, 2013.
122. J. Smylie, Guide à l'intention des professionnels de la santé travaillant chez les peuples autochtones (Partie 3 – Problèmes de santé touchant les peuples autochtones), Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2001.
123. Association des médecins autochtones du Canada et Association des facultés de médecine du Canada, Les compétences essentielles en matière de santé des Inuits, des Métis et des Premières nations en formation médicale postdoctorale, 2009.



124. Saint Elizabeth, Walk a Mile in My Moccasins - Foundations For Action in First Nations Cancer Control, Partenariat canadien contre le cancer, 2012.
125. Nancy Zukewich, Enquête auprès des peuples autochtones de 2006 : Un aperçu de la santé de la population métisse, Statistique Canada, 2013.
126. Marc LeClair, Cancer in Metis People in Canada – The Past, The Present, The Future, présentation effectuée dans le cadre de la tribune nationale sur la lutte contre le cancer pour les Premières nations, les Inuits et les Métis, mars 2009.
127. Métis Nation British Columbia et BC Cancer Agency, The Métis Cancer Journey: Métis Cancer Control in British Columbia, 2014.
128. B. Minore et coll., « How Clients' Choices Influence Cancer Care in Northern Aboriginal Communities », International Journal of Circumpolar Health (2004), vol. 63, suppl. 2, p. 129-132.
129. Saint Elizabeth, Walk a Mile in My Moccasins - Foundations For Action in First Nations Cancer Control, Partenariat canadien contre le cancer, 2012.
130. Assemblée des Premières nations, Le dépistage du cancer et les Premières nations, 2009.
131. Assemblée des Premières nations, Le dépistage du cancer et les Premières nations, 2009.
132. Saint Elizabeth, Walk a Mile in My Moccasins - Foundations For Action in First Nations Cancer Control, Partenariat canadien contre le cancer, 2012.
133. CancerCare Manitoba, CancerCare Manitoba 2010/2011 Progress Report.
134. S. Gupta et coll., « Delivering equitable care: Comparing preventative services in Manitoba, Canada », American Journal of Public Health (2003), vol. 93(12), p. 2086-2092.
135. J. G. Bartlett et coll., Cancer and related health care utilization in the Manitoba Metis population, Winnipeg (Manitoba), Manitoba Metis Federation, 2011.
136. J. Jull et coll., « Shared Decision-Making and Health for First Nations, Métis and Inuit Women: A Study Protocol », BMC Medical Informatics and Decision Making (2012), vol. 12, no 146.
137. Nation métisse de l'Ontario, The Métis Cancer Patient Journey: In their Voices, 2014.
138. Métis Nation British Columbia et BC Cancer Agency, The Métis Cancer Journey: Métis Cancer Control in British Columbia, 2014.
139. Métis Nation British Columbia et BC Cancer Agency, The Métis Cancer Journey: Métis Cancer Control in British Columbia, 2014.
140. Action Cancer Ontario, Analysis of the Findings: Aboriginal Cancer Care Needs Assessment. 2002.
141. Services de santé de l'Alberta, document de CancerControl Alberta résumant les constatations issues du projet intitulé Alberta's Métis People & Improved Cancer outcomes: A Collaborative Partnership Project to Increase Knowledge and Awareness, 2013.
142. S. Shahid et coll., « Barriers to Participation of Aboriginal People in Cancer Care: Communication in the Hospital Setting », The Medical Journal of Australia (18 mai 2009), vol. 190(10), p. 574-579.
143. J. G. Bartlett, « Conceptions and dimensions of health and well-being for Métis women in Manitoba », Int J Circumpolar Health (2004), vol. 63, suppl. 2, p. 107-113.
144. Nancy Zukewich, Enquête auprès des peuples autochtones de 2006 : Un aperçu de la santé de la population métisse, Statistique Canada, 2013.
145. Métis Nation British Columbia et BC Cancer Agency, The Métis Cancer Journey: Métis Cancer Control in British Columbia, 2014.
146. P. Hutchinson et coll., Report on the Statistical Description and Analysis of the 2006 Métis Nation of British Columbia Provincial Survey, Métis Nation British Columbia, 2007.
147. Yvon Allard et Janet Smylie, au nom du projet « Notre santé est importante », Community Building and Engagement: Lessons Learned from an Urban Métis Health Assessment, présentation effectuée à l'occasion de la conférence annuelle de l'Association canadienne de santé publique le 14 juin 2012.
148. V. R. Ramsden et coll., Community Based Participatory Project: Engaging Individuals / Families in the Development of Programs to Enhance Health and Well-being, Métis Nation – Saskatchewan, 2010.



149. Le modèle de charrette de la rivière Rouge est aussi utilisé par la Manitoba Metis Federation pour représenter son Metis Life Promotion Framework© (cadre de promotion de la vie destiné aux Métis) initialement appelé « Aboriginal Life Promotion Framework© », un outil visant à organiser de manière holistique les pensées et l'information afin de favoriser la guérison et le mieux être, site Web : <http://www.mmf.mb.ca/docs/Factors%20Influencing%20CDs%20in%20Metis%20Population%20in%20Manitoba%20Canada%20May%202013%20Final.pdf>. Consulté le 10 juillet 2014.
150. Métis Nation-Saskatchewan, Métis Youth Suicide Prevention Strategy, The Blue Ribbon Campaign, An Alliance of Hope, Training Manual, 2013.
151. BC Cancer Agency, Patient Navigation in Cancer Care - Final Report, 2005.
152. Métis Nation British Columbia et BC Cancer Agency, Métis Cancer Journey Focus Group Discussion, 2013.
153. J. G. Bartlett et coll., Diabetes and related health care utilization in the Manitoba Metis population, Winnipeg (Manitoba), Manitoba Metis Federation, 2010.
154. Services de santé de l'Alberta, document de CancerControl Alberta résumant les constatations issues du projet intitulé Alberta's Métis People & Improved Cancer outcomes: A Collaborative Partnership Project to Increase Knowledge and Awareness, 2013.
155. Saint Elizabeth, Walk a Mile in My Moccasins - Foundations For Action in First Nations Cancer Control, Partenariat canadien contre le cancer, 2012.
156. Corvus Solutions, Cancer Care and Control in Inuit Nunangat, Partenariat canadien contre le cancer, 2012.
157. Région sanitaire de Regina Qu'Appelle, Programs and Services, site Web : http://www.rqhealth.ca/programs/aboriginal/programs_information.shtml. Consulté le 2 juillet 2014.
158. Région sanitaire de Saskatoon, First Nations and Métis Health Service, site Web : https://www.saskatoonhealthregion.ca/locations_services/Services/fnmh/service/Pages/Home.aspx. Consulté le 2 juillet 2014.
159. Services de santé de l'Alberta, Aboriginal Health Program, site Web : <http://www.albertahealthservices.ca/aboriginal.asp>. Consulté le 2 juillet 2014.
160. Services de santé de l'Alberta, document de CancerControl Alberta résumant les constatations issues du projet intitulé Alberta's Métis People & Improved Cancer outcomes: A Collaborative Partnership Project to Increase Knowledge and Awareness, 2013.
161. L. Styres Loft, Aboriginal Patient Navigator Services, Université McMaster, Centre de cancérologie Juravinski, 2012, présentation.
162. Juravinski Cancer Centre. Aboriginal Patient Navigator. Website: <http://jcc.hhsc.ca/body.cfm?id=84>. Accessed 2 July 2014.
163. Nation métisse de l'Ontario, The Métis Cancer Patient Journey: In their Voices, 2014.
164. Action Cancer Ontario, Stratégie pour la lutte contre le cancer chez les peuples autochtones II, 2012.
165. Saint Elizabeth, Walk a Mile in My Moccasins - Foundations For Action in First Nations Cancer Control, Partenariat canadien contre le cancer, 2012.
166. Centre de cancérologie Juravinski, Aboriginal Patient Navigator, site Web : <http://jcc.hhsc.ca/body.cfm?id=84>. Consulté le 2 juillet 2014.
167. Partenariat canadien contre le cancer, Report on the National Forum for First Nations, Inuit and Métis Cancer Control, 2009.
168. Services de santé de l'Alberta, document de CancerControl Alberta résumant les constatations issues du projet intitulé Alberta's Métis People & Improved Cancer outcomes: A Collaborative Partnership Project to Increase Knowledge and Awareness, 2013.
169. Family Caregiver Alliance, Hospital Discharge Planning: A Guide for Families and Caregivers, 2009.
170. Saint Elizabeth, Walk a Mile in My Moccasins - Foundations For Action in First Nations Cancer Control, Partenariat canadien contre le cancer, 2012.
171. Organisation nationale de la santé autochtone, Trousse de sensibilisation au cancer, 2011.
172. Services de santé de l'Alberta, document de CancerControl Alberta résumant les constatations issues du projet intitulé Alberta's Métis People & Improved Cancer outcomes: A Collaborative Partnership Project to Increase Knowledge and Awareness, 2013.



173. Action Cancer Ontario, Report of the Aboriginal Cancer Care Needs Assessment, 2002.
174. Action Cancer Ontario, Report of the Aboriginal Cancer Care Needs Assessment, 2002.
175. H. Castleden et coll., Dialogues on Aboriginal-Focused Hospice Palliative Care in Rural and Remote British Columbia, Canada, Inter Tribal Health Authority, 2009.
176. L. Kelly et coll., « Palliative Care of First Nations People: a qualitative study of bereaved family members », *Canadian Family Physician* (2009), vol. 55, no 4, p. 394-395.
177. M. Verde et coll., Addressing Barriers to Palliative Care Services in Northwest British Columbia First Nations Communities, Northern Health et BC Cancer Agency, 2010.
178. M. Verde et coll., Addressing Barriers to Palliative Care Services in Northwest British Columbia First Nations Communities, Northern Health et BC Cancer Agency, 2010.
179. Services de santé de l'Alberta, document de CancerControl Alberta résumant les constatations issues du projet intitulé Alberta's Métis People & Improved Cancer outcomes: A Collaborative Partnership Project to Increase Knowledge and Awareness, 2013.
180. Nation métisse de l'Ontario, The Métis Cancer Patient Journey: In their Voices, 2014.
181. Métis Nation British Columbia et BC Cancer Agency, The Métis Cancer Journey: Métis Cancer Control in British Columbia, 2014.
182. H. Castleden et coll., Dialogues on Aboriginal-Focused Hospice Palliative Care in Rural and Remote British Columbia, Canada, Inter Tribal Health Authority, 2009.
183. Services de santé de l'Alberta, document de CancerControl Alberta résumant les constatations issues du projet intitulé Alberta's Métis People & Improved Cancer outcomes: A Collaborative Partnership Project to Increase Knowledge and Awareness, 2013.
184. Nation métisse de l'Ontario, The Métis Cancer Patient Journey: In their Voices, 2014.
185. Société canadienne du cancer, La vie après le cancer : Guide à l'intention des personnes ayant vécu une expérience de cancer, 2008.
186. Divers auteurs, *Journal of Clinical Oncology* (10 novembre 2006), volume 24, numéro 32.
187. R. Thomas Maclean et coll., « Envisioning the Future with Aboriginal Breast Cancer Survivors », *Atlantis Journal : Études critiques sur le genre, la culture, et la justice sociale* (2008), vol. 33.1.
188. C. Brooks, « I Just Didn't Tell Anybody What I Was Doing: Aboriginal Women Cancer Survivors Visualize Social Support », *Canadian Woman's Studies / Les cahiers de la femme* (2010), vol. 28(2.3), p. 63-70.
189. Métis Nation British Columbia et BC Cancer Agency, The Métis Cancer Journey: Métis Cancer Control in British Columbia, 2014.
190. Métis Nation British Columbia et BC Cancer Agency, The Métis Cancer Journey: Métis Cancer Control in British Columbia, 2014.
191. Métis Nation British Columbia et BC Cancer Agency, The Métis Cancer Journey: Métis Cancer Control in British Columbia, 2014.
192. Roanne Thomas-Maclean et coll., « Envisioning the Future with Aboriginal Breast Cancer Survivors », *Atlantis Journal : Études critiques sur le genre, la culture, et la justice sociale* (2008), vol. 33.1.
193. A. Doorenbos et coll., « Satisfaction with Telehealth for Cancer Support Groups in Rural American Indian and Alaska Native Communities », *Clinical Journal of Oncology Nursing* (2010), vol. 14(6), p. 765-770.
194. Partenariat canadien contre le cancer, série de vidéos En toute vérité, 2012, expérience d'un aidant – Fred, novembre 2012, site Web : http://www.cancerview.ca/cv/portal/Home/FirstNationsInuitAndMetis/Welcome/Information/CommunityOfKnowledge/StoryTellingFullLengthVideos/FNIMFullVidFred?_afLoop=1268823708929824&lang=en&_afWindowMode=0&_adf.ctrl-state=5v67bkwc_712. Consulté le 2 juillet 2014.





1, avenue University, 3e étage
Toronto (Ontario), Canada M5J 2P1
Tél. : 416 915 9222, sans frais : 1 877 360 1665
www.partnershipagaincancer.ca/fr