

# Résumé

## Objet du document

La demande de modèles de traitement systémique à jour pour les patients atteints de cancer va en augmentant en Ontario. Celle-ci est attribuable au vieillissement de la population et aux progrès réalisés dans le domaine du traitement du cancer, donnant ainsi lieu à des soins plus complexes. La pénurie de ressources humaines en santé a eu une incidence considérable sur la prestation du traitement systémique en milieu ambulatoire, touchant à la fois les fournisseurs et les patients. L'épuisement des fournisseurs, les temps d'attente prolongés, les retards et l'accès limité aux services ont eu des répercussions importantes sur les patients, en particulier ceux appartenant à des groupes en quête d'équité. Étant donné la prévalence de l'épuisement des fournisseurs, il est devenu nécessaire de réévaluer les modèles de soins suivis au sein du système ontarien de lutte contre le cancer. Bien que leur adoption se soit amplifiée, les soins virtuels peuvent ne pas convenir à certaines populations de patients ou à certains rendez-vous et avoir une incidence sur la prestation des soins en équipe. Face à ces constatations, Santé Ontario (Action Cancer Ontario) a formulé des recommandations visant à optimiser les modèles de prestation de services pour les fournisseurs de soins et les patients en oncologie à l'aide d'un éventail de méthodologies, par lesquelles des enquêtes sur la situation actuelle, des entrevues, un groupe de travail pluridisciplinaire et des groupes de discussion avec des cliniciens, des patients, des familles et des partenaires de soins. Ces recommandations visent à optimiser les ressources, les contextes et les processus de soins de santé en service d'oncologie, en pharmacie d'oncologie et en salle de traitement systémique, améliorant ainsi le bien-être des fournisseurs, la viabilité du système de lutte contre le cancer, l'expérience des patients et les résultats du traitement du cancer.

Un système de santé de premier plan est déterminé à intégrer les principes d'équité, d'inclusion et de diversité à sa culture organisationnelle. Cet engagement constitue le fondement de toutes nos recommandations, qui adoptent une optique d'équité dans le but de produire de meilleures perspectives pour les patients, les familles, les partenaires de soins et les fournisseurs de soins dans le cadre des soins contre le cancer.

Nous reconnaissons que les communautés autochtones, francophones et en quête d'équité sont victimes de disparités dans l'accès aux soins de santé et les résultats des traitements. Pour remédier à ces disparités, nous avons formulé des recommandations qui traitent précisément des obstacles et des problèmes associés au traitement systémique en milieu ambulatoire.

Nos recommandations portent directement sur les circonstances et les besoins particuliers des Premières Nations, des Inuits, des Métis et des Autochtones vivant en milieu urbain (PNIMAU), ainsi que ceux des francophones et d'autres groupes désavantagés en Ontario. Nous sommes

conscients des obstacles sociopolitiques, historiques et géographiques distincts auxquels ces groupes sont confrontés, lesquels influent sur les disparités dont ils sont victimes et leurs résultats en matière de santé. Conformément à notre engagement de partenariat avec les communautés des PNIMAU, nos efforts appuient la Stratégie pour la lutte contre le cancer chez les Premières Nations, les Inuits, les Métis et les Autochtones en milieu urbain 2019–2023, qui vise à promouvoir un accès équitable des Autochtones au système de soins contre le cancer et à faciliter les transitions au sein de ce système.

En Ontario, la *Loi sur les services en français* (LSF) garantit aux francophones l'accès à des services dans leur langue dans 27 régions désignées de la province. La LSF oblige les fournisseurs de services de santé à offrir activement des services en français, veillant ainsi à ce que les besoins des communautés francophones soient pris en compte lors de l'élaboration et de la mise en œuvre des programmes, des politiques et des procédures de santé.

Bien que nos recommandations mettent l'accent sur certains groupes, l'objectif global est d'améliorer l'accès aux soins de santé, les expériences, et les résultats de toutes les communautés en quête d'équité. Cet engagement s'inscrit dans le [Cadre d'équité, d'inclusion, de diversité et d'antiracisme](#) de Santé Ontario, nous aidant ainsi à mettre en place un environnement de soins de santé plus inclusif.

La responsabilité de mise en œuvre de ces recommandations ne se limite pas aux établissements offrant des traitements systémiques. Santé Ontario et les programmes régionaux de lutte contre le cancer s'engagent à travailler ensemble à la définition et la mise en œuvre des prochaines étapes à suivre dans le cadre de ces recommandations. Cette approche collective garantit une responsabilité partagée et permet d'améliorer de manière plus complète, durable et équitable la prestation des traitements systémiques.

## Organisation du document

Les recommandations sont regroupées dans les sections suivantes :

- [Orientation vers les services de diagnostic des cas soupçonnés de cancer](#)
- [Orientation vers les services d'oncologie médicale, d'hématologie et d'oncologie gynécologique](#)
- [Planification des rendez-vous en service d'oncologie et en salle de traitement systémique](#)
- [Prestation de services en service d'oncologie](#)
- [Information des patients](#)
- [Vérification des prescriptions et préparation des médicaments](#)
- [Distribution et administration des traitements en milieu communautaire](#)
- [Prestation de services en salle de traitement systémique](#)
- [Surveillance proactive, gestion des symptômes et de la toxicité des médicaments, soins non programmés](#)

- [Prestation de services virtuels](#)
- [Transitions entre les différents niveaux de soins : Survie et fin de vie](#)
- [Santé et bien-être des fournisseurs](#)
- [Premières Nations, Inuits, Métis et populations autochtones vivant en milieu urbain](#)
- [Populations francophones et groupes en quête d'équité](#)

Chaque section présente un ensemble de recommandations, une analyse des problèmes existants, les raisons pour lesquelles il est important d'y remédier, les principaux facteurs de réussite, ainsi que les considérations et options de mise en œuvre. L'[annexe A](#) fournit de plus amples renseignements sur les rôles des fournisseurs, dont il est question plus en détail dans le présent document.

Le document intitulé [Regional Models of Care for Systemic Treatment: Standards for the Organization and Delivery of Systemic Treatment \(RSTP Standards\)](#) (Modèles régionaux de soins pour le traitement systémique : normes d'organisation et de prestation du traitement systémique) et le présent document se distinguent par leurs objectifs et leurs fonctions. Les normes des modèles régionaux de soins constituent des normes établies en matière d'organisation de soins sécuritaires et efficaces et servent de points de référence pour évaluer l'uniformité et la qualité de la prestation des traitements systémiques.

D'autre part, ce document adopte une approche ambitieuse en décrivant l'avenir du traitement systémique. Il reconnaît la nécessité de mettre à jour les modèles de soins et propose des recommandations visant à optimiser la prestation des services. Il a pour objectif de susciter des changements positifs et d'éclairer la transformation des pratiques en matière de traitement systémique, améliorant ainsi l'expérience des patients, le bien-être des fournisseurs et les résultats des soins de santé.

## RECOMMANDATIONS

### [Orientation vers les services de diagnostic des cas soupçonnés de cancer](#)

1. Des processus d'orientation et de diagnostic rapides et normalisés devraient être établis pour simplifier l'accès au système de lutte contre le cancer.
  - 1.1. Un service de diagnostic des cas soupçonnés de cancer devrait être mis en place pour permettre aux patients de recevoir des examens coordonnés et en temps opportun (p. ex., analyses sanguines, imagerie diagnostique et biopsie).
  - 1.2. Les critères d'orientation devraient être normalisés pour aider les médecins traitants à déterminer les cas devant faire l'objet d'une orientation et ainsi réduire le nombre de tests inutiles ou en double.

- 1.3. Des protocoles normalisés de laboratoire et d'imagerie diagnostique conformes aux lignes directrices et aux pratiques exemplaires devraient être élaborés pour appuyer la prise de décisions cliniques de grande qualité et l'orientation rapide vers les services appropriés.

### *Orientation vers les services d'oncologie médicale, d'hématologie et d'oncologie gynécologique*

2. Un système centralisé d'orientation devrait être mis en place pour s'assurer que les patients ayant besoin d'être pris en charge par des services d'oncologie médicale, d'hématologie ou d'oncologie gynécologique soient vus par le premier spécialiste disponible dans l'hôpital ou la région.
  - 2.1. Un flux normalisé des tâches de triage et de hiérarchisation des nouveaux patients devrait être élaboré pour déterminer la personne responsable de l'examen de l'orientation préconisée et le délai de programmation d'une consultation en fonction des renseignements cliniques à disposition, et ainsi améliorer l'efficacité des tâches et la répartition de la charge de travail entre les membres de l'équipe.
  - 2.2. Le spécialiste devrait faire part du diagnostic au patient, tout en informant le médecin responsable de l'orientation initiale du patient vers le service de diagnostic.

### *Planification des rendez-vous en service d'oncologie et en salle de traitement systémique*

3. Les rendez-vous en service d'oncologie et en salle de traitement systémique devraient être fixés par des personnes possédant les connaissances et l'expertise nécessaires pour veiller à la prise en compte de multiples facteurs de planification interdépendants et à leur ajustement en fonction de l'évolution de la disponibilité des ressources.
4. Des outils et des technologies fondés sur des données probantes devraient être utilisés pour optimiser les ressources et les processus de planification de rendez-vous en service de consultation oncologique externe et en salle de traitement systémique.

### *Prestation de services en service d'oncologie*

5. Les programmes locaux de lutte contre le cancer devraient étoffer le type de fournisseurs intégrés aux équipes de soins en oncologie pour permettre une meilleure gestion du volume croissant de patients et de la complexité accrue des soins en service d'oncologie.
  - 5.1. L'équipe de soins devrait être formée en fonction du patient et dans le souci d'établir des relations durables entre le patient et les fournisseurs de soins pour garantir une coordination et une continuité des soins sécuritaires et efficaces.
  - 5.2. Les fournisseurs de soins devraient se voir aider à parfaire leurs capacités de prestation de soins centrés sur la personne, de prise en compte des concepts d'oncologie palliative et psychosociale, ainsi que de satisfaction des besoins et préférences uniques de diverses personnes.

**5.3.** D'autres rôles devraient être intégrés au service d'oncologie :

- Oncologue médical/hématologue/oncologue gynécologique
- Prescripteurs suppléants (omnipraticien en oncologie, personnel infirmier praticien)
- Adjoints au médecin
- Pharmaciens
- Personnel infirmier clinicien spécialisé/personnel infirmier autorisé.

**5.4.** Il devrait y avoir des processus d'identification et d'orientation des patients nécessitant des services d'oncologie psychosociale et de soins palliatifs, ainsi que d'autres rôles de soutien aux patients (p. ex., intervenants pivots spécialisés dans l'accès aux médicaments, intervenants pivots).

**5.5** Les directives médicales devraient être utilisées de manière judicieuse, permettant ainsi aux membres de l'équipe de travailler de façon autonome, de promouvoir le partage des soins ou de la supervision des patients recevant un traitement systémique et d'améliorer la gestion de la charge de travail.

**5.6.** Les rôles et les responsabilités de chaque membre de l'équipe devraient être clairement définis et les attentes clarifiées quant à la façon dont les disciplines communiqueront entre elles et travailleront de concert à la prestation des soins aux patients.

**5.7.** Les programmes locaux de lutte contre le cancer devraient envisager d'étudier les possibilités de collaborer avec les hôpitaux de leur région pour les aider à gérer les visites en service d'oncologie et à offrir des soins à proximité du domicile des patients, le cas échéant (p. ex., nouvelle consultation dans les hôpitaux de niveau 1 ou 2 avec suivi et soins urgents dans les hôpitaux de niveau 3 ou 4).

6. Un modèle de planification des traitements systémiques ne se déroulant pas le jour même devrait être mis en œuvre, le cas échéant, pour réduire les temps d'attente des patients, accroître la sécurité des fournisseurs et des patients et améliorer les flux et l'efficacité du service d'oncologie.
  - 6.1. Les programmes locaux de lutte contre le cancer devraient établir des partenariats avec des laboratoires communautaires pour permettre aux patients de réaliser leurs analyses sanguines plus près de chez eux et avoir recours à des plateformes de soins virtuels pour effectuer les évaluations préalables au traitement, lorsque cela est approprié sur le plan clinique.
  - 6.2 Un modèle exceptionnel de traitement le jour même devrait être envisagé pour les patients qui pourraient rencontrer des obstacles dans l'accès aux soins.
7. Un processus uniformisé, s'appuyant sur les directives médicales au besoin, devrait être élaboré et mis en œuvre dans le but de définir des délais de décision de traitement opportuns pour les anomalies couramment observées ou les résultats anormaux obtenus dans le cadre des analyses sanguines et/ou de l'évaluation préalable au traitement.

### Information des patients

8. Les patients, les familles et les partenaires de soins devraient avoir accès à des documents d'information médicale inclusifs dans la langue qu'ils maîtrisent, qui les aideraient à gérer leurs soins, à prendre des décisions éclairées et à s'impliquer activement dans leurs soins.
  - 8.1 Les ressources devraient être fondées sur des données probantes et être conformes aux pratiques exemplaires d'information en santé, notamment celles ayant trait à :
    - la rédaction en langage clair (c.-à-d., un document pouvant être lu par des personnes ayant un niveau de lecture inférieur à la 6<sup>e</sup> année, affichant un niveau d'intelligibilité et d'utilité approprié, créé avec l'aide de patients et de représentants des familles);
    - la représentation plus diversifiée de la population (p. ex., mention d'effets indésirables pouvant varier selon la couleur de peau, emploi de termes inclusifs et prise en compte des différentes considérations culturelles)
  - 8.2 Les ressources devraient être accessibles à tous, à savoir :
    - être conformes aux exigences de la *Loi sur l'accessibilité pour les personnes handicapées de l'Ontario* (p. ex., images accompagnées de légendes).
    - être traduites en plusieurs langues;
    - offertes sous différents formats (p. ex., Web, papier, vidéo, audio)
  - 8.3 Une bibliothèque de ressources d'information multilingues et inclusives, rédigées en termes simples, devrait être créée à l'échelle provinciale.

### *Vérification des prescriptions et préparation des médicaments*

9. Un modèle de vérification mutuelle par les techniciens devrait être adopté pour la préparation des traitements systémiques afin de garantir le suivi de pratiques sécuritaires et efficaces, renforçant ainsi la satisfaction des techniciens en pharmacie, tout en permettant aux pharmaciens de se concentrer sur des activités propres à leur champ d'exercice.
10. Les établissements ayant du mal à assurer une préparation efficace des médicaments, disposant d'un espace physique limité ou rencontrant des problèmes de dotation et de gaspillage de médicaments devraient envisager de se tourner vers un processus de vérification à distance des prescriptions ou à un processus régional de préparation et de prestation de traitements systémiques.

### *Distribution et administration des traitements en milieu communautaire*

11. Un processus de vérification clinique en deux étapes devrait être mis en place pour les traitements distribués (p. ex., médicaments anticancéreux pris à domicile) et administrés (p. ex., perfusions, injections) en milieu communautaire afin de prévenir tout préjudice grave ou effet indésirable pouvant résulter d'erreurs de médication.
  - 11.1. Les établissements communautaires qui distribuent (p. ex., médicaments anticancéreux pris à domicile) ou administrent (p. ex., injections, perfusions) un traitement systémique devraient avoir accès à des ordonnances s'accompagnant des renseignements complémentaires (p. ex., résultats des analyses en laboratoire, paramètres cliniques, plan de soins) nécessaires à l'exécution du processus de vérification clinique.
12. La distribution (p. ex., médicaments anticancéreux pris à domicile) et/ou l'administration (p. ex., injections, perfusions) des traitements systémiques devraient être assurées par des établissements communautaires désignés ayant reçu une formation complémentaire pour veiller à ce que les soins et médicaments soient gérés de manière uniforme tout au long du traitement des patients.

### *Prestation de services en salle de traitement systémique*

13. Les programmes locaux de lutte contre le cancer devraient étudier les possibilités d'optimisation des flux de travail, veiller à une répartition efficiente des ressources, et assurer le suivi des affectations de personnel infirmier aux patients et du nombre quotidien de préparations de traitement systémique de sorte à gérer efficacement les volumes croissants de patients et de traitements en salle de traitement systémique.
  - 13.1. Les affectations de personnel infirmier aux patients doivent être réparties équitablement tout au long de la journée.
  - 13.2. Le volume de préparations pharmaceutiques pouvant être effectuées quotidiennement par le personnel de pharmacie devrait tenir compte du nombre de techniciens en pharmacie en poste, du nombre et de la capacité des postes de sécurité

- microbiologique (PSM) ainsi que toute technologie servant à la préparation (p. ex., solutions de gestion des flux de production des médicaments intraveineux ou robots).
- 13.3.** Il est recommandé d’effectuer les évaluations de traitement à mi-parcours (p. ex., les jours 8 et 15) à distance ou en personne, avant que l’infirmier ou l’infirmière responsable de l’administration du traitement ne se présente auprès du patient pour la mise en place de la perfusion.
- 13.4.** Il est recommandé de créer des ordonnances préapprouvées comportant des paramètres cliniques pour éviter les retards ou les interruptions inutiles le jour du traitement (p. ex., au moyen de directives médicales intégrées aux protocoles de traitement du système de saisie électronique des ordonnances par les médecins).
- 13.5.** Le comité pharmacothérapeutique de l’hôpital devrait passer en revue et approuver le temps de consultation des patients participant à des essais cliniques pour veiller à son utilisation judicieuse
- 13.6.** Les programmes locaux de lutte contre le cancer devraient s’associer à d’autres services de l’hôpital (p. ex., l’unité de médecine de jour) pour offrir des soins d’intervention de soutien (p. ex., hydratation, perfusion de produits sanguins).
- 13.7.** Les programmes locaux de lutte contre le cancer devraient envisager d’identifier les moyens par lesquels ils peuvent aider les hôpitaux de leur région à améliorer l’accès des patients au traitement, le cas échéant (p. ex., administration du traitement initial dans les hôpitaux de niveau 1 ou 2, avec administration du traitement subséquent dans les hôpitaux de niveau 3 ou 4).
- 13.8.** Il est recommandé d’orienter les patients devant faire l’objet de soins d’intervention de soutien ou d’injections (p. ex., d’hydratation ou d’hormones) vers les Services de soutien à domicile et en milieu communautaire (SSDMC), les pharmacies communautaires participantes, ainsi que les services d’injection communautaires. Par ailleurs, les patients répondant aux critères établis peuvent apprendre à réaliser eux-mêmes leurs injections grâce à une formation appropriée ou disposer d’un partenaire de soins chargé de les aider à effectuer leurs injections.
- 13.9.** En cas de recours à des services de thérapie intraveineuse privés, les programmes locaux de lutte contre le cancer devraient mettre en place des mécanismes de supervision par le biais d’un protocole d’entente (PE), conformément aux dispositions du document intitulé [Regional Models of Care for Systemic Treatment: Standards for the Organization and Delivery of Systemic Treatment](#) (Modèles régionaux de soins pour le traitement systémique : normes d’organisation et de prestation du traitement systémique).

**[Surveillance proactive, gestion des symptômes et de la toxicité des médicaments, soins non programmés](#)**

- 14.** Les programmes locaux de lutte contre le cancer devraient élaborer et mettre en œuvre des plans de surveillance proactive, ainsi que des plans de gestion des symptômes et de la toxicité des médicaments adressés aux patients recevant un traitement systémique, en particulier ceux présentant un risque élevé (p. ex., double immunothérapie, chimiothérapie/radiothérapie simultanée, leucémie aiguë, cancers de la tête et du cou), pour leur permettre d’optimiser leurs capacités d’autogestion et de réduire leur recours aux services de soins de courte durée.
- 15.** Des structures oncologiques de soins actifs devraient être établies pour les soins non programmés afin de réduire le nombre de visites aux services d’urgence et d’hospitalisations.

### *Prestation de services virtuels*

- 16.** Les programmes locaux de lutte contre le cancer devraient créer un rôle de coordonnateur des soins virtuels, lequel serait chargé d’encourager les patients et fournisseurs à employer des solutions de soins virtuels, de les aider à apprivoiser ces outils et d’améliorer leur expérience globale vis-à-vis de ceux-ci.
  - 16.1.** S’ils affichent un faible volume de patients, les petits centres peuvent confier les responsabilités du coordonnateur des soins virtuels à d’autres membres du personnel administratif afin d’assurer la continuité de ces services de soins.
- 17.** Les programmes locaux de lutte contre le cancer devraient étudier les possibilités d’intégration de services de soins virtuels et de mise en œuvre de processus normalisés en matière d’optimisation de la prestation des soins.
  - 17.1.** Les programmes locaux de lutte contre le cancer devraient déterminer les domaines dans lesquels les soins virtuels permettent d’optimiser la prestation des soins (p. ex., visites de suivi, information des patients)
  - 17.2.** Les soins virtuels devraient être flexibles et en mesure de s’adapter aux préférences des patients, de la famille et/ou des partenaires de soins, notamment en ce qui a trait aux horaires, à la langue et aux considérations culturelles.
  - 17.3.** Les soins virtuels devraient viser à faciliter la mobilisation des patients, de la famille ou des partenaires de soins et la participation de ceux-ci aux soins (p. ex., outils de dépistage des symptômes, information des patients).
  - 17.4.** Les patients, les familles et/ou les partenaires de soins devraient se voir offrir de l’information et des ressources, notamment une aide à la préparation de la consultation virtuelle afin d’éviter les interruptions ou les retards pendant le rendez-vous.
  - 17.5.** La structure des consultations virtuelles (y compris les heures de rendez-vous désignées) devrait être semblable à celle des consultations en personne, et tout devrait être fait pour réduire les temps d’attente des patients, de leur famille ou de leurs partenaires de soins.

- 18.** Les patients devraient avoir accès à des soins pluridisciplinaires en milieu virtuel pour faire en sorte qu'ils reçoivent tout le soutien et les services dont ils ont besoin dans le cadre de leur traitement.

**Transitions entre les différents niveaux de soins : Survie et fin de vie**

- 19.** Les programmes locaux de lutte contre le cancer devraient se doter d'un modèle de transition offrant des soins normalisés aux survivants et en matière de suivi pour répondre aux besoins courants des patients qui ont terminé leur traitement systémique ou qui suivent actuellement une hormonothérapie adjuvante.
- 19.1.** Les survivants devraient passer à un niveau de soins plus adapté à leurs besoins actuels et avoir accès à des ressources et systèmes de soutien spécialisés comme des services d'oncologie psychosociale, des initiatives d'autogestion structurée et des programmes de groupe.
- 19.2** Le processus de réintégration des programmes locaux de lutte contre le cancer devrait être simplifié, au besoin.
- 20.** Les équipes d'oncologie et de soins palliatifs, en collaboration avec les patients, les familles et les partenaires de soins, devraient régulièrement engager des débats et utiliser des outils validés dans le but d'orienter la prestation des soins palliatifs et déterminer le moment propice aux transitions vers les soins de fin de vie.
- 20.1.** L'équipe d'oncologie devrait avoir accès à des soutiens et à des services de soins palliatifs communautaires chargés de les aider à répondre aux besoins des patients suivant un traitement systémique lorsqu'il devient trop difficile ou complexe pour elle d'assurer leur prise en charge seule.

### *Santé et bien-être des fournisseurs*

- 21.** Les programmes locaux de lutte contre le cancer, en collaboration avec les dirigeants d'organisation, devraient élaborer un plan détaillé en faveur du bien-être des fournisseurs.
- 21.1.** Les organisations devraient :
- déterminer les causes profondes de l'épuisement des fournisseurs;
  - mettre en œuvre les changements proposés pour remédier à ces problèmes;
  - mesurer et évaluer l'évolution du bien-être des fournisseurs;
  - créer des postes de direction chargés de veiller au bien-être des fournisseurs.
- 21.2.** Les organisations devraient tenir compte du bien-être des fournisseurs dans le cadre de tout changement de processus ou de politique, y compris dans les services de technologie et d'information sur la santé.

### *Premières Nations, Inuits, Métis et populations autochtones vivant en milieu urbain*

- 22.** Les programmes locaux de lutte contre le cancer devraient élaborer et mettre en œuvre un processus d'autodéclaration volontaire et confidentielle pour les patients qui s'identifient comme membres des Premières Nations, Inuits, Métis ou Autochtones vivant en milieu urbain afin d'enrichir l'expérience des patients, d'améliorer les services de santé, de cerner l'étendue des besoins dans le système de santé et générer des données permettant de mesurer l'efficacité des soins de santé pour les patients autochtones.
- 23.** Tous les membres de l'équipe d'oncologie devraient connaître le programme des Services de santé non assurés (SSNA) et la manière dont les patients inuits et des Premières Nations admissibles peuvent avoir accès à celui-ci.
- 23.1.** Santé Ontario devrait préconiser au programme des SSNA de modifier ses processus de manière à :
- permettre aux intervenants pivots autochtones d'approuver les demandes des patients.
  - rendre son offre de soutiens plus souple pour permettre à d'autres partenaires de soins et membres de la famille d'accompagner facilement les patients inuits et des Premières Nations à des rendez-vous médicaux et à des examens préalables à l'évaluation.
- 24.** Il est recommandé de s'associer aux dirigeants autochtones et aux fournisseurs de soins de santé pour concevoir des ressources destinées aux patients et des politiques et processus de prestation de soins reposant sur une démarche communautaire, participative et collaborative, ainsi que pour intégrer le savoir culturel à tous les aspects des soins.
- 24.1.** Il est recommandé de faciliter l'embauche de Premières Nations, d'Inuits, de Métis et d'Autochtones vivant en milieu urbain à des postes de navigation, de

coordination, de soutien par les pairs et d'élaboration de ressources au sein des programmes régionaux de lutte contre le cancer.

- 24.2.** Santé Ontario, en partenariat avec les programmes régionaux de lutte contre le cancer, devrait préconiser l’officialisation de l’expansion du rôle d’intervenant pivot autochtone et l’affectation de ressources appropriées à ce poste dans toutes les régions afin de coordonner et mettre les patients en liaison avec les programmes de soins communautaires et de services sociaux, d’organiser des services d’interprétation et de faciliter l’établissement de liens entre les aînés autochtones, les guérisseurs traditionnels ou les gardiens du savoir et l’équipe d’oncologie.
- 24.3.** Les équipes d’oncologie devraient travailler en partenariat avec les Aînés, les guérisseurs traditionnels, les gardiens du savoir et les fournisseurs autochtones pour appuyer la prestation de soins holistiques répondant aux besoins culturels, sociaux et médicaux des personnes autochtones.
- 24.4.** Tous les membres de l’équipe d’oncologie devraient être tenus de suivre une formation obligatoire sur la sécurité culturelle et la sensibilisation à la culture autochtone afin d’assurer la prestation de soins axés sur la personne et adaptés sur le plan culturel.

### *Populations francophones et groupes en quête d’équité*

- 25.** Les programmes locaux de lutte contre le cancer devraient permettre aux patients de se déclarer membres d’une communauté ou d’un groupe et d’indiquer leurs préférences ou besoins particuliers au début de leur traitement contre le cancer, en veillant à ce qu’ils bénéficient de renseignements et de mesures de soutien appropriés, notamment des services de traduction et d’interprétation accessibles tout au long de leur parcours de soins.
- 25.1.** Conformément à la *Loi sur les services en français* de l’Ontario, les équipes d’oncologie devraient identifier les patients francophones et être en mesure d’offrir des services en français aux patients, à leur famille et à leurs partenaires de soins.
- 26.** L’équipe d’oncologie devrait évaluer les besoins financiers, de transport et autres soutiens ou besoins sociaux de tous les patients au point d’entrée du système de lutte contre le cancer et déterminer et fournir les services d’intervention appropriés, tout en facilitant l’accès aux soutiens et aux services en fonction des besoins uniques de chaque groupe en quête d’équité.
- 26.1** En collaboration avec les membres de la collectivité, les groupes de défense des intérêts et les organismes de soutien, les programmes locaux de lutte contre le cancer devraient s’attacher à élaborer des services d’orientation des patients et des programmes de soutien par les pairs adaptés aux besoins uniques des populations francophones et des groupes en quête d’équité.
- 26.2.** Les programmes locaux de lutte contre le cancer devraient accroître la sensibilisation, ainsi que promouvoir et faciliter l’accès aux ressources destinées aux

patients et fournisseurs, notamment les documents en français, sur le site Web de Santé Ontario (Action Cancer Ontario).

**26.3.** Les programmes locaux de lutte contre le cancer devraient élaborer du contenu local qui peut être traduit en français et en d'autres langues en fonction des besoins de leur population.

**26.4.** Les programmes locaux de lutte contre le cancer devraient mettre en œuvre des systèmes d'orientation facilitant les transitions et donnant accès à des soutiens et à des programmes communautaires adaptés aux groupes en quête d'équité.