



**Table ronde sur l'optimisation de
l'équité dans les diagnostics de
cancers pour les communautés mal
desservies sur le plan structurel:
Ce que nous avons entendu**

**Rapport de la Table ronde
17 janvier 2024 | Toronto**

Rapport rédigé par Leah M. Stephenson, responsable stratégique, ACC

Rapport conçu par Amy Rosvold, chef de projet, ACC

Table des matières

Introduction	_____	03
Thèmes de la Table ronde	_____	05
Prochaines étapes proposées	_____	14
Annexe 1 : Liste des participants et participantes	_____	16
Annexe 2 : Plan d’humilité culturelle de All.Can Canada	_____	17
Annexe 3 : Résultats d’évaluation	_____	18
Annexe 4 : Structure de gouvernance de ACC 17	_____	19
Annexe 5 : Commanditaires	_____	20

Introduction

Dirigé par des regroupements de patients et patientes et des personnes ayant vécu un cancer, All.Can Canada (ACC) est un réseau national multilatéral consacré à l'efficacité des traitements du cancer et dont l'objectif premier est d'optimiser l'accès aux soins oncologiques grâce à un diagnostic rapide, précis et adéquat. ACC est une initiative nationale de All.Can International, une organisation multilatérale européenne rassemblant des regroupements de patients et patientes, des responsables politiques, des prestataires de soins de santé et des parties prenantes des secteurs de l'industrie et de la recherche en vue de corriger les inefficacités dans les soins oncologiques par une approche axée sur les besoins des patients et patientes. La Fondation Sauve ta peau agit à titre de secrétariat de ACC.

L'objectif premier de la Table ronde sur l'optimisation de l'équité dans les diagnostics de cancers au Canada, qui s'est tenue le 17 janvier 2024, à Toronto, était de mieux comprendre les implications, les lacunes et les possibilités entourant l'étude à méthodes mixtes de ACC, afin de travailler avec et pour les communautés mal desservies sur le plan structurel à la réalisation de conditions futures équitables et optimales, où les diagnostics de cancers sont rapides, précis et communiqués correctement.

Le comité directeur de ACC a produit et partagé cette ébauche de rapport sur les apprentissages tirés de la Table ronde, en vue de recueillir les commentaires des participants et participantes et de finaliser le rapport. En outre, le comité directeur de ACC a demandé aux participants et participantes de l'aider à évaluer les priorités concernant les prochaines étapes de son mandat et les nouveaux partenariats communautaires possibles pour aider à les mettre en œuvre.

ACC a pris l'engagement de comprendre les obstacles à l'obtention de diagnostics de cancers rapides au sein des systèmes de soins de santé canadiens, y compris les déterminants sociaux et structurels de la santé, et de travailler à leur élimination. Dès le départ, lorsque ACC a lancé son projet de recherche en 2020 pour mieux comprendre l'état de la situation actuelle et souhaitée en matière de diagnostics de cancers au Canada, l'équipe de recherche s'est efforcée de trouver des publications sur l'incidence des déterminants de la santé sur les diagnostics de cancers et de consulter des personnes ayant vécu des expériences diverses en lien avec le cancer. ACC a réussi à recueillir le point de vue d'un éventail de personnes touchées par différents types de cancer, y compris les cancers du sang et les tumeurs solides; de personnes vivant dans différentes régions du pays, y compris les régions rurales; de personnes ayant des niveaux de revenus divers, y compris les ménages à faible revenu; et de personnes de différents âges.

L'équipe de recherche de ACC a fait appel à diverses méthodes pour contacter des centres de santé communautaire (CSC) dans tout le Canada, en ciblant particulièrement ceux qui sont spécialisés dans les services aux communautés mal desservies sur le plan structurel, comme TAIBU, Women's Health in Women's Hands, Access Alliance, Parkdale Queen West et le Centre de santé communautaire de Témiskaming, afin de recruter des patientes et patients atteints de cancer et appartenant à des groupes mal desservis sur le plan structurel pour les interroger. Cependant, malgré le recours à de multiples méthodes de communication, y compris des appels individuels de la part d'une personne ayant des relations professionnelles établies avec des gestionnaires de CSC, il a été difficile, à juste titre, de susciter leur intérêt alors que la pandémie de COVID-19 commençait à sévir. Les CSC faisaient partie des quelques modèles de soins qui sont restés opérationnels tout au long de la pandémie. Ils ont dû s'adapter rapidement pour servir les communautés particulièrement vulnérables. Leurs gestionnaires et leurs prestataires avaient donc d'autres priorités au moment où ACC tentait de recruter des patients et patientes. Ainsi, en dépit des efforts importants de recrutement déployés auprès des parties prenantes concernées, l'équipe de recherche de ACC s'est trouvée limitée dans les personnes qu'elle a pu interroger et dans les informations qu'elle a pu obtenir.

Par conséquent, ACC considère la Table ronde comme un nouveau chapitre fondateur dans son travail visant à cerner les obstacles structurels dans les soins de santé au Canada, et comme un point de départ dans l'établissement de nouvelles relations et la découverte de possibilités pour améliorer de façon plus équitable les diagnostics de cancers symptomatiques. ACC s'engage à soutenir activement le leadership des membres, des professionnels et professionnelles et des groupes des communautés mal desservies sur le plan structurel qui souhaitent prendre part aux prochaines étapes prioritaires cernées pendant la Table ronde.

Pourquoi mettre l'accent sur les diagnostics?

L'obtention de diagnostics précoces se traduit par de meilleurs résultats de santé¹ et une réduction des coûts de soins de santé.² Les diagnostics tardifs sont corrélés à des taux de mortalité plus élevés.³ Les coûts des soins associés au cancer au Canada sont passés de 2,9 milliards de dollars en 2005 à 7,5 milliards de dollars en 2021, en grande partie en raison de l'augmentation des coûts des soins hospitaliers.⁴ Au Canada, en 2022, soixante-trois pour cent des nouveaux cancers ont été diagnostiqués grâce à l'examen des symptômes, contre trente-sept pour cent grâce au dépistage.⁵ Il existe également de nombreux cancers pour lesquels il n'y a pas de programme de dépistage. Il est donc essentiel de se pencher sur les moyens d'améliorer le diagnostic précoce du cancer par l'examen des symptômes, afin de sauver des vies et de réduire les coûts du système de santé.

1. Elison, L., Saint-Jacques, N. La survie au cancer sur cinq ans selon le stade au moment du diagnostic au Canada. Statistique Canada. 18 janvier 2023.

2. Sarma, E., et al. Achieving Diagnostic Excellence for Cancer: Symptom Detection as a Partner to Screening. JAMA. 18 juillet 2022.

3. Hanna, T.P., King W.D., Thibodeau, S., Jalink, M., Paulin, G.A., Harvey-Jones, E., et al. Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis. BMJ 2020;371:m4087

4. Oliveira, D., Weir, S., Rangrek, J., Krahn, M., Mittman, N., Hoch, J., Chan, K., Peacock, S. The economic burden of cancer care in Canada: a population-based cost study. CMAJ 2018, 6 (1), E1-E10.

5. Société canadienne du cancer. « Vue d'ensemble des statistiques sur le cancer ». Dernière mise à jour en 2023. <https://cancer.ca/fr/research/cancer-statistics/cancer-statistics-at-a-glance>

Thèmes de la Table ronde

Dix-sept participants et participantes ayant une expertise diversifiée en lien avec différentes communautés mal desservies sur le plan structurel se sont réunis en personne dans le centre-ville de Toronto. Leurs expertises couvraient notamment les expériences vécues, la prestation de soins de santé primaires, la recherche, les organismes communautaires et l'élaboration de politiques. La liste des participants et participantes se trouve à l'annexe 1. La journée a été co-animée par la Dre Ambreen Sayani, membre du comité directeur de ACC, et le Dr Paul Wanka.

Un mois avant l'événement, les participantes et participants ont reçu un dossier de préparation comprenant un résumé des résultats de l'étude de ACC, des questions directrices, l'ordre du jour et les détails logistiques. Lors de l'événement, les participantes et participants ont été séparés en trois sous-groupes pour répondre aux questions directrices énumérées ci-dessous. Les sous-groupes ont été encouragés à observer les points communs et les différences. Ils se sont ensuite réunis pour faire part de leurs réflexions à l'ensemble du groupe. De plus, une séance de réseautage a été organisée après l'événement. Nous espérons que les participantes et participants ont pu tisser des liens et bénéficier de l'établissement de nouvelles relations importantes pour leurs communautés, en vue de faire progresser leurs priorités communes et trouver des solutions à des problèmes courants.

Questions directrices

1

Quelles sont vos réactions par rapport à ces résultats de recherche sur les diagnostics de cancers? Y a-t-il des surprises? En quoi ces résultats correspondent-ils ou non à vos expériences?

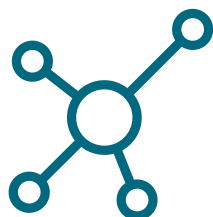
2

Quelles sont les implications de ces résultats pour les communautés mal desservies sur le plan structurel? Quelles sont les lacunes dans les résultats et les recommandations concernant ces communautés?

3

À quoi ressemblerait un avenir plus équitable en matière de diagnostic du cancer? Quelles sont les possibilités qui s'offrent, y compris les partenariats possibles ou les avenues de soutien mutuel, pour parvenir à cet avenir meilleur et plus équitable?

Une analyse qualitative des notes prises au cours de la journée par des personnes spécialement affectées à cette tâche a permis de dégager les thèmes décrits ci-dessous. Ces thèmes incluent une analyse des réponses écrites de participantes et participants invités qui n'avaient pas pu se présenter, mais qui souhaitaient tout de même apporter leurs commentaires. Ces personnes ont répondu aux mêmes questions directrices. Leur nom figure également à l'annexe 1.



Thèmes Dominants

Les thèmes dominants ressortis pendant la Table ronde comprennent l'importance fondamentale des relations dans les soins de santé afin d'instaurer et de maintenir un climat de confiance. De même, **les liens entre les organisations et les prestataires** qui font partie des systèmes de soins de santé et des systèmes connexes (y compris les groupes communautaires) et qui y contribuent **sont fondamentaux**. Comme l'a dit la chercheuse en sciences de la complexité Brenda Zimmerman, aujourd'hui décédée : « l'unité d'analyse la plus importante dans un système n'est pas la partie (p. ex., l'individu, l'organisation ou l'institution), mais la relation entre les parties⁶ ». **Des approches fondées sur l'humilité, la sécurité et l'adéquation culturelles, ainsi que sur la compréhension des traumatismes, sont nécessaires à tous les niveaux (micro, méso et macro).**

Des approches fondées sur l'humilité, la sécurité et l'adéquation culturelles, ainsi que sur la compréhension des traumatismes, sont nécessaires à tous les niveaux (micro, méso et macro).

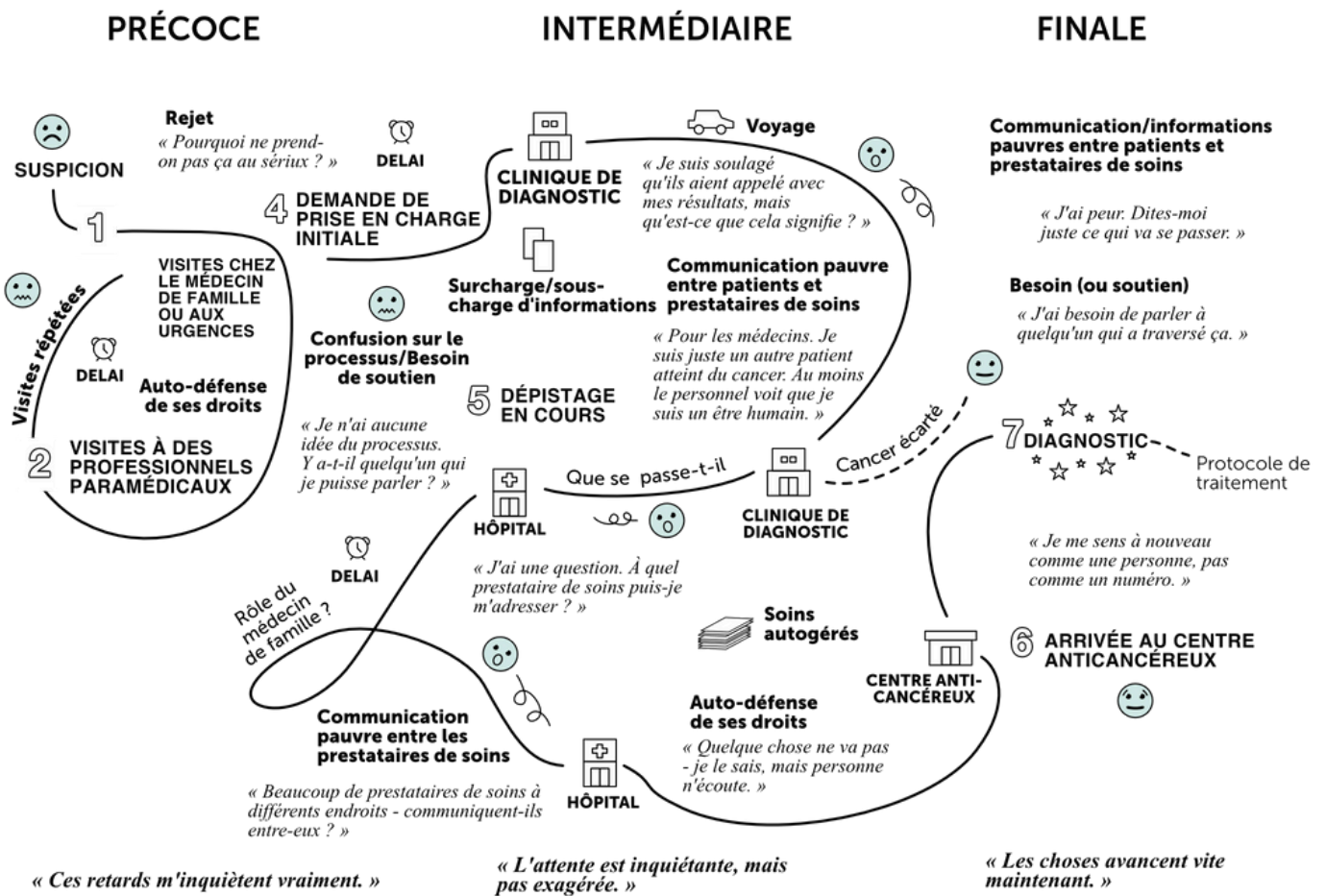
6. Pour en savoir plus : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4891190/>



Thèmes - Réactions, Implications et Lacunes

De nombreuses personnes ont été exclues de l'infographie de ACC sur l'état actuel de la situation. Elles ne se rendent même pas au stade initial du diagnostic. Les participantes et participants ont mentionné des facteurs intersectionnels et cumulatifs que l'on retrouve à tous les niveaux des soins de santé (micro, méso et macro). Ces facteurs intersectionnels peuvent empêcher ou retarder considérablement le recours au système de soins de santé.

Expérience des patients en matière de parcours diagnostique — situation actuelle



Ces facteurs sont les suivants :

- **Les identités des personnes ne sont pas validées. L'intersectionnalité d'identités croisées aggrave ce problème.**

« Nous devons pouvoir parler de racisme, d'homophobie, de transphobie, de capacitisme. Les identités croisées accentuent également la discrimination. Il faut reconnaître qu'il existe différents niveaux de privilèges. »

- **Le racisme, y compris** les préjugés inconscients et les stéréotypes.
- **Le capacitisme**, y compris à l'égard des personnes neurodivergentes qui, sans les mesures de soutien adéquates, peuvent éprouver des difficultés de communication et de traitement de l'information et des sensations.
- **Le manque d'argent** pour faire les tests, s'absenter du travail, se rendre dans les établissements, faire garder les enfants, etc. Certaines personnes doivent choisir entre acheter de la nourriture pour leur famille et se faire dépister.
- **Les personnes en situation d'itinérance et de logement précaire** qui doivent fréquemment se rendre à l'urgence en raison du manque de soins de santé et de logements adéquats.
- **Les inégalités numériques** du fait de ne pas avoir ou de ne pas pouvoir utiliser d'ordinateurs, de téléphones intelligents, d'adresse courriel ou Internet.
- **Les nouvelles arrivantes et nouveaux arrivants** qui ont connu des systèmes de santé très différents et ne savent pas comment accéder aux soins et s'y retrouver dans les systèmes canadiens.
- **Les personnes réfugiées** qui n'ont pas d'assurance et n'ont pas accès aux soins de santé.
- **Les facteurs culturels et générationnels.**

Il y a des « problèmes de stigmatisation. L'information doit être acceptée par la communauté en plus de l'être par la personne elle-même. » Une participante a été exclue du mariage au sein de sa communauté en raison de son diagnostic de cancer. Beaucoup de patientes et patients, en particulier parmi les générations plus âgées, craignent de défier l'autorité. Par conséquent, il est impossible pour de nombreuses personnes plus âgées de poser des questions, de demander un deuxième avis ou de défendre leurs intérêts à quelque degré que ce soit.

- **Les obstacles à la littératie en santé.**
- **Les barrières de la langue.**

Les communautés mal desservies sur le plan structurel éprouvent de **la méfiance à l'égard du système de santé**. Il a été fait mention de nombreux facteurs intersectionnels et cumulatifs qui alimentent cette méfiance. **Le racisme est un facteur clé**. Il se manifeste entre autres par les stéréotypes; l'absence de changement dans les politiques en fonction des données probantes actuelles; et le manque de respect, d'engagement et de liens. **La fragmentation du système alimente également la méfiance**. Comme l'a dit l'une des personnes participantes, « la mauvaise qualité des soins continue d'alimenter les traumatismes intergénérationnels ». Une autre personne a ajouté que « les préjugés rendent les gens réticents ».

« la mauvaise qualité des soins continue d'alimenter les traumatismes intergénérationnels »

Plusieurs participantes et participants ont déclaré que les résultats de l'étude leur paraissaient « très exacts et pertinents... **Le système est fragmenté**, même dans la région du Grand Toronto. Les systèmes ne communiquent pas entre eux; on utilise encore des télécopieurs. Lorsque les patients arrivent jusqu'à nous [les prestataires de soins de santé], nous devons rétablir le lien de confiance, car ils sont frustrés par le système ». Ce sont différentes parties du système qui sont fragmentées, de sorte que, même pendant la phase d'examen, il peut s'écouler des mois entre les tests et certaines personnes sont oubliées pendant ces périodes d'attente. Comme l'a dit une personne travaillant comme médecin de famille auprès de communautés mal desservies sur le plan structurel : « Les cloisonnements causent des torts et des décès ». **Le fait qu'il est attendu qu'une personne doit défendre ses propres intérêts est un symptôme d'un système de soins de santé défaillant**. Pour pouvoir défendre ses intérêts, il faut avoir de l'agentivité, de la confiance en soi et du pouvoir, ce qui n'est pas toujours évident pour les membres des communautés qui font face à la discrimination et à l'oppression. Cette fragmentation se traduit également par « **une atteinte au caractère humain des personnes** ». Dans ce système fragmenté, les gens n'ont pas l'impression que l'on tient compte de leur entièreté et de la complexité de leur réalité. Le commentaire d'une personne participante illustre bien ceci : « Quand le cancer frappe à la porte, on ne laisse pas ses autres problèmes derrière soit ». Par exemple, certaines personnes autistes ne sont pas capables d'exprimer, de reconnaître et de nommer leurs symptômes, ce qui pose des obstacles supplémentaires dans leur processus d'obtention d'un diagnostic de cancer. Dans certaines communautés, le fait d'avoir un cancer est stigmatisé. Pour d'autres, les barrières de la langue rendent les soins non sécuritaires et non équitables. **Les mesures des résultats rapportés par les patients (MRRP)** qui intègrent des aspects pertinents de la vie des personnes (p. ex., le bien-être psychologique, la santé sexuelle, etc.) permettent d'inclure des aspects de leur vie qui sont importants pour elles et pour d'autres personnes comme elles, et d'ainsi atténuer cette tendance à minimiser leurs expériences.



- **Pour renforcer les liens et réduire la fragmentation, des équipes efficaces sont nécessaires dans tout le système, y compris au cours du processus de diagnostic. Ces équipes doivent également offrir des services de navigation et de soutien psychosocial. Elles doivent travailler de manière véritablement intégrée et être dotées d'un point de contact clair pour les patients et patientes. Les soins doivent être hyperlocalisés, adaptés à la culture et tenir compte des traumatismes afin de mieux servir les communautés mal desservies sur le plan structurel. Les aides relatives aux déterminants sociaux de la santé doivent être intégrées dans les soins médicaux, y compris le soutien financier aux personnes en situation de handicap, l'aide au logement, l'aide financière palliant une perte de revenu et l'aide financière pour les personnes qui n'ont pas les moyens de couvrir les frais associés à l'accès aux soins de santé dont elles ont besoin (par exemple, les frais d'examen, de déplacement, de garderie).**
- **Le « savoir communautaire », c'est-à-dire les connaissances partagées par les réseaux et les groupes communautaires, est puissant. Les mesures de soutien et les sources de connaissances communautaires doivent être intégrées de manière proactive aux soins médicaux.** Pour commencer, compte tenu de la prolifération des médecins en pratique individuelle, il suffirait que l'ensemble des prestataires de soins de santé primaires connaissent le répertoire des services à la communauté et en informent leur patientèle et les personnes proches aidantes pour qu'elles puissent aller chercher les aides communautaires nécessaires dès que le mot « cancer » est prononcé et qu'un examen est lancé.



- **Les soins de santé primaires peuvent être un obstacle à l'équité dans les diagnostics de cancers. Les modèles de soins de santé primaires axés sur le travail en équipe et l'équité, comme les centres de santé communautaires (CSC) sont une solution.** Les recommandations de ACC ne devraient pas insister sur la formation de prestataires de soins de santé primaires. Il faudrait plutôt que le système de santé aide les prestataires de soins de santé primaires à travailler selon leur formation, c'est-à-dire en équipe. Bon nombre de prestataires de soins de santé primaires souhaitent offrir de meilleurs soins, mais le système les en empêche. Les modèles de paiement à l'acte et de pratique individuelle ne devraient plus exister. Les modèles actuels de soins de santé primaires axés sur le travail d'équipe et l'équité (tels que les CSC en Ontario) sont confrontés à des obstacles systémiques, tels que des formules inadéquates et illogiques pour le financement des services offerts aux personnes non assurées (c.-à-d. que le montant du financement pour les personnes non assurées est déterminé en fonction du moment où l'organisation a été établie et non en fonction du nombre de personnes non assurées dont elle s'occupe). Par ailleurs, les CSC se voient facturer par d'autres prestataires les tarifs pour non-résidents (au lieu des tarifs provinciaux beaucoup plus bas) lorsqu'ils fournissent des services à des personnes non assurées, y compris des personnes réfugiées, ce qui réduit le nombre de personnes non assurées qui peuvent être servies. **Ce sont les résultats qui doivent déterminer le financement et les modèles de soins.**
- Enfin, il est urgent de se munir de **données ventilées** et de déployer des efforts considérables pour gérer les communautés mal desservies et travailler avec elles de manière à ce qu'elles aient des raisons de croire que leurs données sont utilisées pour les aider et non pour leur nuire. Les données doivent revenir aux communautés et les mesures des résultats rapportés par les patients (MRRP) et mesures de l'expérience rapportée par les patients (MERP) doivent être conçues en collaboration avec les communautés.



Thèmes - Avenir Équitable et Possibilités

La réalisation de conditions futures équitables concernant les diagnostics de cancers au Canada comprend ... des **systèmes de santé** qui :

- **sont flexibles et peuvent s'adapter** afin que les prestataires et les organisations puissent mieux travailler ensemble pour répondre aux besoins réels des gens au moyen de solutions ultralocales.
- adoptent une **approche ascendante de la justice sociale**, un engagement à comprendre que les efforts de justice sociale doivent être centrés sur les expériences des plus vulnérables afin de bénéficier à tout le monde.
- favorisent **l'intégration rapide des prestataires de soins de santé ayant suivi leur formation à l'étranger**.

... des **services de soins de santé** qui :

- **tiennent compte des traumatismes, de la transidentité et de la sécurité culturelle**.
- **vont à la rencontre des gens là où ils sont, sans préjugés ni stéréotypes**, notamment en fournissant des soins en milieu communautaire aux personnes qui ne peuvent pas se rendre dans un établissement de santé.
- sont **financés par l'État**, y compris tous les éléments qui rendent possible l'accès aux soins de santé, tels que les logements supervisés, les déplacements pour les soins, les ressources dans les régions rurales et éloignées, les services financés et accessibles pour les personnes non assurées.
- sont **basés sur le travail d'équipe** et incluent notamment **des pairs et des intervenants-pivots et intervenantes-pivots de la communauté**, des gestionnaires de cas et des travailleurs sociaux et travailleuses sociales. Les équipes de soins de santé primaires axées sur l'équité, culturellement sécuritaires et tenant compte des traumatismes, comme les CSC, doivent être accessibles et capables de répondre aux besoins des communautés mal desservies sur le plan structurel dans l'ensemble du Canada.
- sont **connectés** de manière à ce que les différentes parties du système puissent facilement communiquer (p. ex., les soins primaires, les services d'oncologie, les soins aux personnes trans, les services de santé mentale, les services aux personnes en situation de handicap, etc.) et que les ressources, les connaissances et les réseaux de la communauté soient mieux intégrés aux soins médicaux. Les réseaux de diverses aides communautaires sont en mesure de collaborer et de se faire connaître les uns les autres.

7. Concept de Dean Spade

- sont fournis, dirigés et administrés par **un personnel diversifié et des responsables bénévoles**.
- s'appuient sur **des protocoles de diagnostic du cancer et des voies d'accès** incluant les prestataires de soins primaires.
- fournissent de manière proactive des **services d'interprétation et de traduction** en cas de besoin.
- sont **équitable**s sur le plan numérique.

... le tout en s'appuyant sur **des données et des informations** qui :

- sont **ventilées en fonction de facteurs sociodémographiques**, tels que le genre, l'origine ethnique, le statut d'Autochtone, les capacités et la sexualité.
- renforcent la **confiance sociale** grâce à la **gouvernance communautaire**, à la **conception collaborative**, à **des utilisations qui permettent de déterminer et d'évaluer l'efficacité des solutions ultralocales adaptées en vue d'améliorer les résultats**, ainsi qu'à l'**application rapide des connaissances au sein des communautés**.
 - Une condition préalable à ce travail est le **renforcement des capacités** de toutes les personnes qui y participent, mais qui ne font pas partie de la communauté, **afin de les préparer** à apporter un soutien efficace.
- servent à la conception et à l'utilisation, sous la direction des communautés, **de MRRP, de MERP et de résultats pertinents au niveau du système (p. ex., le quintuple objectif [Quintuple Aim])** pour guider les décisions en matière de financement et de prestation de services.
- sont **accessibles au public**, ce qui permet une plus grande responsabilisation en ce qui concerne l'utilisation des données recueillies pour l'amélioration équitable des soins, des services et des systèmes.

Pour parvenir à un changement à long terme, il y a lieu de former « **un front uni. Nous avons besoin d'un plaidoyer transversal sur des questions communes afin qu'aucune partie prenante ne soit laissée pour compte** ».

« Nous avons besoin d'un plaidoyer transversal sur des questions communes afin qu'aucune partie prenante ne soit laissée pour compte. »

8. Nundy S, Cooper LA, Mate KS. The quintuple aim for health care improvement: A new imperative to advance health equity. JAMA. 2022;327(6):521-522.
<https://www.ihl.org/resources/publications/quintuple-aim-health-care-improvement-new-imperative-advance-health-equity>.

Prochaines étapes proposées

Les membres de ACC remercient sincèrement les participantes et participants qui ont pris le temps de faire part de leur expertise. Pendant les discussions en sous-groupes, plusieurs personnes ont généreusement raconté des histoires personnelles qui démontrent clairement les préjudices individuels et communautaires causés par les problèmes systémiques. Des solutions systémiques ont également été proposées. Malgré la diversité d'identités, d'expériences et de secteurs, plusieurs thèmes communs sont ressortis. Des dynamiques précises en matière d'équité, essentielles à l'amélioration du diagnostic précoce du cancer, ont été mises en lumière.

Pour les prochaines étapes, ACC mettra en œuvre en interne un plan d'humilité culturelle (voir annexe 2) pour l'ensemble de ses membres, qui sera également présenté à toutes les personnes nouvellement membres dans le cadre de leur processus d'intégration.

Voici trois étapes qui pourraient être entreprises avec des membres ou des groupes communautaires intéressés, auxquels ACC fournirait un soutien solide :

Prochaines étapes possibles

1

Réviser l'infographie de All.Can Canada sur l'état actuel, l'état futur et les recommandations afin de refléter ce qui a été appris lors de la Table ronde et de l'utiliser dans des efforts de mobilisation des connaissances conçus conjointement avec des responsables des décisions, des associations de prestataires et d'autres parties prenantes concernées dans l'ensemble du Canada;

2

Créer des « Pleins feux sur l'équité » (Equity Spotlights) qui présentent des histoires racontées par les participantes à la Table ronde à propos de préjudices subis au sein des systèmes de santé du Canada; analysent les problèmes systémiques; et offrent des solutions. Ils serviront également aux efforts de mobilisation des connaissances conçus conjointement avec des responsables des décisions, des associations de prestataires et d'autres parties prenantes concernées dans l'ensemble du Canada.

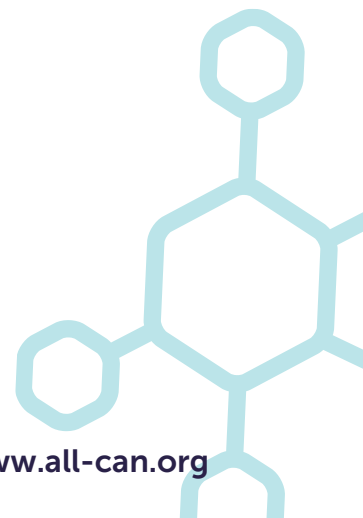
3

Inclure dans la stratégie de communication de ACC visant à rejoindre les prestataires de soins de santé primaires au Canada, la voix de médecins de famille et d'autres prestataires de soins de santé primaires travaillant auprès de communautés mal desservies sur le plan structurel, qui souhaitent prendre part aux discussions sur les défis et les possibilités entourant l'amélioration des diagnostics de cancers.

La question suivante est maintenant posée à l'ensemble des participants et participantes : **quelles étapes, selon vous, sont prioritaires? Souhaiteriez-vous participer à la direction des travaux, et ce, avec un soutien solide de la part de All.Can Canada?**

Le comité directeur de ACC recueillera les commentaires en vue d'établir l'ordre de priorité des prochaines étapes avec les membres et/ou les groupes des communautés mal desservies qui souhaitent participer, et veillera à ce que les ressources nécessaires soient affectées pour soutenir ces efforts.

Enfin, les participantes et participants intéressés à devenir membre du comité directeur ou de l'un des groupes de travail, ou à s'impliquer d'une autre manière (voir l'annexe 4 pour connaître la structure de gouvernance actuelle de ACC) sont priés d'envoyer un courriel à Taylor Tomko, à l'adresse suivante : all.can@saveyourskin.ca. Nous remercions sincèrement toutes les personnes qui ont déjà fait part de leur intérêt. Nous avons hâte de prendre contact avec vous.



Annexe 1 : Liste des participants et participantes

Cliff Ledwos	Access Alliance
Dre Gayathri Naganathan	Université de Toronto
Dre Robin Urquhart	CanPath, Dalhousie University
Dr Evan Taylor	Queering Cancer
Dre Paula Holmes-Rodman	Chercheuse indépendante, proche aidante, défenseure des droits des personnes atteintes de cancers ou de handicaps
Dre Aisha Lofters	Université de Toronto, St. Michael's, École de santé publique Dalla Lana
Michelle Audoin	Défenseure des intérêts des patients et collaboratrice
Cate Ahrens	Centre de santé communautaire Parkdale Queen West
Bee Lee Soh	Activiste en droit du logement et lutte contre la pauvreté
Ken Noel	Directeur général, Walnut Foundation
Anthony Henry	Président, Walnut Foundation
Vinesha Ramasamy	Expérience vécue, activiste
Cheryl Louzado	Partenariat canadien contre le cancer
Dre Xixi (Zhuxi) Gong	Centre de santé intercommunautaire de London
Atiqa Mohammad	Movember
Tara Bond	Alberta Health Services' Cancer Strategic Clinical Network
Nila « Amy » Devi	Expérience vécue, activiste

Participant·es n'ayant pas pu être présentes sur place, mais ayant fourni leurs commentaires par écrit :

Tomilola John	Women's Health in Women's Hands
Tameika Shaw	Centre de santé communautaire TAIBU

Annexe 2 : Plan d'humilité culturelle de All.Can Canada

À la suite de la Table ronde sur l'optimisation de l'équité dans les diagnostics de cancers au Canada, les membres du comité directeur et des groupes de travail de All.Can Canada suivront une formation sur l'humilité culturelle en vue d'acquérir des outils et des pratiques qui les aideront à s'engager de manière plus efficace et plus respectueuse auprès des populations structurellement mal desservies. Cette formation se fera sur une base volontaire et non obligatoire, mais nous donnerons la priorité aux membres de ACC qui auront suivi cette formation dans nos projets axés sur l'équité. Les coûts de la formation seront couverts par All.Can Canada. Ces formations et ces ressources seront offertes systématiquement à toutes les nouvelles personnes qui se joindront à ACC. Nous espérons que les membres de ACC mobiliseront leurs apprentissages non seulement dans leur travail avec ACC, mais aussi avec leurs équipes et leurs partenaires, et dans leurs pratiques de soins de santé.

En 2024, nous avons l'intention d'organiser trois formations différentes en séances de groupe par l'entremise des programmes suivants : Whiteness at Work, Trauma Informed Victim Advocacy (par Justice Clearinghouse) et Working Effectively with Indigenous Peoples (par Indigenous Corporate Training).

Nous avons également dressé une liste évolutive de ressources en ligne gratuites et de suggestions de livres à l'intention de nos membres. Les suggestions d'ajout à cette liste ou les commentaires sur son contenu sont toujours les bienvenus.

Annexe 3 : Résultats d'évaluation

Malheureusement, nous n'avons pas reçu suffisamment de réponses au sondage d'évaluation. Vous trouverez ci-dessous la réponse reçue.

1. Qu'est-ce qui résonne le plus en vous à la fin de l'événement (une question, une nouvelle idée, un sentiment)?

L'événement a été très stimulant. C'était un honneur pour moi de participer à ces discussions très importantes avec des personnes aussi passionnées et géniales.

2. Quels aspects de l'événement ont le mieux fonctionné pour vous? Pourquoi?

Les discussions en petits groupes étaient excellentes. J'ai également beaucoup aimé que les gens aient pu prendre le temps de partager leur histoire lors des présentations. Bravo aux responsables de l'organisation et de l'animation!

3. Quels aspects de l'événement ont le moins bien fonctionné pour vous? Pourquoi?

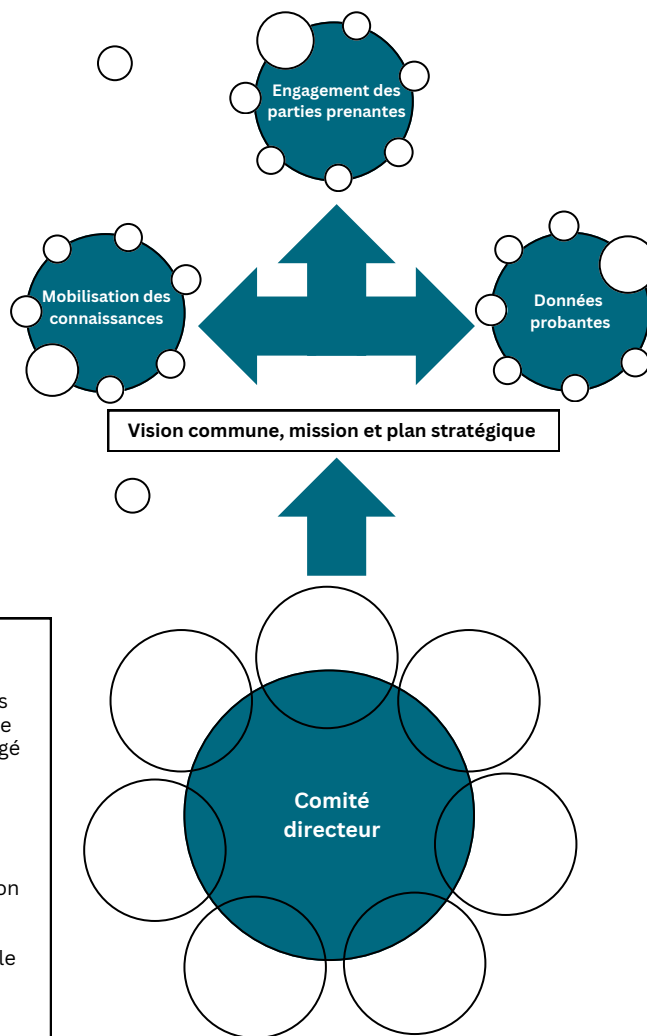
Hmm... je ne sais pas trop. J'ai vraiment aimé la journée. Vous avez fait du bon travail d'organisation.

4. Veuillez noter votre degré de satisfaction par rapport aux différents éléments de l'événement :

	Dissatisfied	Satisfied	Very Satisfied
Animation (plénière)			x
Animation (sous-groupes)			x
Horaire			x
Lieu			x
Traiteur			x
Communications avant la réunion			x
Matériel de préparation à la réunion			x

Annexe 4 : Structure de gouvernance de ACC

ÉCOSYSTÈME



STRUCTURES ET RÔLES :

Comité directeur : responsables stratégiques et champion·nes de ACC; comité multipartite et dirigé par des patient·es (réunions trimestrielles)

Groupes de travail : axés sur la mise en œuvre du plan d'action stratégique; créé et dissous selon les besoins et les occasions; responsables et président·es nommé·es conjointement avec le comité directeur (réunions au besoin, maximum une fois par mois)

Secrétariat : veille à l'établissement et à l'adaptation de la vision commune et du plan d'action stratégique; appuie les activités qui s'y rattachent; établit des mesures communes et une communication continue; favorise le sentiment d'appartenance et l'engagement au sein de l'écosystème; met de l'avant les politiques; et mobilise les ressources

GROUPES DE TRAVAIL :

Mobilisation des connaissances : communication des résultats de recherche aux organisations, à la population et aux gouvernements en vue de produire une incidence réelle, par exemple, sur les changements de politique ou sur les comportements professionnels

Engagement des parties prenantes : création et maintien de relations avec les personnes susceptibles d'être affectées par les recommandations de ACC ou d'influencer la mise en œuvre des conclusions et des recommandations de ACC

Données probantes : recensement des meilleures pratiques; soutien des efforts de changement de politique fondés sur des données probantes; et conduite d'initiatives de recherche, d'amélioration de la qualité et de gestion du rendement

MÉCANISMES DE SOUTIEN :

- Ententes simples (c.-à-d. les mandats)
- Leadership collaboratif par écosystème et partenariat avec les patient·es
- Secrétariat servant au soutien des fonctions principales

Annexe 5 : Commanditaires

Merci à tous les commanditaires de la Table ronde sur l'optimisation de l'équité dans les diagnostics de cancers au Canada de All.Can Canada. Vos généreuses subventions sans restriction ont permis de faire de cet événement un succès.

Merci à AstraZeneca de son soutien en nature pour le lieu de la réunion.



Nous remercions chaleureusement les autres commanditaires de All.Can Canada qui rendent nos efforts possibles tout au long de l'année.

