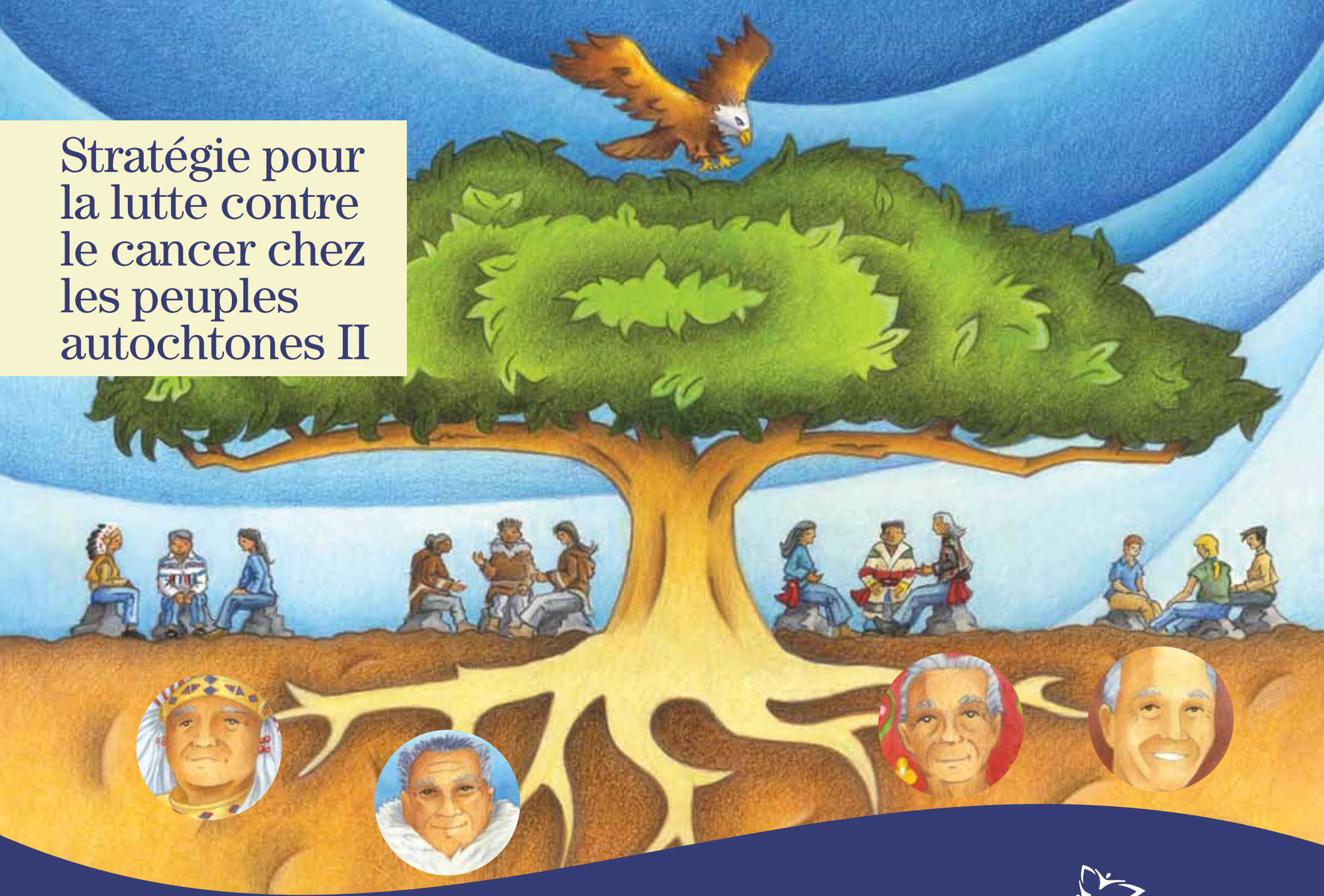


Stratégie pour la lutte contre le cancer chez les peuples autochtones II



Autorisation de reproduire

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

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

ISBN	978-1-4435-9650-3	Imprimé
ISBN	978-1-4435-9651-0	PDF

Données canadiennes de catalogage avant publication

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

Inclut des références bibliographiques.



Publié par Action Cancer Ontario

Action Cancer Ontario

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

Téléphone : 416.971.9800

www.cancercare.on.ca





Arbre de la paix

Il y a longtemps, à l'époque où les tribus étaient en guerre, un grand chef a déclaré : « Apportez vos armes de guerre. Nous allons creuser un grand trou, les y jeter toutes et les enfouir. »

« Là où nous enfouirons ces armes, nous allons planter un arbre de la paix. Nous apporterons ensuite des coussins pour nous asseoir sous l'arbre et nous consulter mutuellement. »

« Au dessus de l'arbre volera l'aigle, apportant des messages du créateur aux gens assis sous l'arbre. Lorsque les personnes assises sous l'arbre se consulteront, les racines de l'arbre enverront aux tribus des messages au sujet de l'arbre vert de la paix. »

Barney Batise, Aîné

La parabole de l'Arbre de la paix symbolise la convergence de nos trois peuples afin de faire le premier pas dans la voie de la guérison. Le quatrième groupe sous l'Arbre de la paix représente Action Cancer Ontario (ACO), les programmes régionaux de cancérologie et les partenaires non autochtones.

Les Premières Nations, les Inuits et les Métis participent à la Stratégie pour la lutte contre le cancer chez les peuples autochtones II (SCA II) parce qu'ils ont tous besoin de s'attaquer au grave problème que constituent le cancer et son incidence sur leur peuple. La SCA II existe seulement parce que les trois peuples se sont unis avec ACO. La stratégie nous permettra d'aborder des enjeux liés au cancer et de trouver des solutions sans pareilles et diversifiées pour assurer la guérison et la santé.



Remerciements

Dédicace

Cette publication est dédiée aux membres des Premières Nations, aux Inuits et aux Métis à qui elle s'adresse et dont la participation a joué un rôle primordial dans sa production.

Remerciements

Action Cancer Ontario remercie les dirigeants des peuples des Premières Nations, des Inuits et des Métis de l'Ontario de leur appui qui a joué un rôle primordial dans le travail effectué par le Service de lutte contre le cancer chez les Autochtones et ses programmes. Nous avons hâte de collaborer avec vous pour atteindre nos objectifs stratégiques.

(Note : Il y a eu plusieurs élections après la rédaction du rapport. Le grand chef de l'AIIA est maintenant Gord Peters et celui du Grand Conseil du Traité n° 3 est maintenant Warren White.)

Chef du Grand Conseil Patrick Madahbee, Union des Indiens de l'Ontario

Grand chef Stan Beardy, Nation nishnawbe-aski

Grande chef Denise Stonefish, Association des Iroquois et des Indiens alliés

Ogichidaakwe Diane Kelly, Grand Conseil du Traité n° 3

Chef Karen Loran, Nation Mohawk d'Akwesasne (Premières Nations autonomes)

Gary Lipinski, président, Nation des Métis de l'Ontario

Connie Siedule, directrice générale, Centre de santé familiale Tungasuvvingat Inuit

Organisations autochtones de la province

Sylvia Maracle, directrice générale, Fédération des centres d'amitié autochtones de l'Ontario

Betty Kennedy, directrice générale, Association des femmes autochtones de l'Ontario

Comité conjoint Action Cancer Ontario Peuples autochtones

Tony Jocko, analyste des politiques de santé, Union des Indiens de l'Ontario, North Bay (Ontario)

Julia Hill, analyste des politiques de santé, Association des Iroquois et Indiens alliés, London (Ontario)

David Pierce, analyste des politiques de santé, Nation nishnawbe-aski, Thunder Bay (Ontario)

Harmony Rice, analyste des politiques de santé, Grand Conseil du Traité n° 3, Kenora (Ontario)

Lyndia Jones, analyste des politiques de santé, Premières Nations autonomes, Nobel (Ontario)

Connie Siedule, directrice de la santé, Tungasuvvingat Inuit, Ottawa (Ontario)

Shelley Gonneville, gestionnaire, Initiative pour l'enfance et la famille, Nation des Métis de l'Ontario, Ottawa (Ontario)

Agnes Bachmann, analyste des politiques de santé, Association des femmes autochtones de l'Ontario, Dryden (Ontario)

Marilyn Morley, analyste des politiques de santé, Fédération des centres d'amitié autochtones de l'Ontario, Toronto (Ontario)

Carmen Blais, planificatrice de la promotion de la santé chez les Autochtones, Centre des sciences de la santé de Thunder Bay, Thunder Bay (Ontario)

D^{re} Amanda Hey, conseillère médicale, Hôpital régional de Sudbury, Sudbury (Ontario)

Lynda MacNiven, coordonnatrice principale, Société canadienne du cancer, Toronto (Ontario)

Salima Allibhai-Hussein, Société canadienne du cancer, Division de l'Ontario, Toronto (Ontario)

Action Cancer Ontario

Michael Sherar, président-directeur général

D^{re} Linda Rabeneck, vice-présidente, Prévention et lutte contre le cancer

Contrôle du cancer chez les Autochtones

Alethea Kewayosh, directrice

Usman Aslam, Contrôle du cancer du chez les Autochtones, Prévention et lutte contre le cancer

Eva D'souza, Contrôle du cancer chez les Autochtones, Prévention et lutte contre le cancer

Ernest Matton, ancien membre du personnel, Contrôle du cancer chez les Autochtones, Prévention et lutte contre le cancer

Communications

Paula Knight, vice-présidente

Deanna Blair, directrice, Affaires publiques

Stephanie Ryan-Coe, stratège principale des Communications, Prévention et lutte contre le cancer

Suriya Veerappan, conseillère en Affaires publiques, Prévention et lutte contre le cancer

Richha Arora, conseillère, Activités organisationnelles et communications internes

Comité des dirigeants provinciaux

Claudia den Boer Grima, vice-présidente régionale, Programme régional de cancérologie de Windsor, Windsor (Ontario)

Neil Johnson, vice-président régional, Centre régional de cancérologie de London (Ontario)

D^r Craig McFadyen, vice-président régional, Centre régional de cancérologie de Grand River, Kitchener (Ontario)

D^r Bill Evans, vice-président régional, Centre de cancérologie Juravinski, Hamilton (Ontario)

D^r Sheldon Fine, vice-président régional, Centre régional de cancérologie Carlo Fidani, Peel, Mississauga; Centre régional de cancérologie, Mississauga (Ontario)

D^r Andy Smith, vice-président régional, Centre de cancérologie Odette, Toronto (Ontario)

D^{re} Mary Gospodarowicz, vice-présidente régionale, Hôpital Princess Margaret, Toronto (Ontario)

D^r Louis Balogh, vice-président régional, Centre régional de cancérologie Stronach, Centre régional de santé Southlake, Newmarket (Ontario)

Tom McHugh, vice-président régional, Centre régional de cancérologie RS McLaughlin Durham, Oshawa (Ontario)

Brenda Carter, vice-présidente régionale, Centre régional de cancérologie du sud-est de l'Ontario, Kingston (Ontario)

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

Lindsey Crawford, vice-présidente régionale, Centre régional de cancérologie de Simcoe-Nord Muskoka, Barrie (Ontario)

Mark Hartman, vice-président régional, Centre de cancérologie du Nord-Est, Centre des sciences de la santé du Nord, Sudbury (Ontario)

Scott Potts, vice-président régional intérimaire, Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay, Centre régional de cancérologie de Thunder Bay (Ontario)

Comités/équipes/conseils sur la santé des PNIM

Association des Iroquois et Indiens alliés; Grand Conseil du Traité n° 3; Nation nishnawbe-aski; Union des Indiens de l'Ontario; Premières Nations autonomes; Tungasuvvingat Inuit; Nation des Métis de l'Ontario; Fédération des centres d'amitié indiens de l'Ontario; Association des femmes autochtones de l'Ontario

Province de l'Ontario

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Conseillers et contributeurs

Conseillers

Kirk Nylen, Institut ontarien de recherche sur le cerveau

Henneke Cats, présidente, Bridge Consulting Group Inc.

Données sur les facteurs de risque et analyse

Loraine Marrett, directrice, Surveillance, Prévention et lutte contre le cancer, Action Cancer Ontario

Diana Withrow, associée de recherche, Prévention et lutte contre le cancer, Action Cancer Ontario

Lindsay Stewart, associée de recherche, Prévention et lutte contre le cancer, Action Cancer Ontario

Planification et programmes régionaux

Judy Burns, vice-présidente intérimaire, Planification et programmes régionaux

Aînés

Barney Batise, aîné, Première Nation Matachewan

Susanne Singoorie, aînée inuite (interprète : Dennis Nakoolak)

Roland St. Germain, aîné métis

Experts des soins de santé

D^{re} Annelind Wakegijig, Wikwemikong

D^{re} Janet K. Smylie, scientifique chercheuse, Hôpital St. Michael's

D^r Indu Bala Gambhir, Ottawa

Janine King, infirmière praticienne, Centre de santé communautaire Chigamik, Midland (Ontario)

Lana Ray, directrice, Politiques et recherche, Association des femmes autochtones de l'Ontario

Survivants du cancer

Michele A. Charlebois

Donna Day, Première Nation de Bkejwanong

Wilson Plain Sr., Première Nation Aamjiwnaang

Gestion des activités

Tuesday Johnson-MacDonald, présidente, TAP Resources

Création

Rédactrice : **Chris Mercer**, présidente, Adhawk Communications Inc.

Cartes : **Todd Norwood**, gestionnaire, Analyse des données géospatiales, Action Cancer Ontario

Conception : **Adhawk Communications Inc.**

Illustration : **Graham Ross**

Action Cancer Ontario doit fournir des services de cancérologie aux peuples autochtones. Nous cherchons à réduire le nombre de personnes qui reçoivent un diagnostic de cancer et veillons à ce que les patients reçoivent de meilleurs soins à toutes les étapes du parcours.

Action Cancer Ontario planifie et coordonne les services de cancérologie dans toute la province. Nous visons à prévenir le cancer au départ en préconisant des habitudes de vie saines et à le détecter au stade précoce par des services de dépistage et de détection. Beaucoup de professionnels de la santé, d'organisations et de groupes qui interviennent dans la prévention et le traitement du cancer nous aident.

Les programmes régionaux de cancérologie de toute la province sont nos partenaires les plus importants. Les réseaux régionaux regroupent les centres régionaux de cancérologie et les intervenants, y compris les groupes de patients, ainsi que les professionnels et les organisations du secteur de la santé qui interviennent dans la prestation de services de prévention, de dépistage, de diagnostic et de traitement du cancer.

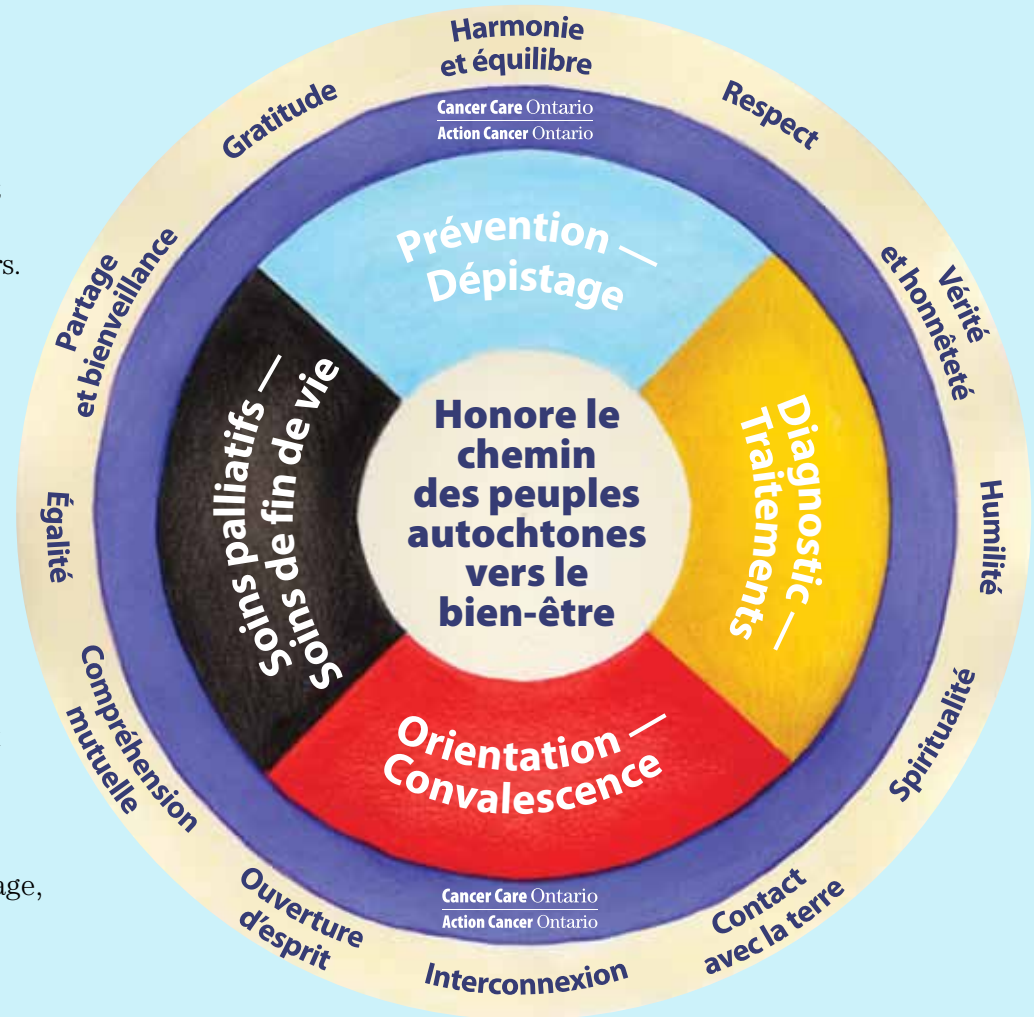


Table des matières

Être à l'unisson	1
Créer un meilleur système de cancérologie pour les Autochtones	2
Premiers peuples	3
Premières Nations	4
Inuits	9
Métis	10
Rétablir notre santé	13
La voie autochtone du mieux-être	13
Stratégie pour la lutte contre le cancer chez les peuples autochtones II	14
Notre stratégie de renouvellement	16
Priorité stratégique 1 : Établir des relations productives	16
Priorité stratégique 2 : Recherche et surveillance	18
Priorité stratégique 3 : Prévention	20
Priorité stratégique 4 : Campagne éclair de dépistage	22
Priorité stratégique 5 : Soins de soutien	24
Priorité stratégique 6 : Éducation	26
Pourquoi nous avons besoin d'une Stratégie pour la lutte contre le cancer chez les peuples autochtones	28
Inégalité sociale et économique	28
L'inégalité en santé	28
Qu'est ce qui augmente ou diminue le risque de cancer?	29
Premières Nations	30
Inuits	34
Métis	38
Nos partenaires	41
Carte de l'Ontario autochtone	44





Être à l'unisson

« Nous devons être à l'unisson face aux quatre orientations. Tant que nous ne serons pas à l'unisson, nous ne pourrons comprendre complètement... Le Créateur ne répondra pas tant que vous ne serez pas à l'unisson, tout comme si vous étiez une seule personne. »

William Commanda, Ojshigkwanàng, Anishinàbe

Pour aborder le cancer à l'unisson, il faut commencer par reconnaître que le cancer traite tous ceux qui l'ont de la même façon : Premières Nations, Inuits, Métis (PNIM) et non-Autochtones. Or, tandis que les taux de cancer diminuent chez les non-Autochtones, ils sont à la hausse chez les Autochtones de l'Ontario. Pour nous attaquer au cancer, nous devons agir à l'unisson, reconnaissant que la diversité des PNIM – vos langues, traités, institutions culturelles et politiques sans pareils – peuvent aussi catalyser l'unification.

Ce document renouvelle la Stratégie pour la lutte contre le cancer chez les peuples autochtones d'Action Cancer Ontario – renouvellement renforcé par la diversité des PNIM et par les relations entrelacées dans toute la province. Les dirigeants autochtones de l'Ontario et Action Cancer Ontario (ACO) ont élaboré ensemble la Stratégie pour la lutte contre le cancer chez les peuples autochtones II en partageant leur savoir et leur vécu. Il s'agit là d'une étape importante du cheminement des Autochtones vers la santé et la guérison.

Chaque voyage commence par la compréhension, le cheminement vers la santé aussi. C'est seulement après être parvenus à établir un l'équilibre entre les aspects

spirituels, physiques, affectifs et mentaux du soi que nous pourrons instaurer la santé et le mieux-être pour les personnes, les familles et notre collectivité. Personne d'entre nous n'est toutefois seul.

Je m'engage personnellement à appuyer l'Unité des Autochtones d'Action Cancer Ontario et les dirigeants autochtones de la province qui ont contribué à l'élaboration de la Stratégie pour la lutte contre le cancer chez les peuples autochtones II (SCA II). Action Cancer Ontario collaborera avec vous pour réaliser les six priorités stratégiques portant sur la prévention, le diagnostic et le traitement du cancer chez les membres des Premières nations, les Inuits et les Métis, ainsi que dans les collectivités de l'Ontario.

Nous visons à réduire le nombre de nouveaux cas de cancer et à permettre aux personnes qui ont le cancer de vivre plus longtemps et d'avoir une meilleure qualité de vie.

La SCA II constitue un volet de la stratégie plus générale du Plan de lutte contre le cancer III. En collaborant avec les programmes régionaux de cancérologie, les centres de la santé autochtone, les organisations d'intervenants et vous, nous pourrons faire une différence.

Michael Sherar

Le président-directeur général,

Michael Sherar



Chef et Conseil en compagnie de Michael Sherar et du groupe qui a visité Sandy Lake (le 26 mai 2011)



Créer un meilleur système de cancérologie pour les Autochtones

L'élaboration de cette deuxième Stratégie pour la lutte contre le cancer chez les peuples autochtones a constitué un parcours en soi. En cours de route, j'ai eu le privilège de rencontrer d'autres personnes qui effectuaient le même parcours et de m'entretenir avec elles. Leur sagesse et leurs idées m'inspirent et me donnent espoir. Ce rapport constitue toutefois une étape seulement du parcours des Autochtones vers la guérison.

J'espère que la Stratégie pour la lutte contre le cancer chez les peuples autochtones II redonnera aux peuples des PNIM leur compréhension inhérente de ce parcours. Nous reconnaissons que nous devons connaître davantage le cancer et apprendre à mieux le gérer et le prévenir. À cette fin, nous devons conjuguer nos efforts et optimiser l'utilisation des ressources et des services disponibles, spécialement au moment où nous cherchons à déterminer les meilleures façons d'avancer face aux nombreux défis sans pareils qu'il faut relever au cours du cheminement vers la santé et le mieux-être des PNIM. Je précise à Action Cancer Ontario (ACO) et à ses nombreux organismes partenaires et électeurs que j'espère que ce rapport aidera toute la population de l'Ontario à comprendre à la fois les défis sans pareils que doivent relever les peuples des PNIM et leurs origines distinctes, ainsi que la nécessité de collaborer sur un pied d'égalité avec les dirigeants et les structures de gouvernance des PNIM.

L'atteinte des priorités décrites dans la SCA II peut améliorer les résultats en matière de santé et de qualité de vie pour les membres des peuples des PNIM qui vivent avec le cancer. Cela n'est toutefois possible que si nous collaborons et si nous avons une vision mutuelle de la façon de rendre le système de cancérologie en Ontario plus efficace et à l'écoute des enjeux et des besoins des PNIM.

ACO est déterminé à réaliser cette vision. Nous reconnaissons l'importance cruciale de la participation et du dialogue direct soutenus et continus avec chacune des organisations autochtones provinciales qui représentent les PNIM.

En maintenant une relation bidirectionnelle ouverte et respectueuse avec les groupes et les peuples des PNIM, ACO démontre son engagement sincère de relever les défis et les enjeux cruciaux auxquels font face les PNIM sur le plan du contrôle et de la prévention du cancer.

Chaque priorité stratégique décrite dans la SCA II s'appuie sur l'assise créée dans la version initiale de la Stratégie pour la lutte contre le cancer chez les peuples autochtones. Ces priorités reconnaissent toutefois aussi d'importantes leçons retenues. Le Service de lutte contre le cancer chez les Autochtones d'ACO procédera à une vérification et produira un rapport sur les progrès réalisés en fonction de résultats quantifiables. Nous continuerons de collaborer de près avec les groupes des PNIM afin d'instaurer une amélioration progressive.

Nous avons hâte de collaborer avec les peuples des PNIM pour relever avec force et espoir le défi posé par le cancer, en instaurant un système de cancérologie peu performant produisant de meilleurs résultats pour la santé chez les peuples des PNIM de tout l'Ontario.



La directrice, Lutte contre le cancer chez les Autochtones,

Alethea Kewayosh

Premiers peuples

L'Ontario héberge un groupe diversifié de Premières Nations, d'Inuits et de Métis, souvent appelés collectivement peuples autochtones. La province compte plus d'Autochtones que toute autre au Canada, soit 242 490, ce qui représente 2 % de la population de la province¹. Sur ce total, Statistique Canada dénombrait 123 595 Indiens inscrits ou de droit en 2006, dont environ la moitié vivaient dans des réserves et l'autre moitié, hors réserve.

La population autochtone de l'Ontario est jeune et augmente. Statistique Canada s'attend à ce qu'elle compte au total quelque 267 700 habitants en 2017.

Beaucoup de membres des PNIM vivent en milieu urbain. En fait, Toronto compte une des plus importantes populations autochtones au Canada. Sur les 133 collectivités des Premières Nations de l'Ontario, 95 sont toutefois situées en région rurale ou éloignée, ou sont accessibles par avion seulement. Les Inuits et les membres des Premières Nations sont les plus susceptibles de déménager en milieu urbain pour y trouver logement ou emploi, mais beaucoup reviennent par la suite dans leur collectivité d'origine.



Premières Nations

Les peuples des Premières Nations sont les premiers propriétaires de ces terres. Aujourd'hui, l'Ontario compte 133 Premières Nations distinctes soit les suivantes : Algonquin, Mississauga, Ojibway, Cri, Odawa, Pottowatomi, Delaware et Haudenosaunee (Mohawk, Onondaga, Onoyota'a:ka, Cayuga, Tuscarora et Seneca) et chacune des nations a sa langue et ses coutumes propres. L'Algonquien (Ojibway, Cri et Oji-Cri) et l'Iroquois sont les langues autochtones les plus parlées.

Le nombre absolu de membres des peuples des Premières Nations vivant dans des réserves ou hors réserve n'est pas clair. Statistique Canada regroupe l'ensemble des PNIM et son estimation selon laquelle 70 % des Canadiens autochtones vivant hors réserve inclut les Inuits et les Métis, qui n'ont pas de réserve. Selon le Registre des Indiens inscrits d'Affaires autochtones et Développement du Nord Canada (AADNC), quelque 51 % des membres des Premières Nations vivent dans des réserves et 49 % vivent ailleurs.

À l'unisson

Grand chef Stan Beardy

« Le cancer est à la hausse chez les membres des Premières Nations. Il faut que les deux ordres de gouvernement s'y attaquent. Le gouvernement fédéral doit se concentrer sur la détection précoce de cancers possibles chez les membres des Premières Nations en milieu éloigné. Les chefs doivent donner une impulsion politique pour s'assurer que l'on aborde la question. »

Nation nishnawbe-aski

Organisations politiques et leadership

Chefs de l'Ontario – Chef régional Angus Toulouse

Organisme créé en 1976 par 133 collectivités des Premières Nations afin de permettre aux dirigeants politiques de discuter des priorités régionales, provinciales et nationales touchant les membres des Premières Nations en Ontario et de présenter une voix unifiée en la matière.

Nation NishnawbeAski (NNA) – Grand chef Stan Beardy

Créée en 1973 comme organisme régional représentant les intérêts politiques, sociaux et économiques de la population du Nord de l'Ontario, la NNA représente 49 collectivités des Premières Nations.



Union des Indiens de l'Ontario – Chef du Grand Conseil Patrick Madahbee

La Nation Anishinabek a constitué en société l'Union des Indiens de l'Ontario (UIO) comme secrétariat en 1949. L'UIO est un représentant politique de 42 Premières Nations membres en Ontario.

Grand Conseil du Traité n° 3 – Grande chef Diane Kelly

Le Grand Conseil du Traité n° 3 constitue le gouvernement historique de la Nation Anishinaabe et représente 26 Premières Nations du Nord-Ouest de l'Ontario et deux du Manitoba. Leur traité remonte à 1873.

Association des Iroquois et Indiens alliés – Grande chef Denise Stonefish

Établie en 1969 pour représenter ses huit nations membres dans toute négociation ou consultation avec tout ordre de gouvernement touchant le mieux-être des nations membres dans l'ensemble.

Premières Nations indépendantes

Ces 12 Premières Nations indépendantes collaborent au besoin dans des grands dossiers d'intérêt fondamental tout en respectant leur autonomie respective.

Premières Nations sans affiliation

Certaines Premières Nations ne sont affiliées à aucune des organisations énumérées.



À l'unisson

Chef du Grand Conseil Patrick Madahbee

« Il faut que tous nos gens qui constituent les maillons de la chaîne de commandement des Premières Nations, nos dirigeants, les travailleurs des Premières lignes et chacun tirent dans la même direction – il faut dire à nos gens combien il est important de se soumettre à un examen et de mener une vie qui ne contribue pas aux problèmes de santé que nous avons dans nos collectivités. Nous devons créer une nouvelle norme dans nos collectivités. »

Union des Indiens de l'Ontario



À l'unisson

Grande chef Diane Kelly

« Il est possible de vaincre le cancer et de le traiter. Nos gens doivent savoir comment le prévenir et agir plus proactivement. Il faut lancer rapidement une grande campagne d'éducation et de sensibilisation dans nos écoles et à tous les niveaux de nos collectivités. »

Grand Conseil du Traité n° 3



À l'unisson

Grande chef Denise Stonefish

« Le cancer est diagnostiqué trop tard chez les membres de nos Premières Nations. Il faut le diagnostiquer plus tôt. Le manque d'éducation constitue un grand défi. Nous ne reconnaissons pas les symptômes, nous ne savons rien avant qu'il soit trop tard. C'est seulement parce que nous n'avons pas eu la chance de consulter un médecin régulièrement, ou que nous ne la saisissons pas. Plus une personne est informée et plus elle est instruite, plus elle peut prendre des décisions bonnes pour la santé. »

Association des Iroquois et Indiens alliés



À l'unisson

Chef Karen Loran

« L'éducation et la sensibilisation, les ateliers, la formation, les conférences et la radio jouent un rôle primordial lorsqu'il s'agit d'aider les Premières Nations à faire face au cancer. Il faut simplement faire passer le mot. Pour la famille, que faire si un des membres de la famille reçoit un diagnostic de cancer? Comment préparer vos êtres chers et vous préparer vous-même? Quelles sont les ressources qui existent? S'agit-il d'une maladie qu'il est possible de vaincre? Il faut faire passer le mot dans la collectivité. »

Premières Nations indépendantes





Inuits

Plus de 2 000 Inuits vivent en Ontario, surtout dans la région d'Ottawa. Les Inuits ne sont pas originaires de l'Ontario et y sont arrivés en provenance des territoires éloignés du Nord. Comme les autres populations autochtones, les Inuits de l'Ontario sont jeunes et leur nombre augmente. En 2006, environ 34 % des Inuits de l'Ontario avaient moins de 15 ans.

Les Inuits émigrent vers des villes du sud comme Ottawa pour de nombreuses raisons. Certains y viennent pour chercher du travail, poursuivre des études, chercher un logement, ou pour des raisons de santé. Il y a pénurie aiguë de logements dans les collectivités de l'Arctique. Dans certains cas, des Inuits qui déménagent à Ottawa finissent par y être itinérants, ce qui est ironique.

Sur le plan statistique, les Inuits ont tendance à se situer entre les Premières Nations et les Métis pour l'éducation, l'emploi et le revenu. Par exemple, le revenu personnel annuel moyen des Inuits (28 000 \$) est légèrement inférieur à celui des Métis et plus élevé que celui des membres des Premières Nations (29 000 \$ et 24 000 \$ respectivement). Le taux de chômage, fait exception : il est légèrement plus élevé (15 %) chez les Inuits que chez les membres des Premières Nations.

Processus organisationnel : le Tungasuvvingat Inuit

Les Inuits ne se structurent pas de la même façon que les Premières Nations ou les Métis. Ils ont plutôt créé des institutions qui s'intéressent aux enjeux sanitaires et socioéconomiques des Inuits vivant à Ottawa. La plus importante de ces entités, le centre Tungasuvvingat Inuit, offre des programmes portant sur les enjeux culturels, sanitaires et socioéconomiques, y compris des programmes de conseils et d'emploi.



À l'unisson

**Susanne Singoorie, aînée;
interprète, Dennis Nakoolak**

« Lorsque j'étais plus jeune, nous savions qu'il y avait des maladies dans nos collectivités et aujourd'hui, j'en vois d'autres dans la collectivité inuite. C'est ce qui me fait réaliser comment les personnes étaient touchées à l'époque. Lorsqu'une personne recevait un diagnostic de cancer, elle semblait mourir assez rapidement.

Il est logique pour les Premières Nations de parler de mauvais esprit parce que la maladie gruge une partie du corps. On nous a appris à ne pas manifester notre douleur parce que si nous le faisons, nous demandons la douleur nous-mêmes. C'est comme si j'avais un mal de tête et je demandais à celui-ci de vous envahir. Lorsque nous étions jeunes, nous avons appris à ne pas dire que nous avions mal au dos parce que le mal réapparaît chez vous. C'était le mode de vie inuit. »





Métis

Le terme Métis désigne généralement les descendants de personnes issues de relations entre femmes indiennes et hommes européens. Les Métis ont toujours été sous-représentés dans la recherche parce que contrairement à d'autres groupes autochtones, il n'est pas aussi facile de les identifier en fonction de leur lieu de résidence.

Créée en 1993, la Nation des Métis de l'Ontario (NMO) est la principale entité représentative des Métis en Ontario. La NMO tient le seul registre des Métis reconnu en Ontario. Presque le tiers des Autochtones de l'Ontario sont des Métis. Il y a aujourd'hui beaucoup plus d'Ontariens qu'auparavant qui se considèrent comme des Métis : 73 605 comparativement à 48 340 en 2001. Les Métis vivent pour la plupart (72 %) dans des régions urbaines.

Les demandes d'inclusion au registre de la NMO sont fondées sur l'autodéclaration et la descendance. L'inscription est volontaire et exige des preuves généalogiques de l'existence d'un ancêtre métis. Un sous-ensemble seulement des personnes qui s'autodéclarent métisses est inscrit au registre provincial.

Leadership

Président Gary Lipinski

Fondée en 1993, la Nation des Métis de l'Ontario (NMO) représente les aspirations, les droits et les intérêts collectifs des Métis et des collectivités métisses de l'Ontario. La NMO a une structure de gouvernance provinciale démocratique. Les citoyens métis choisissent leurs dirigeants provinciaux et régionaux aux quatre ans en votant dans le cadre d'élections provinciales.



À l'unisson

Président Gary Lipinski

« Un peu comme toutes les autres personnes qui vivent dans des collectivités rurales et plus petites, des Métis vivent là où ils n'ont tout simplement pas accès à des professionnels ou des services. C'est pourquoi il faut les aiguiller vers un spécialiste (et ils doivent parcourir de grandes distances pour le consulter). Lorsque le diagnostic est confirmé, les gens doivent quitter leur collectivité pendant le traitement ou faire l'aller-retour. Je ne suggère pas d'établir des installations complètes de traitement du cancer dans chacune de nos collectivités de la province. Nous devons être conscients de la réalité et de nos limites en l'occurrence. Ce que nous pouvons faire toutefois, c'est améliorer ces expériences pour les patients en les appuyant davantage. »

Nation des Métis de l'Ontario



À l'unisson

Michele A. Charlebois

« Lorsqu'on lutte contre le cancer, c'est un monde totalement différent – il faut traiter avec des hôpitaux, des médecins, des groupes d'entraide, notamment. Il y a beaucoup de peur, la peur de l'inconnu avant de savoir. Pour moi, ce fut une période de solitude, mais je ne sais pas comment améliorer cette étape du cheminement. En ce qui concerne mes traitements et les soins que j'ai reçus, les médecins ont fait un travail merveilleux.

Je me suis tout simplement levée un matin en me disant que c'était assez! Que je devais simplement avoir une attitude positive, me lever et faire ce que j'avais à faire et tout simplement aller de l'avant. Il suffit simplement de vous encourager à cet égard. Je mange plus santé, je marche beaucoup et mes choix alimentaires sont souvent constitués de fruits et légumes et de sautés – et non pas d'aliments gras. Il faut quand même se payer la traite de temps à autre, mais le cancer entraîne un changement de vie, c'est certain. »



À l'unisson

Janine King, travailleuse de la santé

« Je pense que l'éducation offerte par leurs propres membres serait plus bénéfique pour eux. Je pense qu'ils y trouveraient davantage de confiance. Ce serait vraiment bien que quelqu'un qui a ces connaissances les aide à franchir ces périodes difficiles. Ce sont des gens avec qui il est tout simplement merveilleux de travailler. Leur compassion pour leurs concitoyens et les membres de leur famille fait vraiment chaud au cœur lorsque l'on travaille avec eux. Ils sont très dévoués envers leur famille. Ils sont très pacifiques et très réceptifs, et c'est le cercle de la vie. Une chose qu'ils ont faite, c'est qu'ils ont toujours ouvert la fenêtre après le passage de quelqu'un pour laisser sortir les esprits. Ils ont vraiment une très belle façon d'agir à cet égard. Ils semblent tous accepter ce qui arrive. »





Rétablir notre santé

Vision

Améliorer le rendement du système de cancérologie avec les peuples des PNIM de l'Ontario et pour eux d'une façon qui honore le cheminement autochtone vers le mieux-être.

Les tendances du cancer diffèrent considérablement entre la population autochtone et la population générale de l'Ontario. L'incidence du cancer est à la hausse dans la population autochtone et les taux de survie du cancer y sont moins bons que dans le cas des autres Ontariens, ce qui démontre le besoin d'une stratégie précise de lutte contre le cancer afin de casser ces tendances.

Les cancers ne sont pas les seules maladies d'intérêt. Des taux élevés de diabète et de maladies rénales écrasent aussi les PNIM. Toutes ces maladies sont évitables et ont en commun des facteurs de risque « modifiables » – soit des habitudes personnelles qu'il est possible de changer. Par exemple, les Autochtones de l'Ontario fument beaucoup plus que les non-Autochtones. La réduction du taux de tabagisme pourrait à elle seule diminuer considérablement le risque de cancer et d'autres maladies.

La **Stratégie pour la lutte contre le cancer chez les peuples autochtones II** (SCA II) trace un plan clair à suivre pour réduire le risque et prévenir le cancer de 2012 à 2015. Elle reconnaît les défis auxquels font face les Autochtones de l'Ontario et offre à la fois les outils et le contrôle nécessaires pour instaurer le changement.

La voie autochtone du mieux-être

Action Cancer Ontario vise à améliorer le rendement du système de cancérologie avec les Autochtones de l'Ontario et pour eux d'une façon qui honore la voie autochtone du mieux-être. Les étapes de ce cheminement sont les suivantes :

1. Santé en équilibre
2. Mieux-être – à la fois affectif et spirituel
3. Choix actif
4. Approche holistique
5. Compréhension des causes profondes
6. Responsabilité collective et personnelle

Première étape : Participation

Cette **Stratégie pour la lutte contre le cancer chez les peuples autochtones II** s'appuie sur deux sources de sagesse : les conseils donnés par les dirigeants, les aînés, les travailleurs de la santé et les survivants du cancer des PNIM et les vastes connaissances et la grande expérience des professionnels de santé d'Action Cancer Ontario (ACO).

Depuis 2009, la directrice de la lutte contre le cancer chez les Autochtones de l'ACO, Alethea Kewayosh, établit des liens avec les dirigeants et les collectivités des Premières Nations, des Inuit et des Métis afin de mieux comprendre leurs problèmes et leurs besoins dans le domaine de cancérologie. M^{me} Kewayosh anime aussi une réunion annuelle du Comité conjoint d'Action Cancer Ontario pour la lutte contre le cancer chez les peuples autochtones (CACOPA) qui compte des représentants des neuf organisations autochtones de la province. Outre les activités du CACOPA, les contacts directs avec les groupes des PNIM guident l'élaboration et la mise en œuvre par ACO de la Stratégie pour la lutte contre le cancer chez les peuples autochtones.

Plan de lutte contre le cancer III en Ontario

ACO vise à fournir aux gens les connaissances dont ils ont besoin pour prendre des décisions éclairées au sujet de leurs soins. Le Plan de lutte contre le cancer III (PLCO III) d'ACO constitue le guide du système de cancérologie de l'Ontario. Le PLCO III se concentre sur la maîtrise du cancer du point de vue du patient et est dicté par la nécessité de garantir la qualité dans tout le système. Grâce à ce plan, ACO :

- renforcera son approche de la maîtrise du cancer axée sur le patient;
- continuera d'améliorer la qualité du système;
- fournira aux personnes les connaissances dont elles ont besoin pour prendre des décisions éclairées sur leurs soins.

La SCA II constitue un produit à livrer dans le contexte de la priorité stratégique du PLCO III qui vise la réduction des risques : Mettre au point et appliquer une approche convergente pour réduire le risque de cancer.

Vous pouvez lire le plan à l'adresse suivante :
<http://ocp.cancercare.on.ca>

Le Plan de lutte contre le cancer III indique qu'il est urgent de réduire les cancers évitables dans la population autochtone.

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

Les réalisations survenues en 2004 et 2009 constituent des étapes importantes dans notre parcours visant à créer le meilleur système de cancérologie pour les Premières Nations, les Métis et les Inuits de l'Ontario – mais il reste encore beaucoup à faire. La version renouvelée de la Stratégie pour la lutte contre le cancer chez les peuples autochtones doit dépasser la prévention et le dépistage du cancer et s'étendre à tout le continuum des soins.

Tiré de l'évaluation de la SCA I en 2009.

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

Le Service de lutte contre le cancer chez les Autochtones d'ACO a établi des contacts directs avec des groupes des PNIM de la province tout en visant clairement à respecter leurs structures de gouvernance et les protocoles pertinents. Au cours de la période d'élaboration, la directrice a écouté attentivement leur suggestions, leurs préoccupations et leurs conseils. Grâce à cette approche basée sur les contacts directs, ACO comprend mieux les problèmes et les besoins des PNIM dans le domaine de la cancérologie et l'organisme est déterminé à améliorer la capacité de l'Ontario de s'attaquer au contrôle du cancer chez les PNIM.

La SCA II s'appuiera aussi sur l'assise jetée par la Stratégie pour la lutte contre le cancer chez les peuples autochtones I (2004 2009), y compris la Stratégie antitabac pour les peuples autochtones, ainsi que les programmes de dépistage du cancer et d'alimentation santé. En collaboration avec les PNIM, ACO rendra ces programmes plus adaptés sur le plan culturel, efficaces et économiques.

À l'unisson

Sylvia Maracle (SkonaganhIh:ra)

« Comme on diagnostique de plus en plus de cas de cancer, il en découle une migration forcée accrue vers les zones urbaines, que ce soit pour obtenir des services ou de l'aide. Il s'ensuit que nous devons tous mieux coordonner la situation et en parler. Je sais que les personnes chargées de la stratégie d'Action Cancer Ontario prévoiront ces échanges et encourageront le début de la collaboration, de la confiance et de l'entraide. Je vois ces éléments prendre de la force à la suite des initiatives que vous prenez. »

Territoire Tyendinaga Mohawk

SCA II : Un engagement

La SCA II aidera le système de cancérologie à mieux fonctionner pour les membres des PNIM. Il suivra le cheminement autochtone vers le mieux-être en appliquant ces principes :

Assise communautaire

Faire une différence au niveau de la collectivité et être responsable envers celle-ci.

Approche holistique

Adopter une approche autochtone traditionnelle de la santé en respectant les besoins physiques, psychologiques,

affectifs, spirituels et culturels de la personne, de la famille et des collectivités.

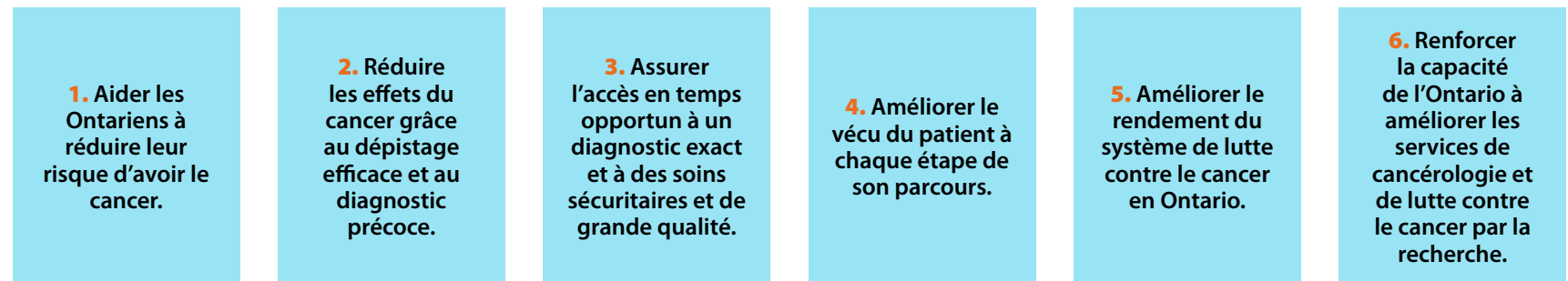
Adaptation culturelle

Travailler en harmonie avec nos collectivités diverses sur le plan culturel en tenant compte de la vue du monde qu'ont les Autochtones et en attachant de la valeur au savoir et aux biens de la collectivité.

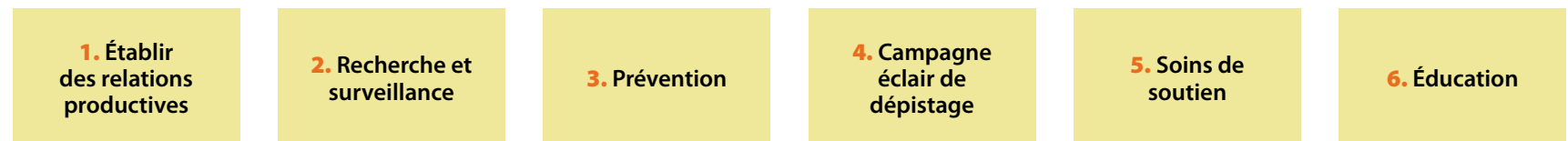
Inclusivité

Respecter les personnes d'abord et solliciter les interventions des peuples autochtones et les écouter.

Objectifs du Plan de lutte contre le cancer III



Priorités stratégiques de la SCA II



Les priorités de la Stratégie pour la lutte contre le cancer chez les peuples autochtones II appuient le Plan de lutte contre le cancer III (PLCO) global. Chaque priorité n'est pas harmonisée directement avec un des six objectifs du PLCO III.



NOTRE STRATÉGIE DE RENOUVELLEMENT

Priorité stratégique 1 : Établir des relations productives

La voie : La santé en équilibre

« Je veux aider les participants à retrouver la beauté et l'harmonie dans leur vécu. Il y a souvent un lien entre le rétablissement de l'équilibre et de l'harmonie et l'amélioration de l'état physique et affectif. »

D^r Lewis Mehl-Madrona, médecin américain autochtone de réputation internationale et chef de file de la médecine complémentaire/globale

Structurer et enchâsser les structures de communication et de participation des PNIM nécessaires pour réussir.

Appuyer l'objectif du PLCO III : Améliorer le rendement du système de lutte contre le cancer en Ontario

Le défi

La constitution du Canada reconnaît trois peuples autochtones – les Indiens, les Métis et les Inuits et leurs droits ancestraux ou issus de traités existants. Pour collaborer à la solution de problèmes de santé, il faut mobiliser avec respect les peuples autochtones en fonction de la relation originale entre nations qui repose sur une assise de confiance et de prise de décision en commun. Souvent, cela ne s'est malheureusement pas passé ainsi. C'est pourquoi ACO attache une importance primordiale à la participation des dirigeants des PNIM à la rédaction de la SCA II. ACO continuera de mettre à contribution les dirigeants des PNIM et leurs interlocuteurs afin de faire avancer comme partenaires la mise en œuvre de la SCO II.

Objectifs – d'ici 2015

- Des protocoles sur les relations entre ACO et chaque groupe des PNIM auront été établis.
- 10 réseaux de lutte contre le cancer chez les Autochtones auront été établis en Ontario
- Une collaboration aura été établie entre les Premières Nations, l'Ontario et le fédéral pour s'attaquer aux problèmes de contrôle du cancer dans les Premières Nations

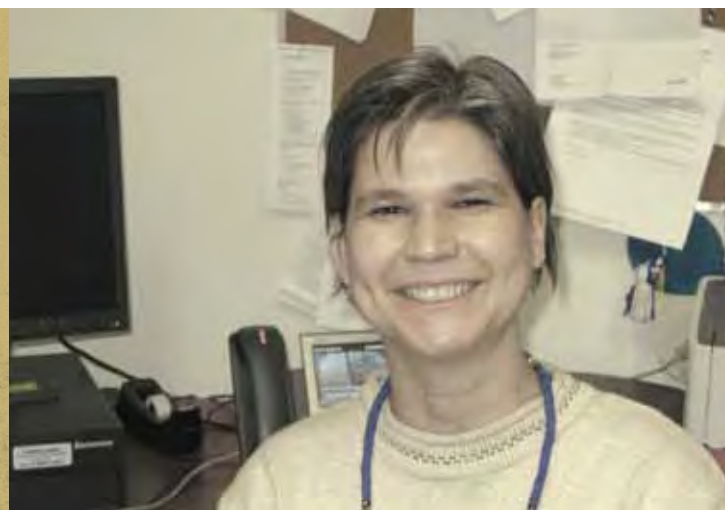
Action

- Mettre directement à contribution les comités consultatifs sur la santé et les dirigeants des PNIM à l'échelon de la province.
- Embaucher et former des responsables autochtones (0,2 par semaine d'employé à temps plein d'un centre régional de cancérologie) dans 10 programmes régionaux de cancérologie. Du financement sera accordé aux centres régionaux de cancérologie.
- Appuyer l'élaboration de politiques dans les Premières Nations avec les gouvernements provincial et fédéral afin de commencer à maîtriser le cancer dans les Premières Nations.

À l'unisson

D^{re} Janet Smylie

« Aidons nos propres gens à s'entraider – d'abord en définissant des voies sécuritaires d'accès aux soins et deuxièmement, en faisant passer le mot. J'aimerais voir nos grands-parents se sentir motivés et croire qu'ils peuvent avoir un accès sécuritaire à des services de dépistage du cancer qui leur offrent un soutien affectif et spirituel. L'existence de ces ressources atténuera peut-être le stress imposé par le cancer et nous aidera peut-être à tracer la voie vers le mieux-être. La carte en question contiendrait des données réelles provenant d'un maniaque des données. Il y aura de belles images, mais il y aura des données et nos collectivités pourront voir que la carte nous inclut et cette carte appartiendra à nos collectivités. »





NOTRE STRATÉGIE DE RENOUVELLEMENT

Priorité stratégique 2 :

Recherche et surveillance

La voie : Comprendre les causes profondes

« Nous devons faire face le message, soit qu'il est possible de traiter le cancer si l'on s'y attaque tôt. Le cancer fait tellement peur. Si nous pouvions dissiper cette peur et amener les gens à se soumettre plus rapidement à des examens, cela aiderait vraiment. »

Grande chef Diane Kelly, Grand Conseil du Traité n° 3

Créer des bases et y charger des données afin de fournir de l'information exacte aux fins de la planification, de la surveillance et de la recherche.

Appuyer l'objectif du PLCO III : Renforcer la capacité de l'Ontario à améliorer la maîtrise du cancer par la recherche

Le défi

« Il est impossible de gérer ce qu'on ne peut mesurer » : Ce dicton vaut autant pour la prévention du cancer que pour tout le reste. Comme on l'a découvert au cours de la recherche et de la rédaction de la SCA II, il y a peu de données récentes qui documentent l'état de santé des peuples des PNIM de l'Ontario. Le système de cancérologie pour les Autochtones a besoin de mesures de référence exactes qu'il faut mettre à jour périodiquement pour évaluer les progrès réalisés. Les sources de données doivent être intégrées, branchées, complètes, valides et accessibles pour les planificateurs de la santé aux échelons tant local que provincial.

Objectifs – d'ici 2015

- Une base de données sur les PNIM contenant des statistiques sur la surveillance, le dépistage et le traitement aura été créée.
- Une capacité de mesurer et d'analyser le fardeau imposé par le cancer et son dépistage chez les PNIM aura été établie.
- Des évaluations des progrès réalisés et des constatations visant à éclairer et améliorer les initiatives après 2015 auront été terminées.

Action

- Mettre à contribution des groupes des PNIM pour qu'ils définissent leurs besoins en données et en surveillance.
- Établir des sites locaux et conclure des ententes de partage de données avec des groupes et des collectivités des PNIM afin d'assurer l'accès à l'information à l'échelon local.
- Évaluer l'incidence d'initiatives de la SCA II comme les programmes de prévention (tabac) et le programme des intervenants pivots.

Interactif de collecte et d'évaluation des symptômes (ISAAC)

L'outil interactif de collecte et d'évaluation des symptômes est un outil Internet facile à utiliser qui permet aux patients vivant avec le cancer de signaler leurs symptômes. Le système permet de suivre les symptômes au fil du temps et entre les fournisseurs de soins. Il est actuellement en service aux centres régionaux de cancérologie et à certains hôpitaux partenaires. ACO aide les régions à mettre cet outil à la disposition d'un plus grand nombre de fournisseurs de services de cancérologie. L'ouverture de l'outil ISAAC aux patients autochtones vivant avec le cancer aidera à brosser un tableau plus précis de l'incidence du cancer sur les peuples et les collectivités des PNIM.





NOTRE STRATÉGIE DE RENOUVELLEMENT

Priorité stratégique 3 : Prévention

La voie : Mieux-être – tant affectif que spirituel

« Comme membres des Premières Nations autochtones, nous pratiquons l'humilité, nous ne nous vantons pas. Je pense que nous devons commencer à nous vanter. Ce que j'aime à ce sujet, c'est que nous réalisons finalement que nous avons une voix. Nous nous rendons compte que nous avons une voix puissante. Lorsque nous ne sommes pas heureux, nous le faisons savoir – ce qui est énorme. Au lieu de laisser les choses évoluer, nous affirmons en réalité que ce n'est pas correct. J'en tire une extrême fierté. »

D^{re} Annelind Wakegijig, wikwemikong

Élaborer et appliquer un programme provincial d'abandon du tabac en collaboration avec des groupes des PNIM.

Appuyer l'objectif du PLCO III : Aider les Ontariens à réduire leur risque d'avoir le cancer

Le défi

Le taux de tabagisme est beaucoup plus élevé chez tous les peuples des PNIM que dans la population générale. Les Inuits du Canada ont l'honneur douteux d'afficher le taux de cancer du poumon le plus élevé au monde. Il y a un lien direct entre l'usage du tabac à des fins non cérémoniales et la montée des taux de cancer – et en particulier le cancer du poumon. Comparativement aux personnes qui n'ont jamais fumé, celles qui fument actuellement sont exposées à un risque beaucoup plus élevé de cancer du larynx (sept fois plus élevé^{2,3}) et du poumon (9 à 20 fois plus élevé^{2,3}). Les fumeurs qui boivent aussi de l'alcool³ ou ont une infection comme l'hépatite B ou C⁴, ou qui ont certains facteurs génétiques⁵, risquent davantage d'avoir certains cancers.

Objectifs – d'ici 2015

- Un programme provincial d'abandon du tabac appuyé par des groupes des PNIM aura été établi.
- La méthodologie nécessaire pour mesurer et suivre les taux d'abandon du tabac chez les PNIM aura été terminée.
- Un plan élaboré en collaboration avec les collectivités visera à créer des « Collectivités sans tabac » conformément à la résolution 06/39 des chefs de l'Ontario.

Action

- Nommer des responsables du Programme Avertis face au tabac (nord et sud) qui collaboreront avec les groupes des PNIM sur les plans de l'abandon du tabac, de la prévention du tabagisme et de la protection.
- Créer une base de données pour suivre et mesurer les activités d'abandon du tabac chez les PNIM.
- Coordonner les stratégies et les initiatives de lutte contre le tabac dans les PNIM et les harmoniser avec des mesures existantes (provinciales/régionales).

À l'unisson

Barney Batise, aîné

« Le cancer crée des situations assez dévastatrices pour les familles et les personnes atteintes directement. J'ai un frère qui est mort du cancer. Je suis convaincu que s'il en avait su davantage au sujet de la détection précoce, il aurait été avec nous un peu plus longtemps. Mon frère savait à peine lire, mais il était plus visuel. S'il avait eu des aides visuelles, la situation aurait peut-être évolué différemment. La détection précoce est tellement cruciale. »

Première Nation Matachewan



Priorité stratégique 4 : Campagne éclair de dépistage

La voie : Choix actif

« L'important, c'est la prévention et le dépistage qui visent à découvrir le cancer au stade précoce au lieu d'essayer de réagir lorsqu'il est trop tard. C'est probablement notre plus gros problème. C'est là que nous voyons beaucoup de décès, lorsque les personnes en cause ont attendu trop longtemps. »

Chef du Grand Conseil Patrick Madahbee, Union des Indiens de l'Ontario

Élaborer et appliquer une stratégie et une campagne éclair provinciale intégrée de dépistage du cancer chez les PNIM.

Appuyer l'objectif du PLCO III : Réduire les effets du cancer grâce au dépistage efficace et à la détection précoce

Le défi

Même si les taux de dépistage de certains cancers chez les PNIM sont comparables à ceux de la population générale, il y a beaucoup trop d'Ontariens autochtones qui ne se soumettent pas suffisamment au dépistage ou qui ne le font jamais. On s'attaquera à cette lacune par des initiatives locales et régionales visant à encourager les personnes qui se soumettent rarement ou jamais au dépistage à participer au dépistage du cancer et à la mise en œuvre du Programme de dépistage intégré du cancer (DIC). Le système de gestion de l'information et de technologie de l'information qui appuie le DIC est appelé InScreen. Ce système identifie les Ontariens admissibles au dépistage et facilite l'envoi d'invitations et de rappels sur le dépistage à des intervalles appropriés. InScreen prévient aussi lorsque les résultats sont disponibles et peut appuyer des interventions ciblées afin de produire une correspondance culturellement adaptée.

Objectifs – d'ici 2015

- Des identificateurs des PNIM et des bases de données pour InScreen auront été mis au point.
- Un programme de dépistage entièrement intégré du cancer chez les PNIM aura été mis en œuvre dans toute la province.

- Des objectifs de participation au dépistage chez les PNIM auront été établis pour les programmes régionaux de cancérologie. Par exemple :

- Programme régional de cancérologie d'Erie St. Clair : augmentation de 5 % du dépistage des cancers du sein, colorectal et du col de l'utérus
- Programme régional de cancérologie du Nord-Est : augmentation de 5 % du dépistage du cancer colorectal; augmentation de 5 % dans les régions où les taux de dépistage du cancer du sein dépassent 50 % et de 10 % dans celles où ils n'atteignent pas 50 %.
- Programme régional de cancérologie du Nord-Ouest : augmentation de 10 % du dépistage du cancer du sein; administration de 1 000 tests de Pap par année (cancer du col); distribution de 1 500 trousses de dépistage du cancer colorectal par année.

Action

- Élaborer conjointement avec des groupes des PNIM des façons possibles d'utiliser InScreen et d'établir des liens avec le programme pour accroître le nombre de personnes qui se sont soumises à un dépistage et améliorer le suivi dans les cas de dépistage périodique.
- Utiliser les leçons retenues et les résultats tirés de quatre programmes régionaux de cancérologie et de leurs initiatives visant les personnes qui ne soumettent pas assez souvent au dépistage ou qui ne le font jamais afin d'établir des programmes intégrés viables de dépistage du cancer dans les 14 programmes régionaux de cancérologie après 2012–2013.
- Promouvoir la sensibilisation et la participation du Programme de sigmoïdoscopie souple pratiquée par des infirmières autorisées.





NOTRE STRATÉGIE DE RENOUVELLEMENT

Priorité stratégique 5 :

Soins de soutien

La voie : Approche holistique

« La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et non seulement l'absence de maladie ou d'infirmité. »

Définition de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé

Aider les membres des PNIM qui ont le cancer à s'y retrouver dans le système de oncologie afin d'améliorer leur parcours du cancer et leurs résultats pour la santé

**Appuyer de l'objectif du PLCO III :
Améliorer l'expérience vécue par le patient à chaque étape de son parcours du cancer.**

Le défi

Il est difficile pour la plupart des patients de s'y retrouver dans le système de santé. Le système de oncologie est encore plus complexe, complexité qui devient encore plus lourde pour les patients qui ne connaissent pas bien les systèmes médicaux, ne parlent pas l'anglais ou le français, ou doivent aller suivre des traitements et recevoir des soins loin de chez eux. Une solution au problème réside dans l'intervenant pivot autochtone – personne qui a reçu une formation et guidera les membres des PNIM durant tout le processus et les aidera à prendre les nombreuses décisions qui s'imposent en cours de route.

Un autre élément de l'engagement d'ACO envers le soin des patients autochtones réside dans l'expansion des services de télésanté aux hôpitaux éloignés et la création de meilleurs moyens de soutien des patients des PNIM qui ont besoin de soins de fin de vie.

Objectifs – d'ici 2015

- Des intervenants pivots autochtones auront été embauchés et formés dans neuf programmes régionaux de oncologie.
- Des mesures auront été établies pour suivre les patients des PNIM et les améliorations des programmes.
- Des outils et des voies de prise en charge de la douleur et des symptômes auront été mis au point à l'intention des fournisseurs de soins de santé aux PNIM.

Action

- Embaucher et former neuf intervenants pivots autochtones afin d'établir des relations de soutien et d'accroître la connaissance générale et spécialisée en soins palliatifs.
- Déployer l'échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton (EESE) et l'outil interactif de collecte et d'évaluation des symptômes (ISAAC) dans les collectivités urbaines et rurales; utiliser Télé-ISAAC – qui permet aux patients vivant avec le cancer d'entrer l'évaluation de leurs symptômes par téléphone – dans les collectivités éloignées et du Nord.

À l'unisson

Michele A. Charlebois

« Il faut plus d'appui – quelqu'un qui représente la personne. Je n'ai bénéficié d'aucun counseling, personne ne m'a parlé pour me guider dans quoi que ce soit. Les membres de la famille sont les seules personnes à qui on parle, mais on ne parle pas de cancer le jour du retour à la maison. Si vous aviez eu des conseils ou un groupe d'entraide ou quelqu'un pour vous aider à vous préparer, cela aiderait. Le cancer est un lourd fardeau. Il y a eu des jours où, à mon retour à la maison après le traitement, je suis restée au lit pendant quatre ou cinq heures. Il faut donc de l'aide. Même si vous aviez votre famille, vous avez besoin d'aide d'autres façons. »





NOTRE STRATÉGIE DE RENOUVELLEMENT

Priorité stratégique 6 : Éducation

La voie : Responsabilité collective de personnelle

« Souvent, les personnes chez lesquelles on diagnostique ces maladies ne savent pas où aller et ne connaissent pas les services de soutien qui existent. Il est primordial que quelqu'un leur explique puisque l'on entre finalement dans un monde tout à fait nouveau, celui de la médecine. Il faut que quelqu'un aide les personnes en cause et leur explique ce qu'elles doivent vivre. »

Gary Lipinski, président, Nation des Métis de l'Ontario

Améliorer considérablement la connaissance que les peuples des PNIM ont du cancer et leur sensibilisation à cet égard en mettant l'accent sur la prévention et le dépistage.

Appuyer l'objectif du PLCO III : Assurer l'accès en temps opportun à un diagnostic exact et à des soins sécuritaires et de grande qualité

Le défi

Le diagnostic du cancer au stade précoce et l'amélioration des taux de survie constituent les objectifs premiers d'ACO et de la SCA II. Chaque chef de file, travailleur de la santé et survivant du cancer des PNIM interviewé par ACO a insisté sur l'importance de l'éducation et de la sensibilisation au cancer et nous ferons passer le message

aux peuples des PNIM partout en Ontario. Les valeurs traditionnelles mettent l'accent sur le lien entre le mieux-être spirituel, physique et mental. Il y a un petit pas à franchir de cette connaissance à celle de l'effet du cancer sur le corps et de la façon de le prévenir.

Objectifs – d'ici 2015

- La connaissance et la compréhension du cancer, y compris de la prévention et du dépistage, auront été améliorées chez les PNIM.

Action

- Analyser les ressources/outils éducationnels existants et émergents et en établir un répertoire complet et à jour.
- Créer et appliquer des stratégies de diffusion provinciale afin d'assurer que les ressources et les outils d'éducation atteignent les collectivités des PNIM.

À l'unisson

Wilson Plain Sr.

« Je pense qu'il faudrait connaître les facteurs qui contribuent à l'apparition du cancer. Certaines personnes ne veulent pas le savoir, mais ce n'est pas bon. J'imagine que dans certaines des collectivités autochtones, on ne veut pas en parler et de plus, que l'on ne sait même pas quelles questions poser.

Avant d'aller consulter un médecin spécialiste du cancer, les gens doivent savoir quelles questions poser. De nos jours, il suffit d'un ordinateur et d'Internet pour effectuer ces recherches. Même ceux qui le font pourraient rater quelque chose. C'est pourquoi mon épouse m'a accompagnée puisqu'elle souhaite que j'obtienne les meilleurs renseignements possibles du médecin. »

Première Nation Aamjiwnaang





Pourquoi nous avons besoin d'une Stratégie pour la lutte contre le cancer chez les peuples autochtones

Inégalité sociale et économique

L'ACO veut établir le meilleur système de cancérologie au monde et c'est pourquoi l'agence reconnaît qu'elle devra comprendre que les peuples autochtones de l'Ontario ont vécu plus de 500 ans d'oppression à l'origine de pratiques discriminatoires et d'une érosion de leur culture. Avant la colonisation par les Européens, les peuples des Premières Nations occupaient toute la province et formaient des sociétés complexes – certaines se spécialisaient en agriculture, d'autres étaient constituées de chasseurs cueilleurs migrants. Aujourd'hui, les réserves des Premières Nations représentent une fraction seulement de la superficie originale et 12 % seulement des Autochtones de l'Ontario parlent leur langue maternelle.

En général, les peuples autochtones sont plus jeunes et plus mobiles que les non-Autochtones. Les familles monoparentales sont plus nombreuses chez les Autochtones. Les Autochtones de l'Ontario sont moins instruits, plus souvent en chômage, gagnent moins et sont incarcérés plus souvent que les non-Autochtones. Tous ces facteurs ont une incidence sur la santé et le risque de maladie.

Les Ontariens autochtones de plus de 15 ans gagnent en moyenne 27 820 \$ seulement par année. Le revenu annuel moyen des 47 % de travailleurs autochtones qui travaillent à temps plein est toutefois beaucoup plus élevé à 41 761 \$. Le revenu médian du ménage autochtone atteint à peine 46 865 \$⁶.

Le taux de chômage chez les Autochtones de l'Ontario s'établit à 12,3 % et environ 57 % des plus de 15 ans travaillent. Presque la moitié de ces personnes œuvrent dans les secteurs de la vente et des services, des métiers, des transports et de la conduite d'équipement, de même que dans des occupations connexes. L'éducation est un facteur de l'emploi, du revenu, de la qualité de vie et, finalement, de la santé : 38 % des Ontariens autochtones n'ont pas de certificat, de diplôme ou de grade et 61,8 % ont terminé des études secondaires ou moins¹.

L'inégalité en santé

Cette inégalité sociale et économique systémique favorise l'inégalité en santé. Les Ontariens autochtones affichent des taux plus élevés de maladie, d'hospitalisation et d'exposition à des risques nuisibles comme des habitudes alimentaires malsaines, l'abus des drogues et de l'alcool et le tabagisme non cérémonial. Certains ont de la difficulté à avoir accès aux soins de santé et ne connaissent pas bien le système. À une époque, les peuples autochtones de l'Ontario affichaient des taux de cancer moins élevés que le reste de la population de la province. Leurs taux de cancer sont maintenant à la hausse.

La présente Stratégie pour la lutte contre le cancer chez les peuples autochtones II constitue le plan que nous suivrons pour casser cette tendance.

Manque de données

Le manque de données récentes a nuí à la recherche et à la rédaction de la Stratégie pour la lutte contre le cancer chez les peuples autochtones II. Les données sont trop souvent incomplètes et non comparables. C'est pourquoi il est difficile de planifier et de gérer des programmes de cancérologie pour les Autochtones en Ontario. Voilà pourquoi Action Cancer Ontario a fait de l'amélioration de la recherche et de la surveillance une de ses priorités. Pour en savoir davantage sur cet engagement, prière de consulter la Priorité stratégique 2.

Qu'est ce qui augmente ou diminue le risque de cancer?

Le cancer peut toucher n'importe quelle partie du corps. La maladie perturbe les processus cellulaires normaux en créant des cellules anormales qui se propagent dans des régions voisines du corps et peuvent atteindre d'autres organes ou systèmes.

Est-il possible de prévenir le cancer?

Oui – on aurait pu prévenir plus de 30 % des décès attribuables au cancer en modifiant des facteurs liés aux habitudes de vie comme le tabagisme, l'obésité, l'inactivité physique, la consommation insuffisante de fruits et légumes et la consommation d'alcool. Le tabagisme est le plus important de ces facteurs, car il cause 22 % des décès attribuables au cancer dans le monde et 71 % de ceux qui sont attribuables au cancer du poumon⁶.

Modification des risques liés aux habitudes de vie

Compte tenu des habitudes de vie actuelles des Autochtones, on s'attend à ce que le cancer augmente davantage chez les Ontariens autochtones que dans la population générale. Comparativement à la population générale, les Autochtones sont plus susceptibles de fumer

et de boire, d'avoir de l'embonpoint ou d'être obèses et de manger peu de légumes et de fruits⁷.

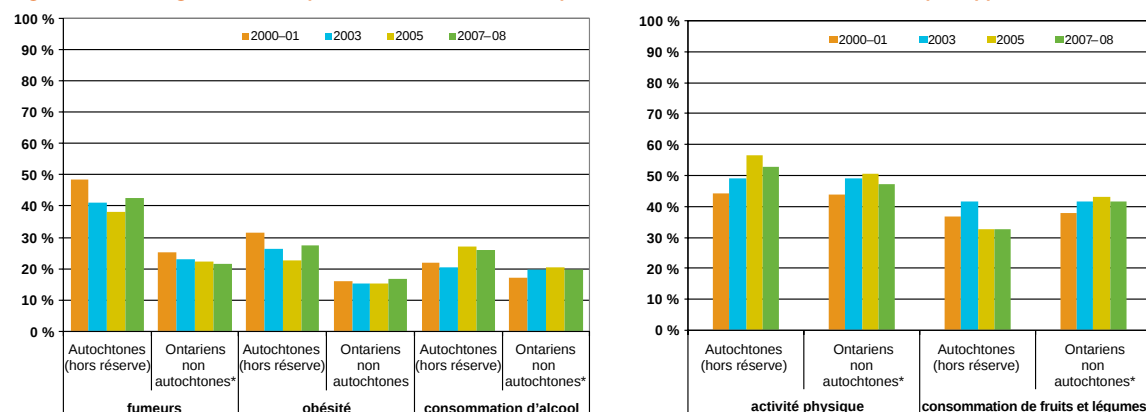
Il est possible d'améliorer ces facteurs liés aux habitudes de vie. Les taux de tabagisme chez les Autochtones vivant hors réserve sont tombés de 49 % en 2001 à 43 % en 2008. Les taux d'obésité sont passés de 31 % à 28 % tandis que le pourcentage des adultes des Premières Nations vivant hors réserve qui font de l'activité physique d'intensité modérée à vigoureuse a grimpé de 44 % à 53 %. Il y a aussi eu des changements positifs avec le temps chez les Ontariens non autochtones, mais le pourcentage initial des personnes qui déclaraient des facteurs de risque nuisible était moins élevé⁸.

Les tests de dépistage servent à repérer le cancer au stade précoce lorsqu'il est plus facile à traiter. En Ontario, le dépistage vise le cancer du sein (mammographie), le cancer colorectal (tests de recherche de sang occulte dans les selles) et le cancer du col (tests de Pap). Les efforts soutenus visant à accroître les taux de dépistage dans toute la population de l'Ontario englobent les peuples autochtones.

Le diabète est aussi un facteur de risque

La recherche indique que le diabète augmente le risque de cancer colorectal⁹. Au Canada, le diabète est jusqu'à trois fois plus fréquent chez les Autochtones que dans la population générale¹⁰⁻¹⁴, ce qui en fait un facteur de risque particulièrement important pour les Autochtones.

Figure 1. Pourcentage des adultes qui ont certains facteurs de risque selon l'identité autochtone hors réserve par rapport à l'identité non autochtone, Ontario, 2000 + 2001, 2003, 2005, 2007 + 2008⁷



La Stratégie pour la lutte contre le cancer chez les peuples autochtones II reconnaît certes tous les facteurs de risque liés au cancer, mais elle concentrera les efforts sur les initiatives d'abandon du tabac à cause des taux élevés de tabagisme et de l'incidence du cancer du poumon chez les peuples autochtones.

Premières Nations

Facteurs de risque de cancer

Des taux élevés d'embonpoint et d'obésité, de tabagisme, de consommation d'alcool, de sédentarité et de diabète sont un problème de santé chez les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et hors réserve.

1. Embonpoint et obésité

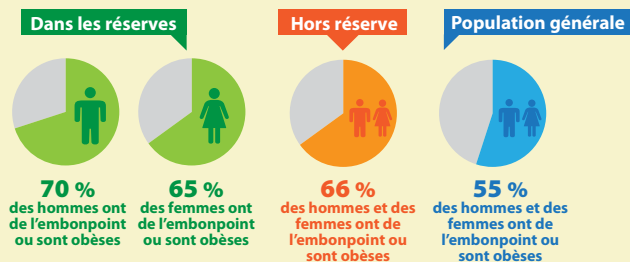
Les membres des Premières Nations sont plus susceptibles d'avoir de l'embonpoint ou d'être obèses que la population générale.

Membres des Premières Nations vivant dans les réserves : 70 % des hommes et 65 % des femmes ont de l'embonpoint ou sont obèses¹⁵

Membres des Premières Nations vivant hors réserve : 66 % des hommes et des femmes ont de l'embonpoint ou sont obèses¹⁶

Population générale : 55 % des hommes et des femmes ont de l'embonpoint ou sont obèses¹⁶

Figure 2. Embonpoint ou obésité chez les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et hors réserve par rapport à la population générale du Canada



Les données sont surtout nationales

Les statistiques comparables pour les membres des Premières Nations et la population générale de l'Ontario sont rares. Les enquêtes nationales oublient souvent les réserves et ne réunissent pas d'information provenant d'un nombre de répondants des Premières Nations vivant hors réserve en Ontario suffisant pour permettre d'établir des estimations significatives. À moins d'indication contraire, les statistiques dans cette section représentent les membres des Premières Nations et la population générale à l'échelon national.

2. Tabagisme

Les études indiquent que le taux de tabagisme chez les Premières Nations est de deux à trois fois plus élevé que dans la population générale.

Membres des Premières Nations vivant dans les réserves : 43 % fument tous les jours¹⁷

Membres des Premières Nations vivant hors réserve : 35 % fument tous les jours¹⁸

Population générale : 16 % fument tous les jours¹⁸

Figure 3. Fumeurs réguliers
Membres des Premières Nations vivant dans les réserves et hors réserve et population générale du Canada

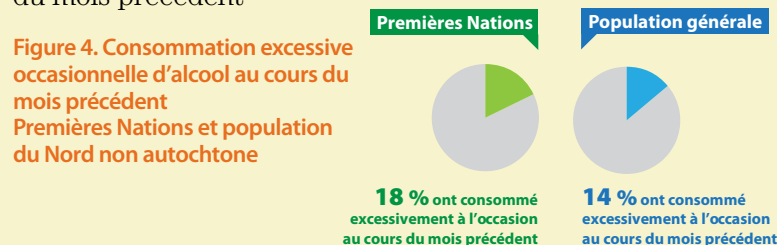


3. Alcool

Chez les personnes qui ont déclaré avoir bu de l'alcool au cours de l'année précédente, les membres des Premières Nations étaient à peu près aussi susceptibles d'avoir consommé excessivement (définie comme cinq consommations ou plus à une même occasion) au cours du mois précédent.

Membres des Premières Nations vivant hors réserve dans le Nord du Canada : 18 % ont consommé excessivement à l'occasion au cours du mois précédent¹⁹

Population générale habitant le Nord du Canada : 14 % ont consommé excessivement à l'occasion au cours du mois précédent¹⁹



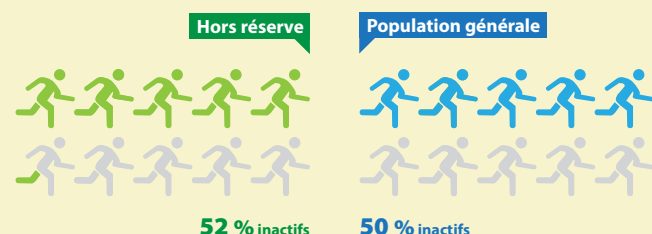
4. Inactivité

Environ la moitié des membres adultes des Premières Nations au Canada sont inactifs pendant leurs périodes de loisirs, ce qui représente à peu près le même pourcentage que la population générale au Canada²⁰.

Membres des Premières Nations vivant hors réserve : 52 % sont inactifs¹⁷

Membres de la population générale : 50 % sont inactifs¹⁸

Figure 5. Inactivité pendant les périodes de loisirs
Premières Nations hors réserve et population générale du Canada



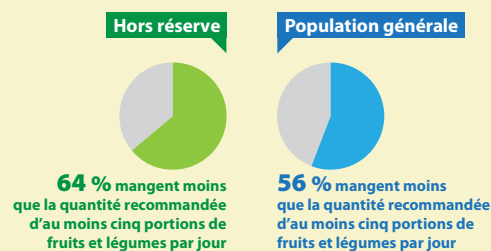
5. Alimentation malsaine

Les fruits et légumes faisaient partie de l'alimentation traditionnelle des Autochtones, mais les membres des Premières Nations mangent beaucoup moins de fruits et de légumes que la quantité recommandée pour demeurer en bonne santé.

Membres des Premières Nations vivant hors réserve : 64 % mangent moins que la quantité recommandée d'au moins cinq portions de fruits et légumes par jour¹⁷

Membres de la population générale : 56 % mangent moins que la quantité recommandée¹⁸

Figure 6. Mangent moins de fruits et légumes que la quantité recommandée
Premières Nations hors réserve et population générale du Canada



6. Diabète

Au Canada, le diabète est de deux à trois fois plus répandu dans les Premières Nations que dans la population générale^{20,21}.

Membres des Premières Nations vivant dans des réserves : 17 % ont le diabète¹⁷

Membres des Premières Nations vivant hors réserve : 10 % ont le diabète¹⁸

Membres de la population générale : 5 % ont le diabète¹⁸

Figure 7. Diabète chez les membres des Premières Nations vivant dans des réserves et hors réserve et chez les membres de la population générale du Canada



À l'unisson

D^{re} Annelind Wakegijig

« Les Premières Nations ont besoin d'avoir accès à des soins de qualité, en particulier dans les collectivités rurales et éloignées où il manque de personnel. Dans beaucoup de nos collectivités éloignées, les travailleurs de la santé viennent travailler par avion quelques jours à la fois. Cette situation favorise la gestion de crise plutôt que la prévention.

Il faut faire passer le message, soit qu'une personne qui reçoit un diagnostic de cancer a encore une chance. Elle doit avoir accès à tous les outils disponibles pour survivre, non seulement pour elle-même, mais pour les membres de sa famille et sa collectivité. Les gens ont besoin de pouvoir dire en toute confiance « Je vais m'en sortir ». Ils commencent à réaliser maintenant qu'il vaut la peine de se battre. Il n'est plus question d'accepter son sort et de laisser la nature suivre son cours. C'est comme retrouver notre combativité. »

Premières Nations : Dépistage du cancer

Le dépistage aide à détecter le cancer au stade précoce lorsque le traitement peut être plus efficace et que les chances de guérison sont meilleures. Les femmes des Premières Nations se soumettent au dépistage du cancer du col au même taux que les femmes non autochtones. Il y a toutefois moins de femmes des Premières Nations qui déclarent s'être déjà soumises à une mammographie²². Sauf erreur, il n'existe pas de données spécifiques aux Premières Nations disponibles sur le dépistage du cancer colorectal. Dans le contexte d'un récent rapport basé sur l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, les auteurs ont constaté que les gens qui déclarent avoir l'identité autochtone étaient tout aussi susceptibles que les non-Autochtones de s'être soumis à des tests de dépistage du cancer colorectal¹⁶.

Premières Nations : Profil du cancer

Avant 1991, les Premières Nations de l'Ontario affichaient des taux de cancer et de mortalité attribuable au cancer moins élevés que la population générale de l'Ontario²³. Cet avantage des Premières Nations s'effrite toutefois depuis 1991²⁴.

Entre 1968 et 1991, les membres inscrits des Premières Nations étaient moins susceptibles que les non-Autochtones de recevoir un diagnostic portant sur la plupart des types de cancer, y compris les plus courants (sein, prostate, poumon [chez les hommes], leucémie [chez les hommes] et colorectal). Les membres inscrits des Premières Nations étaient toutefois plus susceptibles de recevoir un diagnostic de cancer du col et de la vésicule biliaire que les non-Autochtones de l'Ontario²³.

Depuis 1991, les taux d'incidence du cancer colorectal, du poumon, du sein et de la prostate sont à la hausse chez les membres inscrits des Premières Nations. Comme dans la cas de la population générale, l'incidence du cancer du col a reculé chez elles aussi²⁴. Les membres inscrits des Premières Nations de l'Ontario affichent des taux de survie du cancer du sein, du côlon/rectum, de la prostate et du poumon moins bons que les membres de la population générale de l'Ontario²⁴.

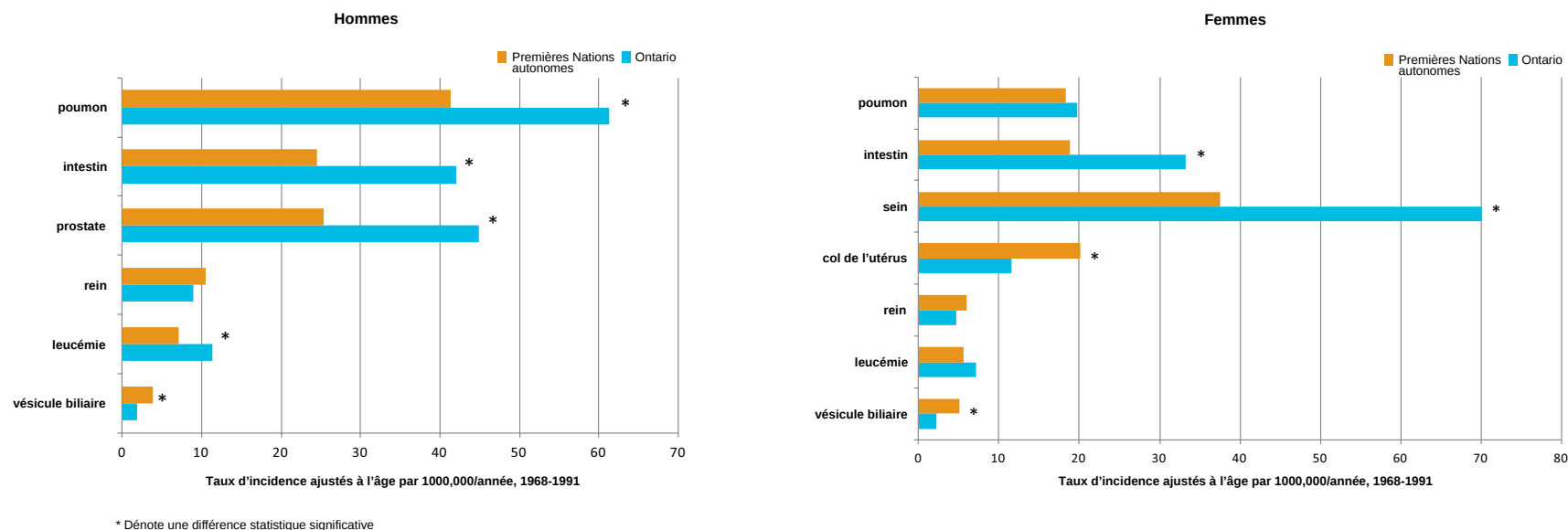
À l'unisson

Donna Day

« Le cancer vous impose aussi des limites? Oui, mais on ne cesse pas de vivre. Il faut sortir. Je dis aux gens que même s'ils ont le cancer, ils peuvent aider quelqu'un d'autre qui est immobilisé à la maison, qui se cache du cancer et se laisse battre par lui. Je suis restée assise à la maison – oui, je l'ai fait – mais pas tout le temps. Je savais quand me reposer. Je savais quoi faire. Je voulais sortir et faire savoir que je suis bien. Je peux m'en sortir. »

Première Nation Bkejwanong



Figure 8. Incidence des cancers courants chez les membres inscrits des Premières Nations et ceux de la population générale de l'Ontario, 1968-1991, 15 à 74 ans²³

Stratégie intégrée de promotion de la santé pour les Premières Nations de l'Ontario

La résolution 06/39 préconise une stratégie portant sur :

- Le rétablissement des aliments traditionnels dans l'alimentation des Premières Nations
- L'activité physique et l'exercice
- L'abandon du tabac dans les Premières Nations
- La sensibilisation et la prévention du stress dans le cas du cancer, du diabète, des cardiopathies et d'autres maladies chroniques

L'objectif consiste à atteindre les collectivités des Premières Nations de l'Ontario par un volet communication et sensibilisation du public.

Les Premières Nations de l'Ontario ont aussi une longue et fière histoire dans les sports de compétition et de loisir, y compris lacrosse, le hockey, les sports de balle et le golf, et ils ont joué un rôle dans les succès qu'on connus la petite LNH, les Jeux autochtones nord-américains et le Cercle sportif autochtone de l'Ontario. Notre alimentation traditionnelle était constituée d'aliments sacrés sains : viande sauvage, poisson, baies, riz sauvage, maïs, haricot et courge.

Nos vies étaient enrichies de telles façons que le stress et les maladies qui en découlent étaient rares et compensés par les activités traditionnelles saines et la spiritualité.

Aujourd'hui, les Premières Nations font souvent face au manque d'exercice, à une mauvaise alimentation et à des taux élevés de diabète, de cancer et de cardiopathie. C'est en appliquant la résolution 06/39 que les chefs de l'Ontario veulent lutter contre ces problèmes en préconisant un mode de vie sain et équilibré.

Pour en savoir davantage au sujet de la stratégie, voir : <http://ourtimeourhealth.org>.

Résolution originale : <http://www.sfnha.com/wp-content/uploads/2011/11/COO-06-39-Ont-FNs-Health-Promotion-Strategy.pdf>

Inuits

Facteurs de risque de cancer

Au cours des 40 dernières années, les habitudes de vie et l'alimentation des Inuits du Canada ont changé, ce qui a eu des effets négatifs sur la santé en contribuant à la montée des taux de cancer chez les Inuits²⁵. De plus, comme les valeurs inuites traditionnelles de la survie encouragent les gens à continuer sans tenir compte de la douleur ni de l'inconfort, beaucoup d'Inuits demandent l'aide d'un médecin seulement lorsqu'ils sont gravement malades (aînée inuite, Suzanne Singoorie, mars 2012).

Il existe très peu de données spécifiques aux Inuits de l'Ontario et la plupart des données présentées s'appliquent aux Inuits du Nord du Canada.

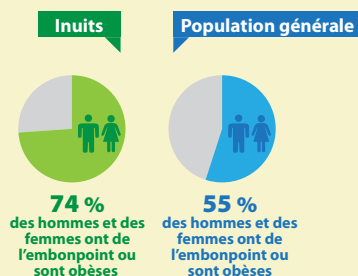
1. Embonpoint ou obésité

Le pourcentage d'adultes inuits qui ont de l'embonpoint ou sont obèses est beaucoup plus élevé que dans la population non autochtone.

Inuits : 74 % ont de l'embonpoint ou sont obèses¹⁶

Population générale : 55 % ont de l'embonpoint ou sont obèses¹⁶

**Figure 9. Embonpoint ou obésité
Inuits et population générale du Canada**



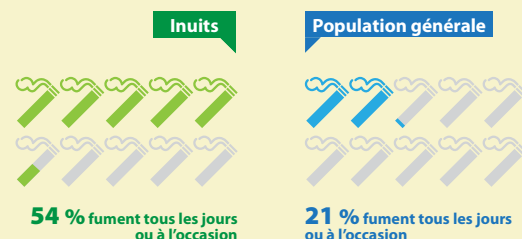
2. Tabagisme

Les Inuits fument plus que tout autre sous-groupe canadien²⁸ – les taux de tabagisme dépassent d'un facteur de plus de deux ceux de la population non autochtone.

Inuits : 54 % fument tous les jours ou à l'occasion¹⁶

Population générale : 21 % fument tous les jours ou à l'occasion¹⁶

**Figure 10. Fumeurs actuels
Inuits et population générale (Canada)**



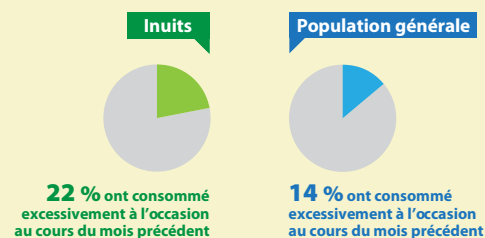
3. Alcool

Parmi les personnes qui ont déclaré avoir bu de l'alcool au cours de l'année écoulée, les Inuits étaient beaucoup plus susceptibles que les habitants du Nord non-autochtones d'avoir consommé excessivement à l'occasion au cours du mois précédent.

Inuits du Nord du Canada : 22 % ont consommé excessivement à l'occasion au cours du mois précédent¹⁹

Population générale du Nord du Canada : 14 % ont consommé excessivement à l'occasion au cours du mois précédent¹⁹

**Figure 11. Consommation excessive occasionnelle d'alcool
Inuits et population générale du Nord du Canada**



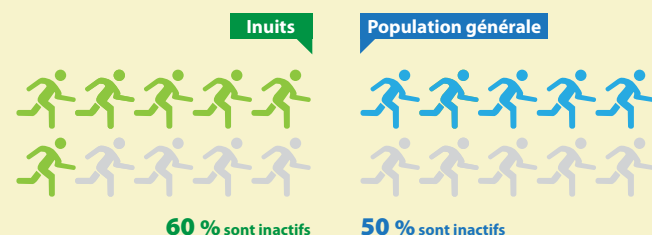
4. Inactivité

Plus de la moitié des adultes inuits du Canada sont inactifs pendant leurs périodes de loisirs. C'est plus que dans la population générale du Canada.

Inuits : 60 % sont inactifs¹⁸

Population générale : 50 % sont inactifs¹⁸

Figure 12. Inactivité pendant les périodes de loisirs
Inuits et population générale du Canada



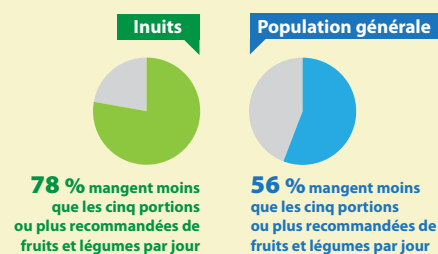
5. Alimentation malsaine

L'alimentation traditionnelle des Inuits était basée sur le poisson et les mammifères marins. Même si elle était faible en fruits et légumes frais, elle avait une forte teneur en nutriments réputés protéger contre certains cancers²⁵. Les Inuits mangent maintenant plus d'aliments importés qu'auparavant.

Inuits : 78 % mangent moins que les cinq portions ou plus recommandées de fruits et légumes par jour¹⁸

Population générale : 56 % en mangent moins que la quantité recommandée¹⁸

Figure 13. Consommation de fruits et légumes inférieure à la quantité recommandée
Inuits et population générale du Canada



6. Diabète

L'alimentation moderne des Inuits contient plus de gras saturés et de sucres qu'auparavant. Conjugué à des habitudes de vie plus inactives, ce changement a contribué à faire grimper les taux d'obésité et de diabète²⁵. Les taux de diabète chez les Inuits sont maintenant à peu près les mêmes que dans la population canadienne générale¹⁸.



Inuits : Dépistage du cancer

Environ deux fois moins de femmes inuites du Nord que de femmes de la population générale se sont soumises à un dépistage du cancer du sein (à une mammographie) au cours des deux années précédentes.

Inuites habitant le Nord du Canada : 28 % se sont soumises à une mammographie au cours des deux années précédentes¹⁹.

Non-Inuites habitant le Nord du Canada : 51 % se sont soumises à une mammographie au cours des deux années précédentes¹⁹.

Le bilan du dépistage du cancer du col (test Pap) est beaucoup plus reluisant.

Inuites habitant le Nord du Canada : 75 % se sont soumises à un test de PAP au cours des trois années précédentes¹⁹.

Femmes de la population générale habitant le Nord du Canada : 80 % se sont soumises à un test de PAP au cours des trois années précédentes¹⁹.

Soutien pour les Inuits du Sud

Depuis 1967, Tungasuvvingat Inuit aide les Inuits du Sud. Les programmes et services de l'organisme sont axés sur les valeurs inuites pour promouvoir la santé et le mieux-être.

Tungasuvvingat Inuit fournit :

- des services de traitement des toxicomanies et des traumatismes, ainsi que des soins continus, des services de conseil aux familles, aux adultes, aux jeunes et aux enfants, des services de sensibilisation et de prévention du diabète et de promotion du poids santé;
- des techniques servant à l'emploi et une formation;
- une clinique de soins primaires en santé familiale.

Inuits : Profil du cancer

Les Inuits ont toujours affiché des taux plus élevés de cancer du nasopharynx, des glandes salivaires et de l'œsophage, mais ces taux sont à la baisse. Les taux de cancer du poumon, du sein, colorectal et du col ont toutefois grimpé en flèche dans toutes les régions circumpolaires^{25,27}. Les taux de cancer du poumon chez les hommes et les femmes inuits du Canada sont les plus élevés au monde et augmentent toujours^{26,27} : ils dépassent d'un facteur de 3,2 et 5,3 respectivement la moyenne canadienne chez les hommes et les femmes inuits^{26,28}.

À l'unisson

D^r Indu Bala Gambhir et Connie Siedule, directrice générale, Centre de santé familiale pour les Inuits TI

« Dans le travail que nous effectuons avec des clients inuits, le diagnostic tardif constitue notre plus gros défi – les gens obtiennent un diagnostic essentiellement au stade terminal du cancer. Il y a de nombreuses raisons différentes à cela. Ce n'est pas seulement une question géographique. C'est à cause de la pauvreté, du temps qu'il faut pour avoir accès aux soins médicaux, du fait que l'on ne sait pas quand consulter et de problèmes de santé mentale et de toxicomanie. Pour les Inuits, les problèmes de santé sont la norme. Nous devons changer cette attitude afin que les gens sachent qu'il n'est pas normal de ressentir de la douleur et de tousser.

Les patients se présentent à nous avec une foule de comorbidités en plus du cancer. L'espérance de vie des Inuits est basse – de 13 à 17 ans de moins que la population générale du Canada. Les taux de cancer y sont incroyablement élevés ou très alarmants. Le taux de cancer du poumon est le plus élevé au monde chez les hommes. Les taux de cancer colorectal ont aussi explosé au cours des 10 dernières années. Il s'agit là donc certainement d'un élément de la situation. Physiquement, une personne est âgée même lorsqu'elle est techniquement d'âge mûr seulement. »

Taux de cancer au Nunavut

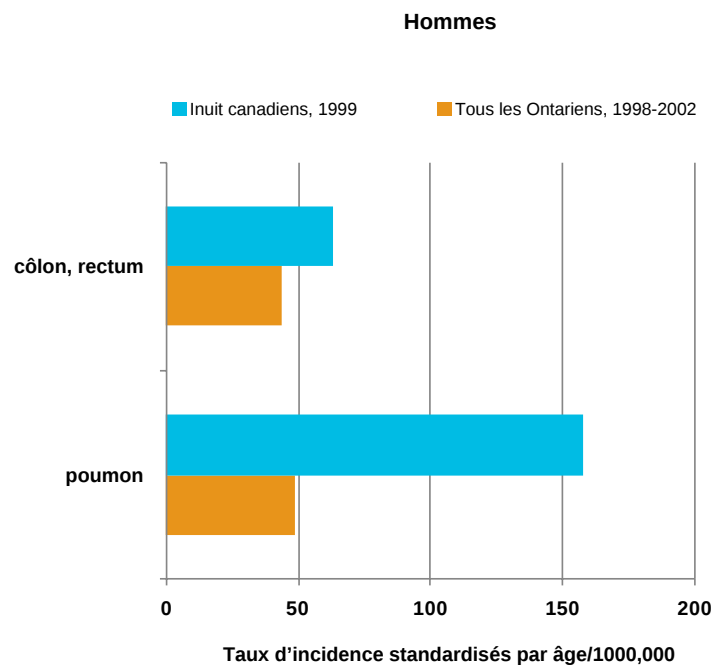
Les taux de cancer au Nunavut sont basés sur tous les résidents du Nunavut, dont 85 % sont Inuits.

Cancers les plus courants au Nunavut : Poumon, côlon, sein et nasopharynx²⁹

Cancers dont les taux sont plus élevés qu'ailleurs au Canada : nasopharynx, foie, poumon, glandes salivaires, œsophage, côlon²⁹

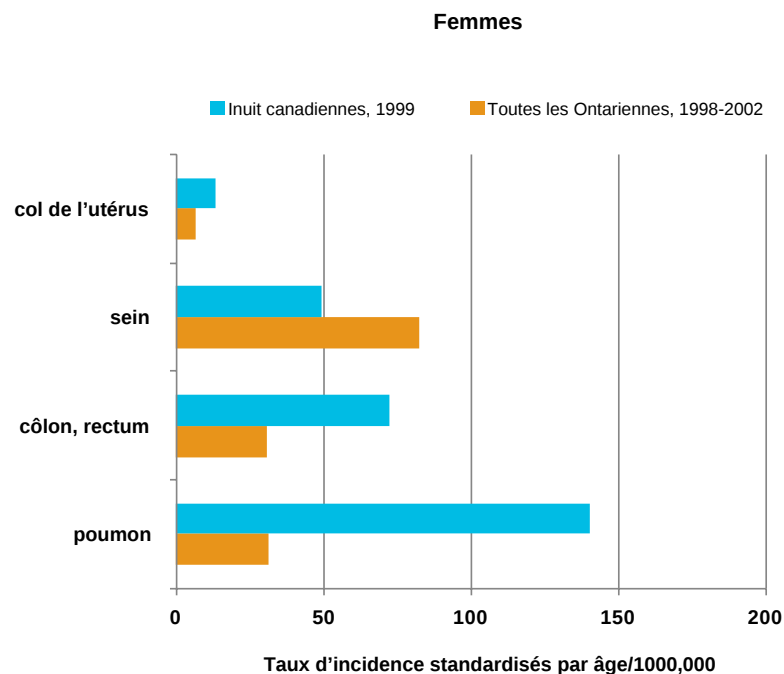
Cancers dont les taux sont plus faibles qu'ailleurs au Canada : Sein, prostate et lymphome non hodgkinien²⁹

Figure 14. Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour 100 000 personnes de cancers colorectal et du poumon chez les hommes inuits au Canada, 1998-2003, et dans la population masculine générale de l'Ontario 1998-2002³⁰



Standardisé par âge d'après la Population standardisée mondialement IARC

Figure 15. Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour 100 000 personnes de cancers du col, du sein, colorectal et du poumon chez les femmes inuites du Canada, 1999-2003, et dans la population féminine générale en Ontario 1998-2002³¹



Métis

Facteurs de risque de cancer

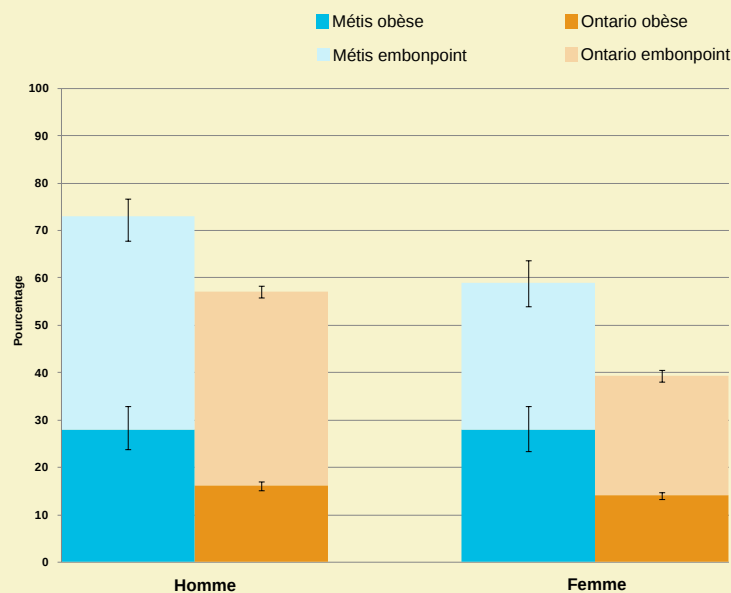
1. Embonpoint ou obésité

Le pourcentage des adultes qui ont de l'embonpoint ou sont obèses est beaucoup plus élevé chez les Métis de l'Ontario³².

Métis : 73 % des hommes et 59 % des femmes ont de l'embonpoint ou sont obèses³³

Population générale : 57 % des hommes et 39 % des femmes ont de l'embonpoint ou sont obèses³⁴

Figure 16. Pourcentage des adultes de l'Ontario (âgés de 18 ans et plus) qui ont de l'embonpoint ou sont obèses selon la population et le sexe^{32,35}



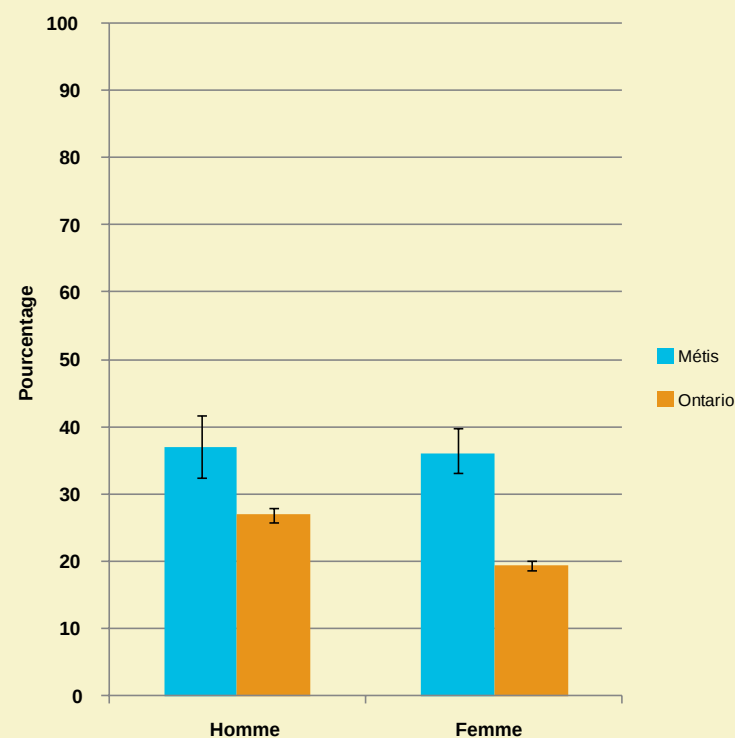
2. Tabagisme

En Ontario, plus de Métis déclarent fumer actuellement que la population générale³²

Métis : 37 % des hommes et 36 % des femmes fument tous les jours ou à l'occasion³³

Population générale : 27 % des hommes et 19 % des femmes fument tous les jours ou à l'occasion³⁴

Figure 17. Pourcentage des fumeurs adultes (18 ans et plus) en Ontario, selon la population et le sexe^{32,35}



3. Alcool

En Ontario, les Métis étaient plus susceptibles que la population générale d'avoir consommé excessivement à l'occasion au cours de l'année précédente. Les hommes métis étaient plus susceptibles de consommer excessivement à l'occasion plus souvent que la population générale de l'Ontario³².

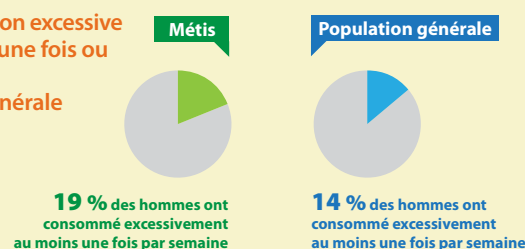
Métis : 71 % des hommes et 48 % des femmes ont consommé excessivement au moins une fois au cours de l'année précédente³³

Population générale : 61 % des hommes et 37 % des femmes ont consommé excessivement d'alcool au moins une fois au cours de l'année précédente³⁴

Hommes Métis : 19 % ont consommé excessivement au moins une fois par semaine³³

Hommes de la population générale : 14 % ont consommé excessivement au moins une fois par semaine³⁴

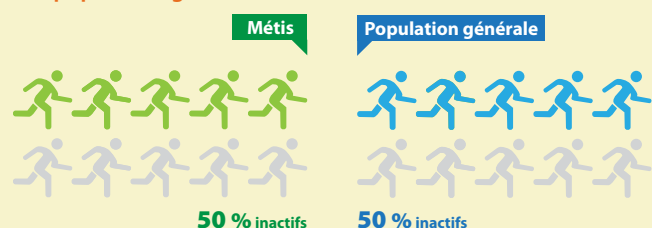
Figure 18. Consommation excessive occasionnelle d'alcool une fois ou plus par semaine
Métis et population générale de l'Ontario, hommes



4. Inactivité

Comme dans le cas des Premières Nations et des Canadiens non autochtones, environ la moitié des adultes métis du Canada ont déclaré être inactifs au cours de leurs périodes de loisirs^{16,20}.

Figure 19. Inactivité pendant les périodes de loisirs
Métis et population générale du Canada



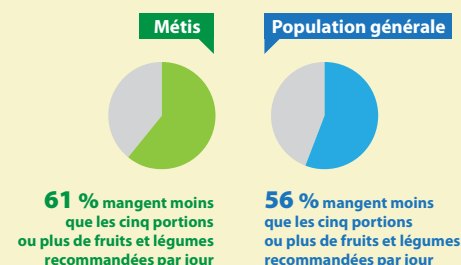
5. Alimentation malsaine

Plus de la moitié des adultes métis du Canada mangent moins que le nombre recommandé de portions de fruits et légumes par jour.

Adultes métis au Canada : 61 % mangent moins que le nombre recommandé d'au moins cinq portions de fruits et légumes par jour¹⁸

Adultes de la population générale du Canada : 56 % mangent moins que le nombre recommandé de portions¹⁸

Figure 20. Consommation de moins de fruits et légumes que la quantité recommandée
Métis et population générale du Canada



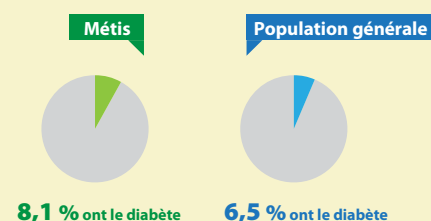
6. Diabète

En Ontario, le diabète atteint un pourcentage beaucoup plus élevé de Métis que la population générale³⁷.

Métis : 8,1 % ont le diabète³⁷

Population générale : 6,5 % ont le diabète³⁷

Figure 21. Diabète chez les Métis et dans la population générale de l'Ontario



Métis : Dépistage du cancer

En Ontario, les femmes métisses étaient tout aussi susceptibles que les femmes de la population générale de s'être soumises à un dépistage du cancer du sein par mammographie (environ 90 % des femmes âgées de 50 à 69 ans). Les femmes métisses étaient toutefois moins susceptibles de s'être soumises à une mammographie au cours de l'intervalle recommandé de deux ans³².

Femmes métisses : 60 % se sont soumises à une mammographie au cours des deux années précédentes³³

Femmes de la population générale : 73 % se sont soumises à une mammographie au cours des deux années précédentes³⁴

Comparativement à toutes les femmes de l'Ontario âgées de 18 ans et plus, les femmes métisses étaient plus susceptibles de s'être déjà soumises à un test de PAP, mais le pourcentage des femmes métisses qui se sont soumises à un dépistage au cours des cinq années précédentes ne différait pas de celui des femmes de la population générale³².

Métis : Profil du cancer

Les cancers de la prostate, du poumon, du sein et colorectal sont les plus répandus chez les Métis, comme chez les autres Ontariens³⁸.

Chez les Métis de l'Ontario, l'incidence du cancer est inférieure de 20 % à celle de la population générale, sauf dans le cas du cancer du poumon chez les femmes : leur taux peut dépasser de jusqu'à 40 % celui de la population générale³⁸.

À l'unisson

Roland St. Germain, aîné

« Il faut attirer davantage de Métis dans le domaine de la santé. Nous nous sentons plus à l'aise de consulter une infirmière praticienne ou un médecin métis parce que les autres ont toujours la même vieille attitude raciste. C'est pourquoi si nous réussissons à attirer des infirmières ou même des médecins métis dans les collectivités métisses, cela améliorera vraiment la santé de notre nation. »



Nos partenaires

Action Cancer Ontario et les collectivités autochtones bénéficient aussi de l'appui d'un réseau de partenaires et d'organisations dans toute la province, notamment les suivants :

- Programmes régionaux de cancérologie
- Agences ou organisations du secteur de la santé comme les centres d'accès aux soins de santé pour les Autochtones, Meno Ya Win (Sioux Lookout), la Régie régionale de la santé de *Weeneebayko* (Baie James/baie d'Hudson)
- Keewaytinook Okimakanak – Conseil des chefs Knet (Nord-Ouest de l'Ontario)
- Société canadienne du cancer
- Centre de toxicomanie et de santé mentale
- Soins de santé Saint Elizabeth
- Centres d'accès aux soins communautaires
- Réseaux de soins de soutien en oncologie
- Réseau rénal de l'Ontario

Programmes régionaux de cancérologie

Les centres régionaux de cancérologie de l'Ontario constituent nos partenaires les plus importants dans cette stratégie visant à reprendre notre santé et notre mieux-être. Chacun des 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé de l'Ontario a son propre programme régional de cancérologie. Il y a aussi 14 centres régionaux de cancérologie qui fournissent des services de prévention et de dépistage, de soins de soutien, de traitement (chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie) et de soins de fin de vie. Les centres régionaux de cancérologie suivent

une approche interdisciplinaire du traitement et des soins, ce qui garantit que les patients vivant avec le cancer et leur famille reçoivent le soutien physique, psychologique, social et spirituel dont ils ont besoin. Les centres régionaux de cancérologie comme Sudbury, Thunder Bay, Kingston, Ottawa, Barrie et Kitchener-Waterloo offrent de l'hébergement pour les patients de l'extérieur qui doivent s'y rendre suivre des traitements.

Stratégies pour les clients autochtones

Les programmes régionaux de cancérologie de l'Ontario mobilisent leurs clients autochtones par l'intermédiaire des comités de soin du cancer pour les Autochtones. Les programmes régionaux de cancérologie d'Erie St. Clair, de Champlain (Ottawa) et du Nord-Est sont en train de mobiliser leurs collectivités autochtones afin d'élaborer des programmes de dépistage visant à accroître les taux de participation au dépistage du cancer et à faire mieux comprendre et connaître le cancer aux collectivités autochtones de leurs régions.



Programme régional de cancérologie du Nord-Ouest

Ce programme dessert quelque 250 000 habitants du Nord-Ouest de l'Ontario. Établi en 1948, le centre est un promoteur de premier plan de la télémédecine, qu'il utilise à fond afin que les patients de 13 hôpitaux partenaires du Nord-Ouest de l'Ontario puissent se faire traiter plus près de chez eux. Il s'agit d'un des programmes de cancérologie les mieux cotés au Canada sur le plan de la satisfaction des clients. Le programme a mis sur pied le Comité du soin en cancérologie pour les Autochtones, constitué de représentants des Premières Nations, ainsi que de groupes et d'organisations autochtones. Il vise avant tout à établir pour la région une stratégie de prévention et de dépistage du cancer chez les Autochtones.

Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay

La santé des Autochtones constitue une orientation stratégique de ce centre de santé du Nord. « Notre parcours vers l'excellence en prestation des soins de santé aux Autochtones commence par l'amélioration de nos environnements physiques et culturels afin qu'ils reflètent les valeurs, les pratiques et les traditions exprimées des collectivités autochtones. » La stratégie vise à mettre à contribution les peuples autochtones, à accroître la sensibilisation culturelle, à promouvoir l'éducation et la sensibilisation et à respecter les valeurs autochtones.

Réseau rénal de l'Ontario

Les maladies rénales chroniques (MRC) préoccupent de plus en plus en Ontario. Comme le diabète est un facteur de risque de MRC, les Autochtones sont davantage exposés. Le Réseau rénal de l'Ontario (RRO) cherche à élaborer un système de soin des MRC qui repose sur les mêmes principes qu'ACO. Le RRO est déterminé à

réduire l'incidence des MRC en améliorant leur détection précoce et en ralentissant leur évolution. La directrice, Contrôle du cancer chez les Autochtones collaborera avec les collectivités des PNIM pour répondre à leurs besoins particuliers en matière de prévention, de dépistage et de prise en charge des MRC.

Partenaires autochtones importants

Fédération des centres d'amitié indiens de l'Ontario

La Fédération des centres d'amitié indiens de l'Ontario (FCAIO) est un organisme autochtone provincial qui représente 29 centres d'amitié membres de la province. Les programmes de la FCAIO sont exécutés par les centres d'amitié locaux dans des domaines comme la santé, la justice, l'aide aux familles, l'emploi et la formation. Les centres d'amitié conçoivent et lancent aussi des initiatives locales en éducation et en développement économique, ainsi que des programmes destinés à l'enfance et à la jeunesse, sans oublier la sensibilisation culturelle. La vision de la Fédération consiste à « améliorer la qualité de vie des Autochtones

À l'unisson

Sylvia Maracle, directrice générale, FCAIO

« Même les Autochtones vivant en milieu urbain recherchent des approches plus traditionnelles et culturelles. Même si nous sommes disposés à suivre les processus de traitement généraux, nous voudrions quand même avoir accès aux aînés, aux cérémonies et au soutien spirituel. Nous savons donc qu'en ce qui concerne le cancer et en particulier le niveau du traitement, les moyens de soutien physique, psychologique, affectif et spirituel sont tout aussi importants. La différence pour la collectivité autochtone réside dans le concept de la famille. La famille s'entend de toutes les relations d'une personne. Ses membres ne sont pas nécessairement du même sang. Pour que les professionnels de la santé réussissent vraiment à nous faire participer, ils doivent avoir établi une relation, ce qui prend du temps. »

vivant en milieu urbain en appuyant des activités autodéterminées qui encouragent l'égalité d'accès et de participation dans la société canadienne et qui respectent le caractère distinctif de la culture autochtone. »

Association des femmes autochtones de l'Ontario

L'AFAO offre des programmes et des services culturellement enrichis aux femmes autochtones et à leur famille. Cet organisme sans but lucratif créé en 1972 vise à responsabiliser et appuyer les femmes autochtones de l'Ontario et leur famille. Le principe qui guide l'AFAO, c'est que toute personne d'ascendance autochtone sera traitée avec dignité, respect et égalité. Les avantages et les services seront accordés à tous sans égard à l'endroit où ils vivent ni à leur patrimoine tribal.

L'AFAO a son siège à Thunder Bay et offre des programmes et services dans toute la province dans des bureaux satellites situés à Kenora, Dryden, Sioux Lookout, Geraldton/Greenstone, Ottawa, Napanee, Hamilton et Timmins.

Centres d'accès aux soins de santé pour les Autochtones

Les CASA jouent un rôle pivot dans le parcours de la guérison de la personne, de la famille et de la collectivité parce qu'ils se concentrent sur les soins de santé primaires, qui s'harmonisent de près avec la vision centenaire de la santé commune à toutes les collectivités autochtones : relier le bien-être physique, affectif, psychologique et spirituel en un seul cercle interconnecté. La guérison de la personne, de la famille et de la collectivité repose sur la reprise du contrôle des pratiques et de l'appartenance culturelles traditionnelles.

Comme premiers points d'accès et de service du système de santé, les CASA sont situés à proximité des endroits où vivent et travaillent les gens. Ils établissent un lien entre les soins cliniques, la médecine traditionnelle, la promotion de la santé et la prévention des maladies et utilisent la santé comme une occasion d'établir des partenariats dans la collectivité.

À l'unisson

Lana Ray, Association des femmes autochtones de l'Ontario

« Comment nous attaquer au cancer? Tout d'abord, par le dépistage – un dépistage adéquat réduirait nos taux élevés de cancer. Deuxièmement, il faut instaurer la confiance et améliorer la relation historique entre les femmes autochtones et le système de santé.

Le bouche à oreille fait beaucoup pour les Autochtones. Nous savons que beaucoup de femmes autochtones n'ont pas de médecin personnel et se rendent principalement à l'urgence. Si un programme donne des résultats, plus les femmes autochtones y auront accès et s'en parleront, plus la confiance s'établira et plus il est probable que d'autres femmes se présenteront au programme en question.

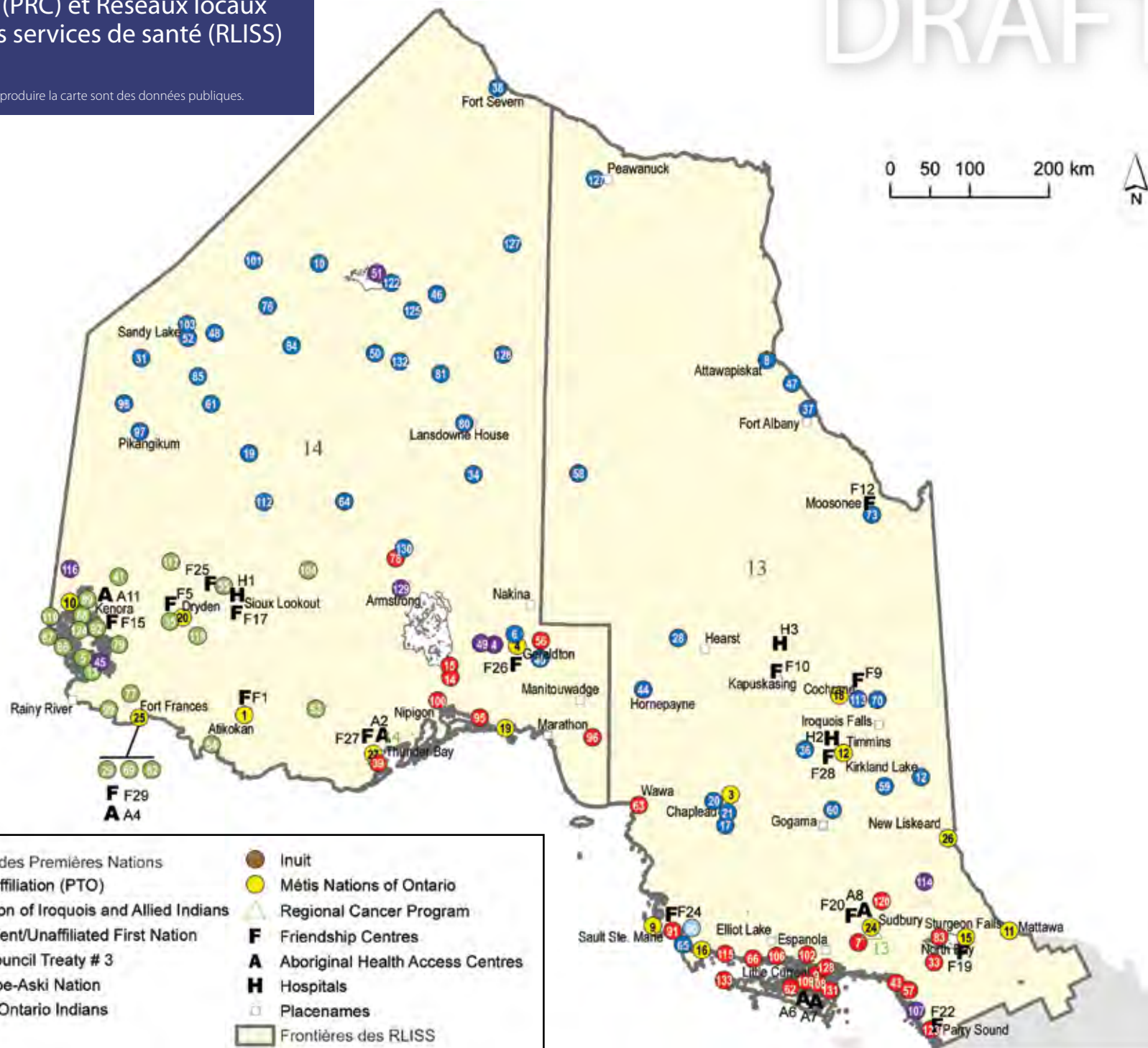
Essayer de penser positivement et de voir les forces, c'est un élément de nombreuses cultures autochtones. C'est pourquoi la meilleure solution consiste peut-être à adopter l'approche de ces questions qui est fondée sur la force. »

Nord de l'Ontario, collectivités des Premières Nations, Programmes régionaux de cancérologie (PRC) et Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS)

Index aux pages 50 et 51

Note : Les données utilisées pour produire la carte sont des données publiques.

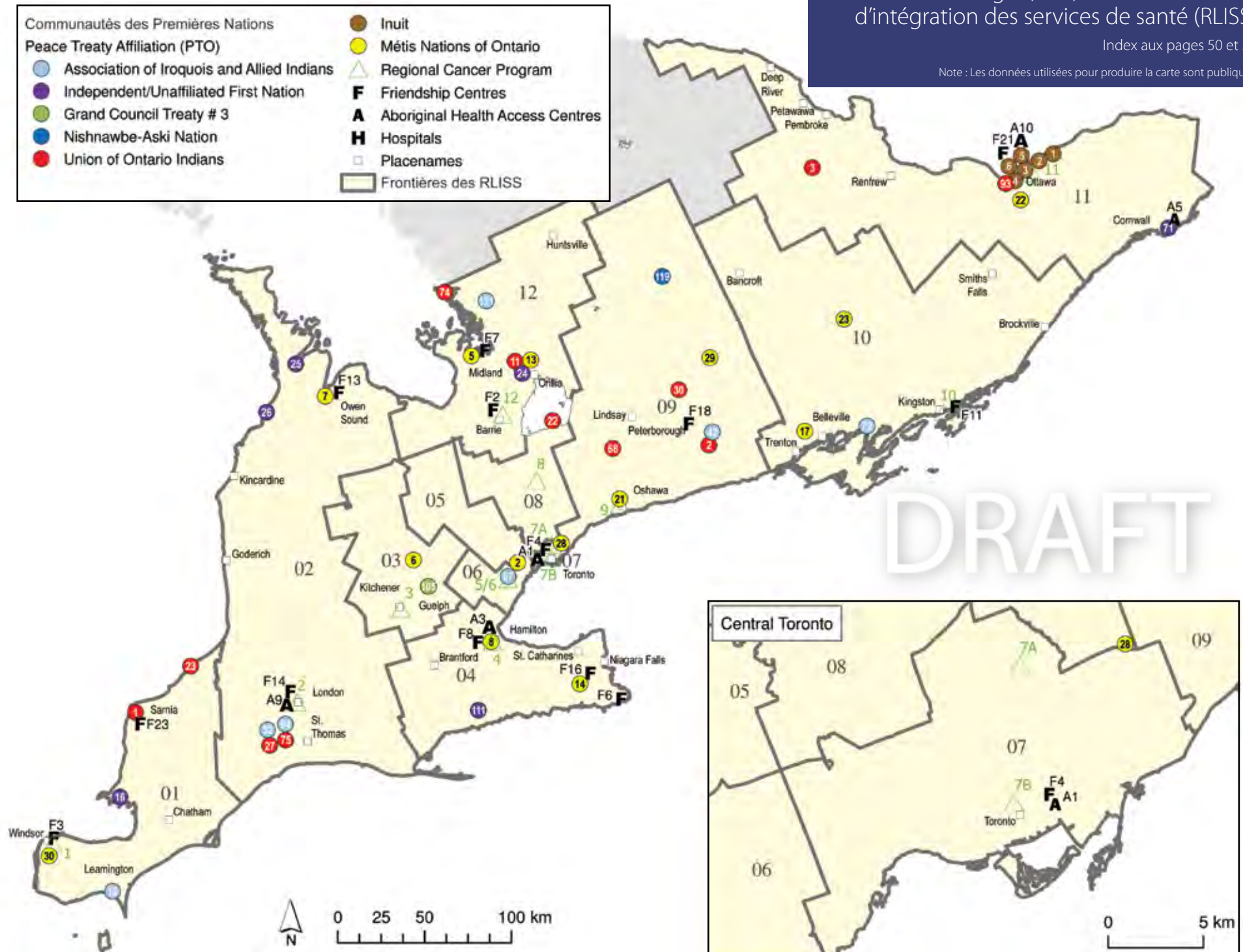
DRAFT



Sud de l'Ontario, collectivités des Premières Nations, Programmes régionaux de cancérologie (PRC) et Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS)

Index aux pages 50 et 51

Note : Les données utilisées pour produire la carte sont publiques.





Carte de l'Ontario autochtone

Premières Nations Indexe des collectivités

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

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

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

Index des collectivités inuites

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

Index des nations métisses de l'Ontario

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

Programmes régionaux de cancérologie

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

Centres d'amitié

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

Centres d'accès aux soins de santé pour les Autochtones

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

Hôpitaux

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



Références

- ¹ Statistique Canada. 2007. Profil de la population autochtone de l'Ontario (Code35) (tableau). Recensement de 2006. Statistique Canada. N° 92-594-XWF au catalogue. Ottawa. Publié le 15 janvier 2008. <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/dp-pd/prof/92-594/index.cfm?Lang=F> (consulté le 22 mars 2012).
- ² Gandini S, Botteri E, Iodice S, Boniol M, Lowenfels AB, Maisonneuve P, et al. Tobacco smoking and cancer: a meta-analysis. *Int J Cancer*. 1^{er} janvier 2008;122(1):155-64.
- ³ Centre international de recherche sur le cancer. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans: tobacco smoke and involuntary smoking. Lyon, FR : Presses du CIRC; 2004.
- ⁴ Chuang S-C, Lee Y-CA, Hashibe M, Dai M, Zheng T, Boffetta P. Interaction between cigarette smoking and hepatitis B and C virus infection on the risk of liver cancer: a meta-analysis. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. Mai 2010;19(5):1261-8.
- ⁵ Secretan B, Straif K, Baan R, Grosse Y, El Ghissassi F, Bouvard V, et al. A review of human carcinogens-- Part E: tobacco, areca nut, alcohol, coal smoke, and salted fish. *Lancet Oncol*. Novembre 2009;10(11):1033-4.
- ⁶ Inconnu. Préparé par : Organisation mondiale de la Santé. Cancer. Aide-mémoire n°297. Février 2012. Consulté le 24 mars 2012. Peut être extrait de : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/fr/#>
- ⁷ Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007-2008. Préparé par : Action Cancer Ontario, Direction de l'étude et surveillance de la population. Peut être extrait de : <http://www.csqi.on.ca/cms/one.aspx?portalId>
- ⁸ Deng L, Gui Z, Zhao L, Wang J, Shen L. 2012. Diabetes Mellitus and the Incidence of Colorectal Cancer: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. *Dig Dis Sci*. epub 17 février 2012.
- ⁹ Dyck R, Osgood N, Lin TH, Gao A, Stang MR. 2010. Epidemiology of diabetes mellitus among First Nations and non-First Nations adults. *JAMC*. 182(3):249-56.
- ¹⁰ Elias B, Kliewer EV, Hall M, Demers AA, Turner D, Martens P, Hong SP, Hart L, Chartrand C, Munro G. 2011. The burden of cancer risk in Canada's indigenous population: a comparative study of known risks in a Canadian region *International Journal of General Medicine*. 4: 699-709.
- ¹¹ Agence de la santé publique du Canada (ASPC). 2011. Chapitre 6 – Le diabète chez les populations autochtones (Premières Nations, Inuits et Métis), dans *Le diabète au Canada : Perspective de santé publique sur les faits et chiffres*, Ottawa. Peut être extrait de : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/publications/diabetes-diabete/facts-figures-faits-chiffres-2011/chap6-fra.php>
- ¹² Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. 2011. RHS Phase 2 (2008/10) Preliminary Results. Ottawa, Canada.
- ¹³ Stratégie de lutte contre le diabète chez les Autochtones de l'Ontario (SLDA). 2006. Peut être extrait de : http://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/oads_06/oads_06f.pdf
- ¹⁴ Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000 2001, 2003, 2005, 2007 2008 (Statistique Canada). Préparé par : Action Cancer Ontario, Étude et surveillance de la population. Peut être extrait de : *Indice de qualité du réseau de cancérologie*, 2010.
- ¹⁵ First Nations Regional Health Survey 2002 2003 – Adult Survey. Préparé par : Centre de gouvernance et d'information sur les Premières Nations. Peut être extrait de : http://www.rhs-ers.ca/sites/default/files/ENpdf/RHS_2002/rhs2002-03-technical_report.pdf
- ¹⁶ Canadian Community Health Survey 2007 2008. Préparé par : Réseau du cancer colorectal, Action Cancer Ontario, 2011. Peut être extrait de : http://www.cancerview.ca/idc/groups/public/documents/webcontent/crcnet_q6_screening_report.pdf
- ¹⁷ Enquête régionale sur la santé des Premières Nations, Phase 2 2008 2010. Préparé par : Agence de la santé publique du Canada et Centre de gouvernance de l'information sur les Premières Nations, 2011. Peut être extrait de : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/publications/diabetes-diabete/facts-figures-faits-chiffres-2011/chap6-fra.php>
- ¹⁸ Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2009 2010. Préparé par : Agence de la santé publique du Canada, 2011. Extrait de : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/publications/diabetes-diabete/facts-figures-faits-chiffres-2011/chap6-fra.php>
- ¹⁹ Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000 2001 et 2004 2005. Préparé par : McDonald JT, Trenholm R. 2010. Cancer-related health behaviours and health service use among Inuit and other residents of Canada's North. Peut être extrait de : *Social Science & Medicine* 70:1396-1403.
- ²⁰ Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2009 2010 et Enquête régionale sur la santé des Premières Nations, phase 2, 2008-2010. Préparé par : Agence de la santé publique du Canada et Centre de gouvernance de l'information sur les Premières Nations. Peut être extrait de : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/publications/diabetes-diabete/facts-figures-faits-chiffres-2011/index-fra.php>
- ²¹ Agence de la santé publique du Canada (ASPC). 2011. Chapitre 6 – Le diabète chez les populations autochtones (Premières Nations, Inuits et Métis), dans *Le diabète au Canada : Perspective de santé publique sur les faits et chiffres*, Ottawa. Peut être extrait de : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/publications/diabetes-diabete/facts-figures-faits-chiffres-2011/chap6-fra.php>
- ²² Enquête régionale sur la santé des Premières Nations 2002 2003 et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003. Préparé par : Santé Canada, Statistique Canada et le Centre de gouvernance d'information sur les Premières Nations. Peut être extrait de : <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/aborig-autoch/2009-stats-profil/index-fra.php>
- ²³ Marrett LD, Chaudhry M. 2003. Cancer incidence and mortality in Ontario First Nations, 1968-1991 (Canada). *Cancer Causes and Control*. 14: 259-68.
- ²⁴ Marrett, communication personnelle.
- ²⁵ Friberg JT, Melbye M. 2008. Cancer patterns in Inuit populations. *Lancet Oncology*. 9:892-900.
- ²⁶ Inuit Tapiriit Kanatami (ITK). 2008. Inuit & cancer: Document de travail. Ottawa : Inuit Tapiriit Kanatami.
- ²⁷ Circumpolar Inuit Cancer Review Working Group, Young K, Kelly J, Lanier A, Santos M, Healey S, Louchini R, Friberg J. 2008. Cancer among the circumpolar Inuit, 1989-2003. II. Patterns and trends. *International Journal of Circumpolar Health*, 67(5): 408-420.
- ²⁸ McDonald, JT, Trenholm, R. 2010. Cancer-related health behaviours and health service use among Inuit and other residents of Canada's North. *Social Science & Medicine* 70:1396-1403.
- ²⁹ Nunavut Cancer Registry 1992-2001 and 1996 Canadian cancer rates. Préparé par : Healey SM, Plaza D, Osborne G. 2003. A Ten-Year Profile of Cancer in Nunavut. Iqaluit NU : ministère de la Santé et des Services sociaux. Gouvernement du Nunavut.

³⁰ Données sur les Inuits adaptées de : Cancer among the circumpolar Inuit, 1989–2003. II. Patterns and trends. International Journal of Circumpolar Health, 67(5): 408–420. Ontario Cancer Incidence in Five Continents Vol. IX, IARC 2007. Peut être extrait de : <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/epi/sp160/index.php>

³¹ Données sur les Inuits adaptées de : Circumpolar Inuit Cancer Review Working Group, Young K, Kelly J, Lanier A, Santos M, Healey S, Louchini R, Friborg J. 2008. Cancer among the circumpolar Inuit, 1989–2003. II. Patterns and trends. International Journal of Circumpolar Health, 67(5): 408–420.

³² Enquête auprès des peuples autochtones (2006) et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 3.1 (2005). Préparé par : Withrow D, Kewayosh A, Marrett L. 2012. Cancer in the Métis Nation of Ontario Clinical Significance Report. Peut être extrait de : [http://www.metisnation.org/media/229177/mno%20cancer%20clinical%20significance%20report%20\(29-mar-2012\).pdf](http://www.metisnation.org/media/229177/mno%20cancer%20clinical%20significance%20report%20(29-mar-2012).pdf)

³³ Enquête auprès des peuples autochtones (2006). Préparé par : Withrow D, Kewayosh A, Marrett L. 2012. Cancer in the Métis Nation of Ontario Clinical Significance Report. Peut être extrait de : [http://www.metisnation.org/media/229177/mno%20cancer%20clinical%20significance%20report%20\(29-mar-2012\).pdf](http://www.metisnation.org/media/229177/mno%20cancer%20clinical%20significance%20report%20(29-mar-2012).pdf)

³⁴ Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 3.1 (2005). Préparé par : Withrow D, Kewayosh A, Marrett L. 2012. Cancer in the Métis Nation of Ontario Clinical Significance Report. Peut être extrait de : [http://www.metisnation.org/media/229177/mno%20cancer%20clinical%20significance%20report%20\(29-mar-2012\).pdf](http://www.metisnation.org/media/229177/mno%20cancer%20clinical%20significance%20report%20(29-mar-2012).pdf)

³⁵ Les réponses de l'Ontario (ESCC) ont été normalisées en fonction de l'âge de la population métisse de la province identifiée dans le recensement de la population de 2006.

³⁶ Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. 2011. RHS Phase 2 (2008/10) Preliminary Results. Ottawa, Canada.

³⁷ Registre de citoyenneté de la Nation des Métis de l'Ontario et base de données sur Le diabète dans la Nation des Métis de l'Ontario 2007. Préparé par : Shah BR, Cauch-Dudek K, Wu CF. 2012. Rapport technique sur le diabète dans la Nation des Métis de l'Ontario. Peut être extrait de <http://www.metisnation.org/media/229165/119%20final%20diabetes%20technical%20fr.pdf>

³⁸ Registre de citoyenneté de la Nation des Métis de l'Ontario et Registre du cancer de l'Ontario. Préparé par l'Institut de recherche en service de santé. Peut être extrait de : [http://www.metisnation.org/media/229180/cancer_technical_report_fr%20\(19-mar-2012\).pdf](http://www.metisnation.org/media/229180/cancer_technical_report_fr%20(19-mar-2012).pdf)



