

Rapports sur la santé

Le cancer chez les Premières Nations en Ontario, Canada : incidence et mortalité, 1991 à 2010

par Sehar Jamal, Carmen Jones, Jennifer Walker, Maegan Mazereeuw, Amanda J. Sheppard, David Henry, et Loraine D. Marrett

Date de diffusion : le 16 juin 2021



Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à STATCAN.infostats-infostats.STATCAN@canada.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros suivants :

- | | |
|---|----------------|
| • Service de renseignements statistiques | 1-800-263-1136 |
| • Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants | 1-800-363-7629 |
| • Télécopieur | 1-514-283-9350 |

Programme des services de dépôt

- | | |
|-----------------------------|----------------|
| • Service de renseignements | 1-800-635-7943 |
| • Télécopieur | 1-800-565-7757 |

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « Contactez-nous » > « [Normes de service à la clientèle](#) ».

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, les entreprises, les administrations et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par le ministre de l'Industrie 2021

Tous droits réservés. L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'[entente de licence ouverte](#) de Statistique Canada.

Une [version HTML](#) est aussi disponible.

This publication is also available in English.

Le cancer chez les Premières Nations en Ontario, Canada : incidence et mortalité, 1991 à 2010

par Sehar Jamal, Carmen Jones, Jennifer Walker, Maegan Mazereeuw, Amanda J. Sheppard, David Henry, et Loraine D. Marrett

DOI: <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x202100600002-fra>

RÉSUMÉ

Contexte

Cette étude vise à mesurer l'incidence et les taux de mortalité du cancer parmi les membres inscrits des Premières Nations en Ontario et à les comparer à ceux des autres personnes de l'Ontario de 1991 à 2010.

Données et méthodes

Le Registre fédéral des Indiens, le Registre des cas de cancer de l'Ontario (RCCO) et la Base de données sur les personnes inscrites ont été couplés pour former une cohorte de personnes des Premières Nations qui ont reçu un diagnostic de cancer en Ontario. On a calculé l'incidence et les taux de mortalité du cancer normalisés selon l'âge propre au sexe et au siège, ainsi que certaines tendances au fil du temps. Des rapports de taux (RT) ont été utilisés pour comparer les taux des Premières Nations avec ceux des autres personnes de l'Ontario.

Résultats

La cohorte des Premières Nations comptait 194 392 personnes, comportant 6 859 diagnostics de cancer. Les taux de certains cancers étaient plus élevés chez les Premières Nations que chez les autres personnes de l'Ontario : les cancers du poumon (RT de 1,19 pour les hommes; RT de 1,47 pour les femmes), colorectaux (RT de 1,36 pour les hommes; RT de 1,34 pour les femmes) et du rein (RT de 1,95 pour les hommes; RT de 2,23 pour les femmes). Alors que les taux de cancer du poumon ont augmenté chez les femmes des Premières Nations (variation annuelle en pourcentage [VAP] +2,67), ils ont chuté à un taux semblable (VAP -2,28) chez les hommes. Les taux de cancer du col de l'utérus ont diminué (VAP -9,53) et ont approché le taux chez les autres femmes en Ontario. Les taux de cancer du rein ont augmenté chez les Premières Nations.

Interprétation

L'incidence et la mortalité de certains cancers sont plus élevées chez les Premières Nations que les autres personnes de l'Ontario. Toutefois, les baisses des taux de cancer du col de l'utérus chez les femmes des Premières Nations et les taux de cancer du poumon chez les hommes des Premières Nations illustrent les répercussions probables de l'adoption des tests Pap et des programmes de renoncement au tabac. Les efforts déployés par les collectivités pour élaborer des programmes de prévention et de dépistage adaptés aux différences culturelles sont essentiels pour réduire encore davantage le taux de cancer chez les Premières Nations.

Mots-clés

Autochtones, cancer, Premières Nations

AUTEURS

Sehar Jamal travaille à l'unité des soins de cancérologie chez les personnes autochtones de Santé Ontario (Action Cancer Ontario), à Toronto, en Ontario, Canada. Carmen Jones travaille avec Chiefs of Ontario (secteur de la santé), à Toronto, en Ontario, Canada. Jennifer Walker travaille à l'Institut de recherche en services de santé (IRSS), à Toronto, en Ontario, Canada. Maegan Mazereeuw travaille à l'Institut canadien d'information sur la santé, à Ottawa, en Ontario, Canada. Amanda J. Sheppard (amanda.sheppard@ontariohealth.ca) travaille pour l'Unité des soins de cancérologie chez les personnes autochtones de Santé Ontario (Action Cancer Ontario), à Toronto, en Ontario, Canada, et à l'Université de Toronto (École de santé publique Dalla Lana), à Toronto, en Ontario, Canada. David Henry travaille pour l'Université Bond (Institute for Evidence-Based Healthcare), située à Robina, au Queensland, Australie. Loraine D. Marrett travaille pour l'Unité des soins de cancérologie chez les personnes autochtones de Santé Ontario (Action Cancer Ontario), à Toronto, en Ontario, Canada, et à l'Université de Toronto (École de santé publique Dalla Lana), à Toronto, en Ontario, Canada.

REMERCIEMENTS

Contributions analytiques

Les auteurs tiennent à souligner le rôle fondamental de leur estimée collègue, Diane Nishi, dans ce projet. En particulier, le travail a bénéficié de son expertise analytique, de sa vigilance constante en ce qui concerne les raisonnements défectueux et la qualité des données, ainsi que ses recommandations toujours judicieuses concernant les améliorations à apporter. Abigail Amartey a également joué un rôle essentiel dans le développement initial de la cohorte d'étude. Nelson Chong était responsable du processus complexe de couplage d'enregistrements.

Apport de direction

Alethea Kewayosh et Tracey Antone ont apporté au projet du leadership organisationnel et une perspective nouvelle tout en maintenant leur loyauté envers les populations qu'elles servent.

Chiefs of Ontario Health (Cancer Care Ontario), Santé Canada (Santé des Premières Nations et des Inuits), Services aux Autochtones Canada (anciennement Affaires indiennes et du Nord Canada) et l'Institut de recherche en services de santé (IRSS) ont collaboré à ce projet pendant plus d'une décennie.

AVIS DE NON-RESPONSABILITÉ

Cette publication a été réalisée avec l'appui de Santé Ontario (Action Cancer Ontario [ACO]) grâce au financement du ministère de la Santé de l'Ontario. Les opinions, les résultats, les points de vue et les conclusions présentés dans la présente publication sont ceux des auteurs et ne reflètent pas nécessairement ceux de Santé Ontario (Action Cancer Ontario). Aucune approbation par Santé Ontario (Action Cancer Ontario) n'est prévue ou ne devrait être supposée.

Cette étude a été appuyée par l'IRSS, qui est financée par une subvention annuelle du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) de l'Ontario. Certaines parties de ce document sont fondées sur des données et des renseignements compilés et fournis par le MSSLD, ACO et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Les analyses, les conclusions, les opinions et les déclarations qui y sont présentées sont uniquement celles des auteurs et ne reflètent pas celles des sources de financement ou de données; aucune approbation n'est prévue ni ne devrait être déduite.

Ce que l'on sait déjà sur le sujet ?

- Avant 1991, les taux de cancer étaient plus faibles chez les membres inscrits des Premières Nations que dans l'ensemble de la population; cependant, les taux de certains cancers (p. ex. cancer du poumon, colorectal) ont augmenté plus rapidement au fil du temps que pour d'autres personnes en Ontario.
- Les études de suivi ont révélé des taux de survie au cancer plus faibles chez les Premières Nations par rapport à d'autres personnes, particulièrement pour les cancers colorectaux, les cancers du sein chez les femmes, les cancers du poumon chez les hommes et les cancers de la prostate.
- Compte tenu des taux croissants de certains cancers (p. ex. poumon, colorectal), il est important de mettre à jour les statistiques sur le fardeau du cancer dans cette population pour fournir des mesures et des programmes de prévention plus ciblés.

Ce qu'apporte l'étude ?

- De 1991 à 2010, les taux d'incidence et de mortalité de plusieurs cancers (p. ex. poumon, colorectal et rein) étaient plus élevés chez les Premières Nations par rapport à d'autres personnes en Ontario.
- Bien que l'incidence du cancer du col de l'utérus était à la hausse chez les femmes des Premières Nations avant 1991, les résultats de cette étude indiquent une diminution au fil du temps et une convergence avec les taux d'incidence de la population générale.
- Cette étude présente des données importantes pour la planification et l'établissement des priorités en matière de lutte contre le cancer d'une façon adaptée à la culture; toutefois, des données sur le dépistage et le suivi du cancer chez les Premières Nations de l'Ontario sont nécessaires pour éclairer les politiques et les programmes de santé.

Il existe trois groupes autochtones distincts au Canada : les Premières Nations, les Inuits et les Métis (PNIM)¹. Ces trois groupes distincts ont leur propre histoire ainsi que leurs propres langues, pratiques culturelles et croyances. Les Premières Nations constituent le plus grand de ces groupes, comptant plus de 230 000 personnes résidant en Ontario (environ 2 % de la population provinciale et environ 24 % de la population nationale des Premières Nations)². De nombreuses personnes des Premières Nations sont confrontées à des obstacles importants pour rester en bonne santé, qui découlent en partie du colonialisme, du racisme et de l'exclusion sociale³. Par conséquent, bon nombre d'entre elles souffrent d'une mauvaise santé comparativement à la population en général (p. ex. une espérance de vie plus faible, une mortalité évitable plus élevée)⁴. D'autres facteurs peuvent également contribuer à de moins bons résultats en matière de santé, y compris des défis géographiques qui limitent l'accès aux services de santé, à des aliments abordables et à l'éducation³.

Le cancer est l'une des principales causes de décès chez les Premières Nations⁵. Toutefois, un manque d'identificateurs autochtones dans les bases de données administratives sur la santé, y compris les registres du cancer, a limité la mesure des résultats en matière de santé des Premières Nations et a nécessité la réalisation d'études spéciales. Grâce au couplage d'enregistrements, des données probantes accumulées récemment ont démontré des tendances différentes en ce qui concerne l'incidence du cancer parmi les populations autochtones par rapport aux populations non autochtones. Au

Canada, il a été démontré que les Premières Nations ont une incidence plus élevée de cancers du côlon et du rectum, du rein, du col de l'utérus et du foie et une incidence plus faible de cancers de la prostate, du sein, de la vessie, de l'utérus et du cerveau, ainsi que de lymphomes non hodgkiniens, de la leucémie et du mélanome⁶⁻⁸.

En Ontario, la province la plus peuplée du Canada, les données disponibles étaient tout à fait désuètes; la couverture la plus récente datait de 1991⁷. Ces données ont montré une augmentation des taux d'incidence du cancer chez les Premières Nations de l'Ontario, particulièrement pour les cancers du poumon et colorectaux⁷. Cette étude a pour but de présenter des renseignements actualisés sur le fardeau du cancer pour les Premières Nations vivant en Ontario et d'examiner les tendances au fil du temps, particulièrement en ce qui concerne les taux de cancer qui sont ciblés par des programmes de dépistage (cervical, du sein, colorectal) ou les interventions de santé publique (tabagisme).

Données et méthodes

Conformément au mandat donné par l'Assemblée des chefs des Premières Nations de l'Ontario en 2009, trois organismes (Chiefs of Ontario, l'IRSS et Santé Ontario [Action Cancer Ontario]) ont collaboré à l'élaboration d'une stratégie visant à estimer le fardeau du cancer chez les Premières Nations de l'Ontario. Chiefs of Ontario (Chiefs of Ontario) est le secrétariat des 133 collectivités des Premières Nations de l'Ontario et a

dirigé les efforts visant à obtenir l'accès au Registre des Indiens (RI) fédéral. L'IRSS est un organisme indépendant de recherche sur les données en Ontario qui détient, maintient et utilise le RI sous l'autorité de Chiefs of Ontario. Santé Ontario (Action Cancer Ontario) est le conseiller du gouvernement en matière de cancer et était chargé d'analyser et d'interpréter les données sur le cancer.

La stratégie du projet consistait à coupler plusieurs bases de données pour créer une cohorte des Premières Nations, à élaborer des ententes de gouvernance et de partage de données qui précisent de quelle façon les organismes collaboreraient pour gérer les données en vertu des principes de souveraineté des données des Premières Nations, à savoir la propriété, le

contrôle, l'accès et la possession (PCAP®)^{9,10}. Le Groupe de travail sur la surveillance du cancer a été formé pour guider l'élaboration et la mise en œuvre du projet. Les résultats ont été initialement fournis aux collectivités des Premières Nations de l'Ontario au moyen d'un cadre d'application et d'échange des connaissances avec le soutien d'un spécialiste de l'application des connaissances des Premières Nations.

Création de la cohorte

Le Groupe de travail sur la surveillance du cancer a présenté une demande à Services aux Autochtones Canada demandant l'accès au RI pour les années 1991 à 2010 (« période à l'étude »). Le RI est le dossier officiel de tous les « Indiens

Tableau 1
Taux d'incidence normalisé selon l'âge pour 100 000 et rapports de taux chez les Premières Nations et les autres personnes en Ontario, 1991 à 2010

	Taux d'incidence normalisé selon l'âge			Rapport de taux	Intervalle de confiance de 95 % (inférieur)	Intervalle de confiance de 95 % (supérieur)
	Nombre (Premières Nations)	Premières Nations	Autre			
Hommes						
Tous les sièges combinés	3 152	324,1	336,7	0,96	0,93	1,00
0 à 14 ans	48	11,5	17,7	0,65 †	0,48	0,87
15 à 29 ans	85	20,9	35,1	0,60 †	0,48	0,74
30 à 49 ans	434	107,2	131,4	0,82 †	0,74	0,90
50 à 64 ans	1 226	892,6	870,7	1,03	0,97	1,09
65 à 74 ans	853	2 228,6	2 303,1	0,97	0,90	1,04
75 ans et plus	506	3 104,6	3 128,8	0,99	0,91	1,08
Prostate	636	72,5	90,6	0,80 †	0,74	0,87
50 à 64 ans	250	186,6	253,5	0,74 †	0,65	0,84
65 à 74 ans	251	656,0	781,9	0,84 †	0,74	0,95
75 ans et plus	121	725,7	839,7	0,86	0,71	1,04
Colorectal	532	56,4	41,3	1,36 †	1,25	1,49
Moins de 50 ans	64	4,9	4,3	1,12	0,86	1,44
50 à 64 ans	229	166,9	110,3	1,51 †	1,32	1,73
65 à 74 ans	145	378,9	293,4	1,29 †	1,09	1,52
75 ans et plus	94	591,1	441,8	1,34 †	1,07	1,65
Poumon	522	57,0	47,7	1,19 †	1,09	1,30
Moins de 50 ans	46	3,6	3,2	1,12	0,84	1,45
50 à 64 ans	207	154,9	123,8	1,25 †	1,08	1,44
65 à 74 ans	175	457,2	380,6	1,20 †	1,03	1,39
75 ans et plus	94	557,7	503,6	1,11 †	0,89	1,36
Rein	210	19,3	9,9	1,95 †	1,68	2,25
30 à 49 ans	49	12,3	6,8	1,81 †	1,33	2,41
50 à 64 ans	105	73,1	30,4	2,41 †	1,96	2,93
65 à 74 ans	32	83,5	53,4	1,57 †	1,07	2,21
75 ans et plus	18	108,4	64,9	1,67	0,98	2,68
Lymphome non hodgkinien	121	11,5	15,0	0,76 †	0,63	0,92
Cancer de la cavité buccale et du pharynx	116	11,2	10,9	1,03	0,85	1,25
Leucémie	86	8,0	12,9	0,62 †	0,49	0,77
Estomac	84	8,4	8,0	1,05	0,83	1,31
Foie	71	7,2	4,6	1,57 †	1,22	1,99
Vessie	67	7,2	15,1	0,47 †	0,36	0,61
Pancréas	61	6,3	6,8	0,92	0,70	1,19
Œsophage	59	5,9	4,7	1,24	0,93	1,61
Testicules	58	3,6	4,8	0,76	0,57	1,00
Myélome	51	5,2	4,5	1,15	0,84	1,52
Cerveau	48	3,5	7,2	0,49 †	0,35	0,66
Larynx	42	4,2	4,1	1,04	0,74	1,41
Mélanome de la peau	31	2,6	11,7	0,22 †	0,15	0,32

† résultat statistiquement significatif (l'intervalle de confiance de 95 % exclut 1)

†† Le taux d'incidence pour tous les âges combinés pour le cancer du poumon chez les femmes concerne les personnes âgées de 30 à 99 ans.

Notes : Les taux ont été calculés pour les combinaisons d'âge, de sexe et de type avec 30 cas ou plus chez les Premières Nations, standardisés selon l'âge par rapport à la population normalisée mondiale. Le taux d'incidence pour tous les âges combinés comprend les personnes âgées de 0 à 99 ans, sauf indication contraire.

Sources : Registre des cas de cancer de l'Ontario, Système d'inscription des Indiens.

Tableau 1
Taux d'incidence normalisé selon l'âge pour 100 000 et rapports de taux chez les Premières Nations et les autres personnes en Ontario, 1991 à 2010 (suite)

	Nombre (Premières Nations)	Taux d'incidence normalisé selon l'âge		Rapport de taux	Intervalle de confiance de 95 % (inférieur)	Intervalle de confiance de 95 % (supérieur)
		Premières Nations	Autre			
Femmes						
Tous les sièges combinés	3 707	290,8	276,1	1,05 †	1,02	1,09
0 à 14 ans	42	10,3	15,7	0,66 †	0,47	0,89
15 à 29 ans	100	27,1	41,1	0,66 †	0,54	0,80
30 à 49 ans	962	237,5	237,1	1,00	0,94	1,07
50 à 64 ans	1 331	823,8	768,3	1,07 †	1,01	1,13
65 à 74 ans	799	1 589,2	1 359,7	1,17 †	1,09	1,25
75 ans et plus	473	1 861,4	1 810,0	1,03	0,94	1,13
Sein	919	69,6	81,0	0,86 †	0,80	0,92
30 à 49 ans	328	81,5	89,7	0,91	0,81	1,01
50 à 64 ans	358	218,2	261,4	0,83 †	0,75	0,93
65 à 74 ans	161	320,4	352,6	0,91	0,77	1,06
75 ans et plus	65	260,5	358,5	0,73 †	0,56	0,93
Poumon††	537	45,6	30,9	1,47 †	1,35	1,61
30 à 49 ans	57	14,6	10,9	1,34 †	1,01	1,74
50 à 64 ans	216	137,0	92,1	1,49 †	1,29	1,70
65 à 74 ans	178	354,6	225,0	1,58 †	1,35	1,83
75 ans et plus	86	328,8	248,6	1,32 †	1,06	1,64
Colorectal	465	38,2	28,4	1,34 †	1,22	1,47
Moins de 50 ans	77	5,9	4,0	1,48 †	1,16	1,86
50 à 64 ans	174	107,7	72,9	1,48 †	1,26	1,72
65 à 74 ans	124	246,8	183,6	1,34 †	1,12	1,60
75 ans et plus	90	355,3	327,9	1,08	0,87	1,34
Col de l'utérus	169	11,1	6,9	1,61 †	1,37	1,88
30 à 49 ans	99	23,1	14,6	1,54 †	1,28	1,93
50 à 64 ans	30	17,8	13,4	1,33	0,89	1,91
65 à 74 ans	15	29,7	14,1	2,10 †	1,17	3,48
75 ans et plus	8	31,5	13,2	2,39 †	1,02	4,76
Rein	161	12,6	5,7	2,23 †	1,89	2,62
Moins de 50 ans	45	3,4	1,7	1,94 †	1,41	2,62
50 à 64 ans	63	38,2	15,8	2,41 †	1,84	3,10
65 à 74 ans	38	75,8	29,8	2,54 †	1,79	3,50
75 ans et plus	15	59,4	36,0	1,65	0,92	2,73
Utérus	148	11,4	15,5	0,73 †	0,62	0,87
Ovaires	140	11,1	11,4	0,97	0,82	1,15
Lymphome non hodgkinien	139	10,9	10,9	0,99	0,83	1,18
Thyroïde	97	6,5	14,1	0,46 †	0,37	0,57
Leucémie	92	7,2	8,2	0,89	0,71	1,09
Pancréas	78	6,5	5,4	1,20	0,94	1,50
Cancer de la cavité buccale et du pharynx	68	5,2	4,5	1,16	0,90	1,48
Myélome	67	5,4	3,1	1,75 †	1,35	2,23
Estomac	65	5,2	3,7	1,42 †	1,09	1,82
Cerveau	56	4,1	5,4	0,75 †	0,56	0,98
Mélanome de la peau	48	3,4	9,7	0,35 †	0,25	0,46
Vessie	35	2,9	4,0	0,73	0,50	1,01
Foie	32	2,8	1,4	1,95 †	1,32	2,76
Vésicule biliaire	31	2,6	0,9	2,70 †	1,82	3,86
Vulve	31	2,3	1,4	1,58 †	1,06	2,27

† résultat statistiquement significatif (l'intervalle de confiance de 95 % exclut 1)

†† Le taux d'incidence pour tous les âges combinés pour le cancer du poumon chez les femmes concerne les personnes âgées de 30 à 99 ans.

Notes : Les taux ont été calculés pour les combinaisons d'âge, de sexe et de type avec 30 cas ou plus chez les Premières Nations, standardisés selon l'âge par rapport à la population normalisée mondiale. Le taux d'incidence pour tous les âges combinés comprend les personnes âgées de 0 à 99 ans, sauf indication

Sources : Registre des cas de cancer de l'Ontario, Système d'inscription des Indiens.

inscrits » (les « Indiens » sont maintenant appelés « Premières Nations ») qui satisfont aux critères d'admissibilité définis en vertu de la *Loi sur les Indiens* fédérale¹¹. Une copie du fichier contenant certaines variables du RI a été envoyée à l'IRSS, une

entité prescrite en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé* de l'Ontario, qui a légalement le droit de recevoir et de coupler des fichiers avec des renseignements permettant d'identifier une personne.

L'IRSS a agi à titre d'administrateur des données au nom des Premières Nations de l'Ontario aux fins du présent projet¹².

L'IRSS a créé une cohorte de membres inscrits des Premières Nations (âgés de 0 à 99 ans) vivant en Ontario (« cohorte des

Tableau 2
Taux de mortalité normalisé selon l'âge pour 100 000 et rapport de taux chez les Premières Nations et les autres personnes en Ontario, 1991 à 2010, plus fréquentes causes de décès attribuables au cancer

	N (Premières Nations)	Taux de mortalité normalisé selon l'âge		Rapport de taux	Intervalle de confiance de 95 % (inférieure)	Intervalle de confiance de 95 % (supérieure)
		Premières Nations	Autre			
Hommes						
Tous les sièges combinés	1 444	157,7	145,5	1,08 †	1,03	1,14
Moins de 30 ans	27	3,1	4,2	0,74	0,48	1,08
30 à 49 ans	143	36,1	35,6	1,01	0,85	1,20
50 à 64 ans	495	368,6	308,0	1,20 †	1,09	1,31
65 à 74 ans	442	1 155,2	1 001,9	1,15 †	1,05	1,27
75 ans et plus	337	2 081,1	2 222,4	0,94	0,84	1,04
Prostate ^{††}	131	16,3	13,8	1,18	0,98	1,40
50 à 64 ans	17	13,7	11,4	1,20	0,70	1,93
65 à 74 ans	44	115,1	84,4	1,36	0,99	1,83
75 ans et plus	70	438,6	403,1	1,09	0,84	1,38
Colorectal ^{††}	218	24,1	18,2	1,33 †	1,15	1,52
30 à 49 ans	20	4,9	4,0	1,23	0,74	1,90
50 à 64 ans	82	61,3	38,3	1,60 †	1,27	2,00
65 à 74 ans	69	180,5	126,1	1,43 †	1,11	1,81
75 ans et plus	47	297,6	292,8	1,02	0,74	1,36
Poumon ^{††}	405	45,1	40,3	1,12 †	1,01	1,24
30 à 49 ans	31	8,1	6,6	1,24	0,84	1,76
50 à 64 ans	148	111,3	94,5	1,18	0,99	1,39
65 à 74 ans	148	386,7	322,5	1,20 †	1,01	1,41
75 ans et plus	78	464,6	515,7	0,90	0,71	1,13
Rein	61	6,5	3,5	1,88 †	1,42	2,42
Femmes						
Tous les sièges combinés	1 545	127,2	103,9	1,23 †	1,16	1,29
Moins de 30 ans	19	2,4	3,2	0,75	0,45	1,18
30 à 49 ans	220	54,8	45,8	1,20 †	1,04	1,37
50 à 64 ans	542	339,0	258,4	1,31 †	1,20	1,43
65 à 74 ans	424	842,3	653,2	1,29 †	1,17	1,42
75 ans et plus	340	1 326,3	1 240,8	1,07	0,96	1,19
Sein ^{††}	203	15,7	18,9	0,83 †	0,72	0,96
30 à 49 ans	50	12,4	13,8	0,90	0,67	1,19
50 à 64 ans	80	47,0	56,1	0,84	0,66	1,05
65 à 74 ans	40	80,0	96,1	0,83	0,59	1,13
75 ans et plus	33	131,1	171,5	0,76	0,52	1,08
Poumon ^{††}	395	33,9	23,3	1,46 †	1,32	1,61
30 à 49 ans	25	6,5	6,4	1,01	0,65	1,50
50 à 64 ans	152	97,3	63,5	1,53 †	1,29	1,80
65 à 74 ans	134	265,7	176,1	1,51 †	1,26	1,79
75 ans et plus	84	322,1	231,9	1,39 †	1,11	1,72
Colorectal ^{††}	169	14,2	11,5	1,23 †	1,05	1,44
30 à 49 ans	17	4,3	3,4	1,24	0,72	1,99
50 à 64 ans	58	37,6	24,1	1,56 †	1,18	2,03
65 à 74 ans	44	87,3	72,3	1,21	0,88	1,62
75 ans et plus	50	195,0	194,1	1,00	0,74	1,33
Col de l'utérus ^{††}	70	5,2	1,8	2,90 †	2,24	3,68
30 à 49 ans	26	6,3	2,5	2,53 †	1,64	3,74
50 à 64 ans	22	12,5	4,7	2,69 †	1,67	4,11
65 à 74 ans	9	17,9	6,7	2,66 †	1,21	5,08
75 ans et plus	13	52,7	9,2	5,75 †	3,03	9,94
Rein	40	3,4	1,6	2,17 †	1,53	2,96

† résultat statistiquement significatif (l'intervalle de confiance de 95 % exclut 1)

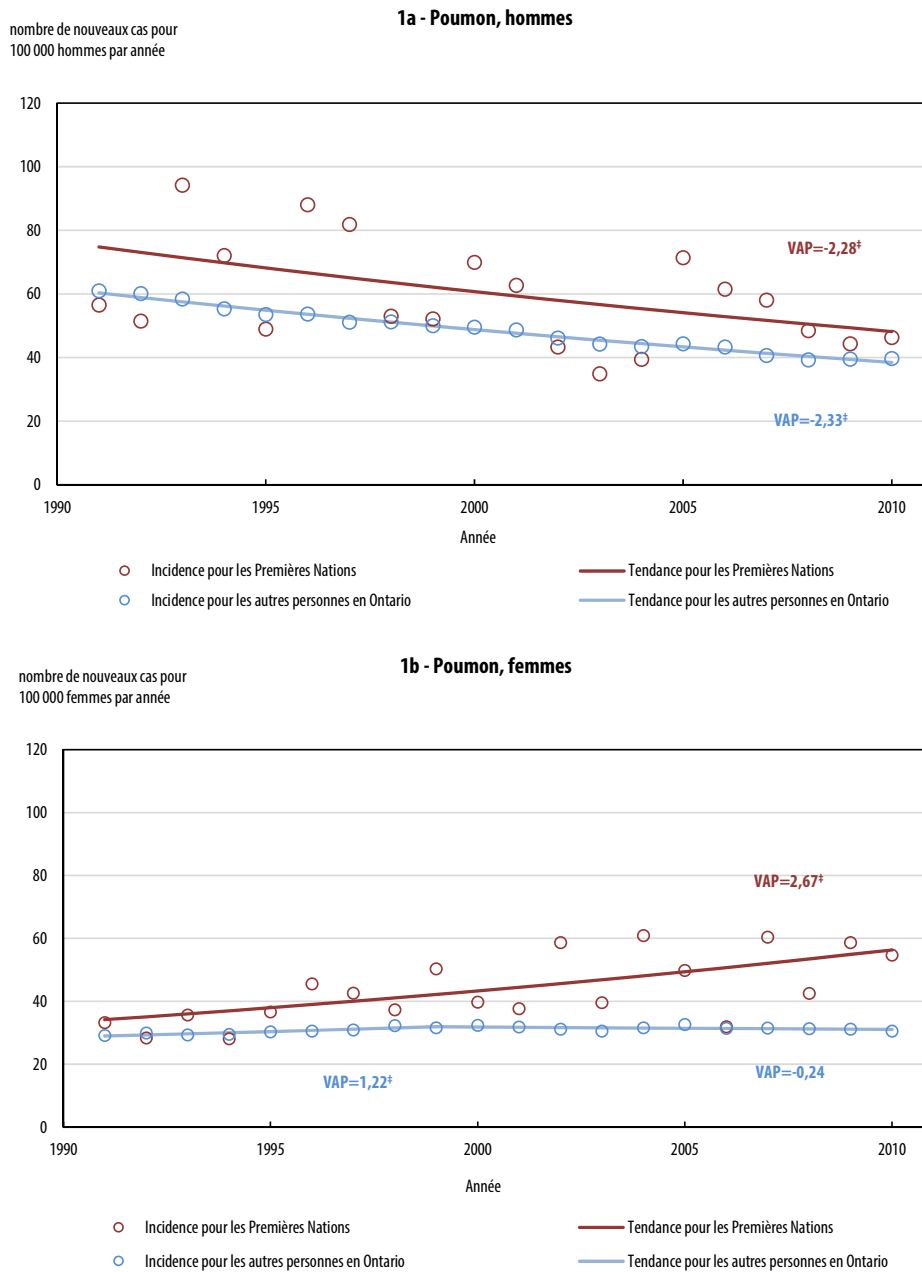
†† Le taux de mortalité pour tous les âges combinés comprend les personnes âgées de 50 à 99 ans.

††† Le taux de mortalité pour tous les âges combinés comprend les personnes âgées de 30 à 99 ans.

Notes : Les taux ont été calculés pour les combinaisons d'âge, de sexe et de type avec 30 cas ou plus chez les Premières Nations, standardisés selon l'âge par rapport à la population normalisée mondiale. Mortalité attribuable au cancer pour tous les âges combinés comprend les personnes âgées de 0 à 99 ans, sauf indication contraire.

Sources : Registre des cas de cancer de l'Ontario, Système d'inscription des Indiens.

Figure 1
Tendances temporelles des taux d'incidence des cancers normalisés selon l'âge pour le cancer du poumon chez les membres des Premières Nations et les autres personnes en Ontario, 1991 à 2010



[†] signification statistique (p<0,05)

Notes : VAP = Variation annuelle en pourcentage. VAP pour le cancer du poumon chez les hommes des Premières Nations est de -2,28; chez les femmes des Premières Nations est de 2,67; chez les autres hommes en Ontario est de -2,33; chez les autres femmes en Ontario est de 1,22. De 1999 à 2010, la VAP pour le cancer du poumon chez les autres femmes en Ontario est de -0,24.

Sources : Registre des cas de cancer de l'Ontario, Système d'inscription des Indiens.

Premières Nations ») en couplant les données du fichier du RI à celles de la Base de données sur les personnes inscrites (BDPI) de l'Ontario; cette dernière comprend tous les résidents de l'Ontario qui ont droit à des soins de santé financés par des fonds publics depuis 1991¹². Les résidents de l'Ontario doivent mettre à jour leur carte de santé tous les cinq ans; la BDPI

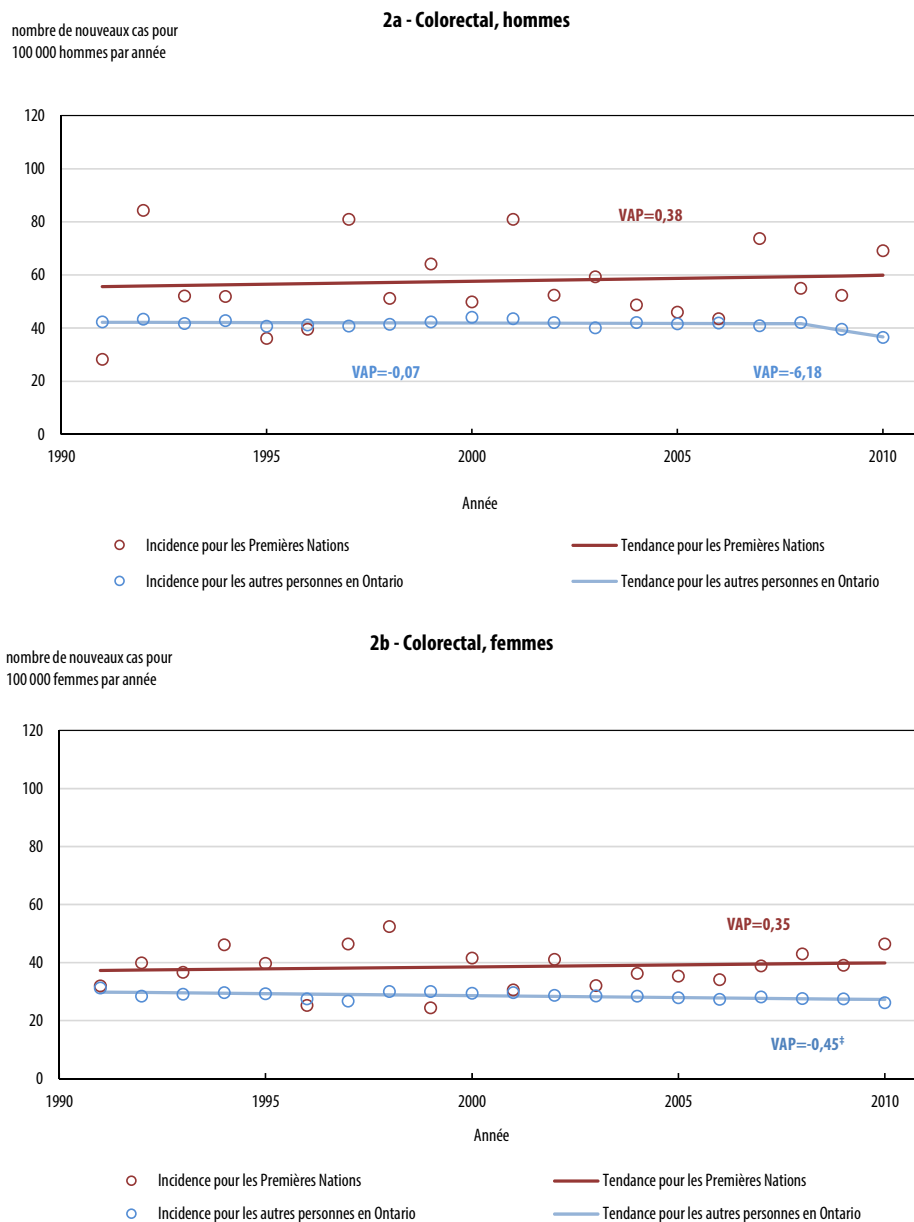
comprend des années précises de couverture de santé et, par conséquent, de résidence assumée dans la province. Le couplage a été effectué en employant une combinaison de méthodes déterministes et probabilistes¹². La cohorte des Premières Nations comprenait donc toutes les personnes des Premières Nations dans le RI (quel que soit l'emplacement de

leur bande) qui figureraient également dans la BDPI de l'Ontario (et qui, par conséquent, étaient des résidents de l'Ontario) pendant au moins un an entre 1991 et 2010. Ces ensembles de données ont été couplés au moyen d'identificateurs codés uniques et analysés par l'IRSS. L'analyse a également été effectuée à Santé Ontario (Action Cancer Ontario).

Cas de cancer et décès attribuables au cancer

Le Registre des cas de cancer de l'Ontario (RCCO) contient des renseignements sur tous les diagnostics de cancer envahissant chez les résidents de l'Ontario depuis 1964, à l'exclusion des cancers de la peau sans présence de mélanome¹³. Les cancers étaient classés selon la Classification internationale des maladies pour l'oncologie, troisième édition¹⁴. Le statut vital et

Figure 2
Tendances temporelles des taux d'incidence des cancers normalisés selon l'âge pour le cancer colorectal chez les membres des Premières Nations et les autres personnes en Ontario, de 1991 à 2010



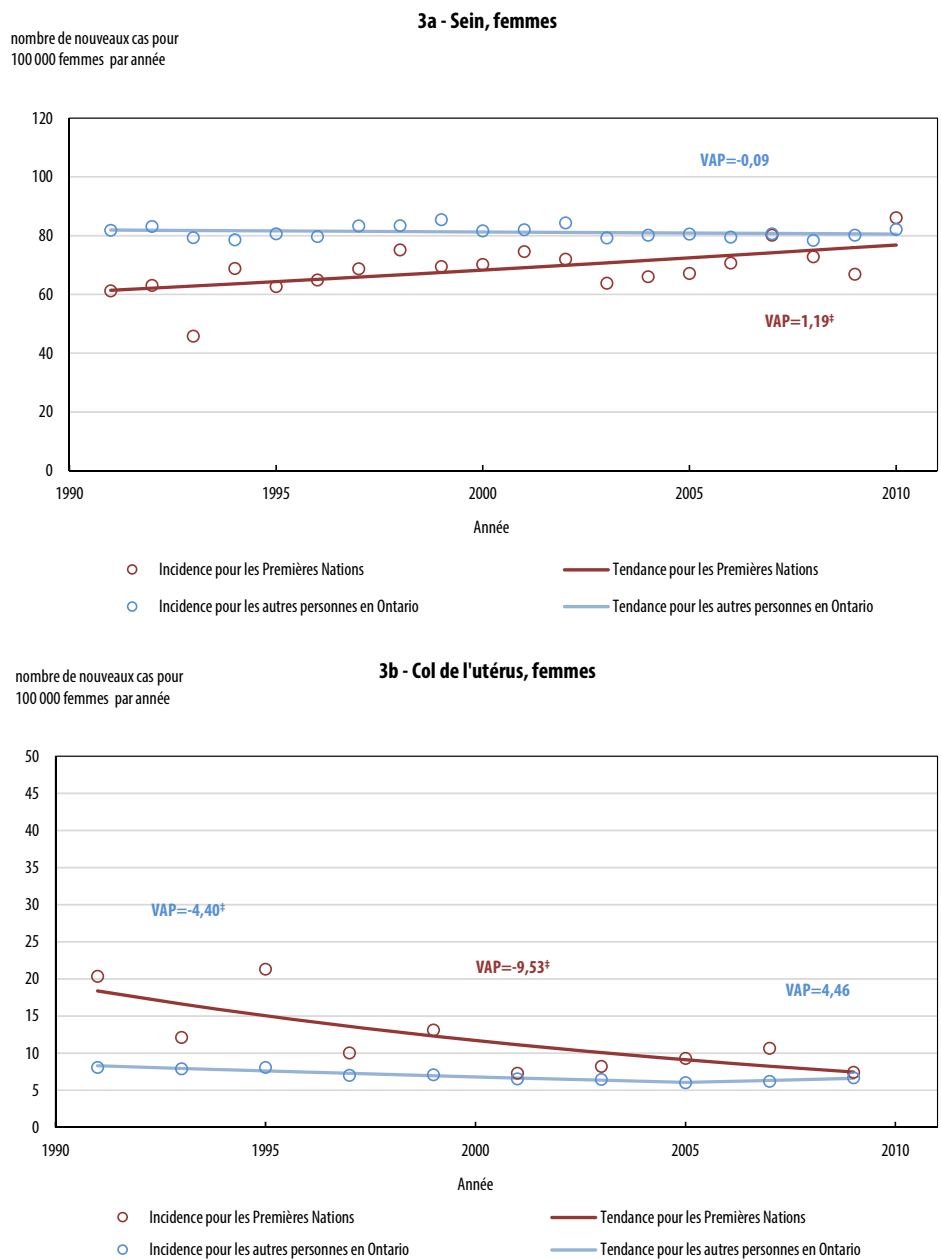
* signification statistique (p<0,05)

Notes : VAP = Variation annuelle en pourcentage. VAP pour le cancer colorectal chez les hommes des Premières Nations est de 0,38; chez les femmes des Premières Nations est de 0,35. De 1991 à 2007, chez les autres hommes en Ontario, la VAP est de 0,07.

De 2008 à 2010, la VAP chez les autres hommes en Ontario est de -6,18. Pour les autres femmes en Ontario, la VAP est de -0,45.

Sources : Registre des cas de cancer de l'Ontario, Système d'inscription des Indiens.

Figure 3
Tendances temporelles des taux d'incidence des cancers normalisés selon l'âge pour certains cancers féminins chez les femmes des Premières Nations et les autres femmes en Ontario, de 1991 à 2010



* signification statistique (p<0,05)

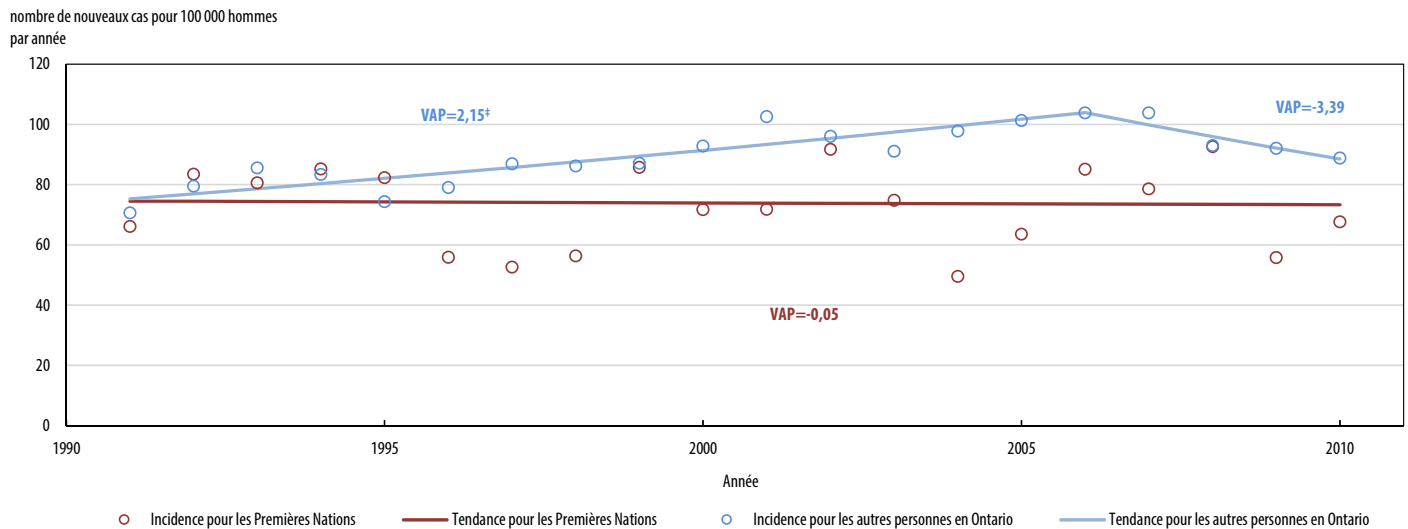
Notes : VAP = variation annuelle en pourcentage. VAP pour le cancer du sein chez les femmes des Premières Nations est de -0,09; les autres femmes en Ontario est de 1,19. VAP pour le cancer du col de l'utérus chez les femmes des Premières Nations est de -9,53; les autres femmes en Ontario est de -4,40. De 2006 à 2010, chez les autres femmes en Ontario, la VAP est de -4,46.

Sources : Registre des cas de cancer de l'Ontario, Système d'inscription des Indiens.

la cause du décès étaient disponibles dans le RCCO. Les décès étaient classés conformément à la Classification internationale des maladies, dixième version¹⁵. Les données de la cohorte des Premières Nations ont été couplées au RCCO en employant une combinaison de méthodes déterministes et probabilistes. Les membres de la cohorte qui étaient appariés au RCCO étaient des

personnes des Premières Nations atteints d'un cancer ou en train d'en mourir; toutes les autres personnes atteintes d'un cancer ou en train d'en mourir (c.-à-d. les personnes non inscrites des Premières Nations, les autres Autochtones et les non-Autochtones) au cours de la même période ont été classées comme « autres personnes en Ontario ».

Figure 4
Tendances temporelles des taux d'incidence des cancers normalisés selon l'âge pour le cancer de la prostate chez les hommes des Premières Nations et les autres hommes en Ontario, 1991 à 2010



† signification statistique ($p < 0,05$)

Notes : VAP = variation annuelle en pourcentage. La VAP pour le cancer de la prostate chez les hommes des Premières Nations est de -0,05; chez les autres hommes dans l'Ontario est de 2,15.

De 2006 à 2010, la VAP chez les autres hommes dans l'Ontario est de -3,39.

Sources : Registre des cas de cancer de l'Ontario, Système d'inscription des Indiens.

Analyse statistique

Les années-personnes à risque pour les Premières Nations ont été calculées à partir de la première année où une personne est apparue dans le fichier de cohorte des Premières Nations à la dernière année où elle a été identifiée comme résident de l'Ontario, l'année du diagnostic du cancer, l'année du décès ou la fin de la période de suivi (le 31 décembre 2010), selon la première éventualité. Les estimations annuelles de la population des Premières Nations de l'Ontario ont été établies à partir de la cohorte des Premières Nations, en fonction des années de résidence provinciale précises imputées à partir de la BDPI. Les années-personnes pour les autres personnes en Ontario ont été calculées en employant les recensements de Statistique Canada de 2001, de 2006 et de 2011; des estimations intercensitaires; et des projections du ministère des Finances de l'Ontario (automne 2014). Les estimations annuelles de la population pour les « autres personnes en Ontario » ont été établies en soustrayant le nombre de personnes dans la cohorte des Premières Nations des estimations annuelles de la population pour l'ensemble de l'Ontario. Les tailles de la population ont été estimées selon l'âge et le sexe, ainsi que par année civile.

Les taux d'incidence et de mortalité du cancer propres au sexe et au siège ont été calculés comme le nombre de cas et de décès respectifs pour 100 000 années-personnes, normalisés selon l'âge par rapport à la population normalisée mondiale¹⁶. Les types de cancer ont été regroupés selon les recodages du Surveillance, Epidemiology and End Results Program¹⁷. Les taux sont présentés pour les combinaisons d'âge, de sexe et de cancer avec 30 cas ou plus ou décès. Les trois types de cancer les plus courants pour chaque sexe ont été stratifiés de façon plus approfondie selon l'âge. Les estimations pour les

Premières Nations et les autres personnes en Ontario ont été comparées à l'aide du ratio des taux normalisés selon l'âge, pour lequel 95 % des intervalles de confiance (IC) ont été calculés¹⁸. On considèrerait que les taux entre les deux populations différaient de façon significative si les IC du rapport des taux (RT) excluaient 1. Ces analyses ont été effectuées en employant le logiciel SEER*Stat (version 8.3.2).

Les taux d'incidence des six types de cancer les plus courants pour chaque sexe ont également été estimés selon l'année de diagnostic. Pour les cancers du col de l'utérus et du rein, les taux d'incidence sont présentés en groupes de deux et trois ans, respectivement, en raison des petits nombres. Des lignes de tendance ont été produites, et les estimations de variations annuelles en pourcentage (VAP) et les IC à 95 % ont été calculés au moyen du logiciel Joinpoint (version 4.2). Le modèle recommandé par Joinpoint a été utilisé, avec un maximum de trois points de jonction.

Résultats

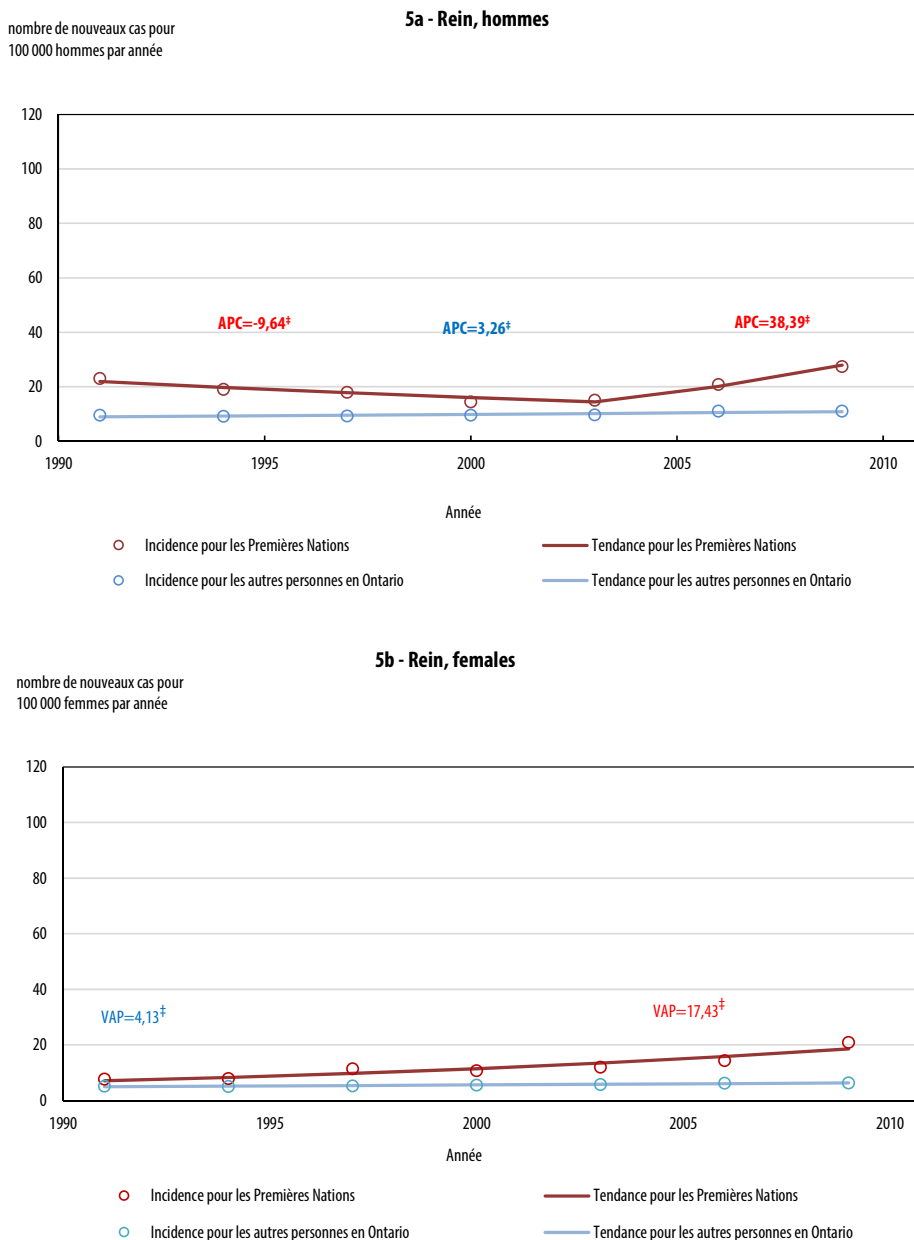
La cohorte des Premières Nations comptait 194 392 personnes, parmi lesquelles 6 859 cas de cancer ont été diagnostiqués pendant 3,1 millions d'années-personnes de suivi entre 1991 et 2010. Parmi les autres personnes en Ontario, 1 069 446 cas de cancer ont été diagnostiqués au cours de plus de 246 millions d'années-personnes à risque. La cohorte des Premières Nations était plus jeune que celle des autres personnes en Ontario. Seulement 15 % des personnes des Premières Nations étaient âgées de 50 ans ou plus, comparativement à plus de 25 % des autres personnes en Ontario. Le tableau 1 montre le nombre de nouveaux cas de cancer, le taux d'incidence normalisé selon l'âge (TINA) et le RT selon le type de cancer et le sexe.

L'incidence du cancer dans tous les sièges combinés était beaucoup plus élevée chez les femmes des Premières Nations que chez les autres femmes de l'Ontario (RT = 1,05, IC à 95 % : 1,02 à 1,09), bien que l'incidence soit considérablement plus faible chez les femmes de moins de 30 ans; il était beaucoup plus élevé chez les personnes âgées de 50 à 64 ans et de 65 à 74 ans (tableau 1). Le TINA pour tous les sièges pour les

hommes des Premières Nations était semblable à celui des autres hommes de l'Ontario, bien qu'il soit beaucoup plus faible pour les groupes d'âge de moins de 50 ans.

Les cancers les plus courants chez les hommes des Premières Nations étaient les cancers de la prostate, colorectal, du poumon et du rein. Chez les femmes des Premières Nations, les cancers

Figure 5
Tendances temporelles des taux d'incidence des cancers normalisés selon l'âge pour le cancer du rein chez les membres des Premières Nations et les autres personnes en Ontario, 1991 à 2010



[‡] Signification statistique (p < 0,05)

Notes : VAP = Variation annuelle en pourcentage. VAP pour les cancers du rein chez les hommes des Premières Nations est de -9,64 et de 2006 à 2010, est de -38,39; chez les femmes des Premières Nations, est de 17,43; chez les autres hommes dans l'Ontario, est de 3,26; chez les autres femmes dans l'Ontario est de 4,13.

Sources : Registre des cas de cancer de l'Ontario, Système d'inscription des Indiens.

du sein, du poumon, colorectal, du col de l'utérus et du rein étaient les plus courants. Chez les hommes et les femmes des Premières Nations, l'incidence des cancers colorectaux, du poumon, du rein et du foie était considérablement plus élevée que chez d'autres personnes en Ontario. Les femmes des Premières Nations présentaient également une incidence considérablement plus élevée de cancers du col de l'utérus, du myélome, de l'estomac, de la vésicule biliaire et de la vulve. Les hommes des Premières Nations présentaient une incidence considérablement plus faible pour les cancers de la prostate, de la vessie et du cerveau, ainsi que de lymphomes non hodgkiniens, de leucémie et de mélanome de la peau. Les femmes des Premières Nations présentaient une incidence considérablement plus faible de cancers du sein, de l'utérus, de la thyroïde et du cerveau, ainsi que de mélanomes de la peau.

Les taux de cancer colorectal et du poumon étaient considérablement plus élevés chez les hommes des Premières Nations âgés de 50 ans ou plus que chez les autres hommes du même groupe d'âge en Ontario. Chez les femmes des Premières Nations, le cancer colorectal était considérablement plus élevé dans tous les groupes d'âge de moins de 75 ans, et le cancer du poumon était considérablement plus élevé dans tous les groupes d'âge, comparativement aux autres femmes de l'Ontario dans ces groupes d'âge respectifs. Les RT de cancer du rein étaient considérablement plus élevés chez les hommes et les femmes des Premières Nations de tous les groupes d'âge de moins de 75 ans comparativement aux autres hommes et femmes de l'Ontario de moins de 75 ans. Les taux de cancer du col de l'utérus étaient considérablement plus élevés pour tous les groupes d'âge chez les femmes des Premières Nations, à l'exclusion de celles âgées de 50 à 64 ans, comparativement aux autres femmes de l'Ontario.

Les figures 1 à 5 illustrent les tendances temporelles ajustées des taux d'incidence des cancers les plus courants de 1991 à 2010. Les taux de cancer du poumon chez les femmes des Premières Nations ($p < 0,05$) ont augmenté de façon considérable, comparativement à ceux des autres femmes de l'Ontario, dont les taux sont demeurés relativement stables, ce qui a entraîné des écarts au fil du temps. Les taux de cancer du poumon ont diminué tant chez les hommes des Premières Nations que chez les autres hommes de l'Ontario. Les taux de cancer colorectal chez les femmes et les hommes des Premières Nations sont demeurés plus élevés que chez les autres personnes de l'Ontario, sans tendance à la hausse ou à la baisse significative. Bien que l'incidence du cancer du sein soit plus faible chez les femmes des Premières Nations, les taux ont augmenté de façon constante et se rapprochent de ceux des autres femmes en Ontario (VAP de 1,19; VAP de -0,09). Les taux de cancer de la prostate étaient stables chez les hommes des Premières Nations; les autres hommes de l'Ontario ont connu des taux croissants jusqu'en 2006.

Les taux de cancer du rein chez les femmes des Premières Nations ont augmenté de façon considérable au fil du temps par rapport aux autres femmes de l'Ontario (VAP de 17,43; VAP de 4,13). Les taux des hommes des Premières Nations étaient plus élevés que ceux des autres hommes en Ontario, mais ces

taux ont diminué jusqu'en 2003 (VAP de -9,64), après quoi les taux ont augmenté rapidement par rapport aux hommes en Ontario, peut-être en raison de la petite taille de l'échantillon (VAP de 38,39; VAP de 3,26). L'incidence du cancer du col de l'utérus chez les femmes des Premières Nations a diminué de façon considérable (VAP de -9,53), se rapprochant du taux pour les autres femmes en Ontario.

Les taux de mortalité pour tous les sièges combinés étaient considérablement plus élevés chez les Premières Nations (surtout chez les femmes et les personnes âgées) que chez les autres personnes en Ontario (hommes : RT = 1,08, IC : de 1,03 à 1,14; femmes : RT = 1,23, IC = de 1,16 à 1,29) (tableau 2). Les taux de mortalité étaient considérablement plus élevés pour le cancer du poumon et le cancer colorectal chez les hommes et les femmes des Premières Nations âgés de 30 ans et plus et chez tous les âges pour le cancer du rein, comparativement aux autres personnes en Ontario. Les décès par cancer du col de l'utérus (30 ans ou plus) étaient presque trois fois plus élevés chez les femmes des Premières Nations que chez les autres femmes de l'Ontario.

Discussion

Pour plusieurs types de cancer, les taux d'incidence et de mortalité étaient plus élevés chez les Premières Nations que chez les autres personnes en Ontario. Des résultats semblables ont été rapportés pour les populations autochtones dans d'autres régions du Canada (Colombie-Britannique, Alberta, Québec) ainsi qu'aux États-Unis, en Australie et en Nouvelle-Zélande^{6,8,19,20}. On a observé une augmentation des taux d'incidence des cancers du rein chez les hommes et les femmes des Premières Nations et des taux de cancer du poumon chez les femmes des Premières Nations. Les taux d'incidence du cancer du poumon chez les hommes des Premières Nations ont diminué avec le temps. Fait encourageant, on a aussi documenté une baisse de l'incidence du cancer du col de l'utérus, ce qui se traduit par un taux proche de celui des autres femmes de l'Ontario à la fin de la période à l'étude. Ces tendances positives peuvent découler des mesures prises pour réduire le tabagisme et encourager le dépistage du cancer du col de l'utérus dans les collectivités des Premières Nations²¹.

L'incidence de tous les cancers combinés était semblable chez les hommes des Premières Nations comparativement à celle des autres hommes en Ontario. Toutefois, les taux de tous les cancers étaient plus élevés chez les femmes des Premières Nations que chez les autres femmes en Ontario. Cette constatation, ainsi que l'observation de taux de mortalité attribuables au cancer plus élevés, met en évidence les vulnérabilités particulières des femmes des Premières Nations.

Le cancer du poumon était le cancer le plus fréquent chez les Premières Nations de l'Ontario, touchant 1 059 personnes des Premières Nations entre 1991 et 2010; l'incidence était considérablement élevée chez les deux sexes et dans la plupart des groupes d'âge. L'incidence du cancer du poumon était également plus élevée chez les populations autochtones de la

Nouvelle-Zélande, des États-Unis (Alaska) et du Queensland par rapport à leurs populations générales respectives¹⁹. Toutefois, l'incidence du cancer du poumon était plus faible chez les Premières Nations de la Colombie-Britannique et de l'Alberta que chez les personnes qui ne font pas partie des Premières Nations^{6,19}. Dans la présente étude, l'incidence du cancer du poumon a diminué chez les hommes des Premières Nations (ce qui correspond à la tendance des autres hommes de l'Ontario), mais a augmenté chez les femmes des Premières Nations. On peut s'attendre à ce que les taux de cancer du poumon chez les Premières Nations soient plus élevés à l'avenir, étant donné la prévalence élevée du tabagisme chez les jeunes des Premières Nations comparativement aux jeunes non autochtones²¹. Les programmes de renoncement au tabac et de prévention du tabagisme demeurent essentiels pour prévenir ou réduire la consommation de tabac à des fins commerciales chez les jeunes autochtones de l'Ontario. L'Unité des soins de cancérologie chez les peuples autochtones (USCPA) de Santé Ontario (Action Cancer Ontario) a mis au point un programme pour la lutte contre le tabagisme chez les peuples autochtones afin de collaborer avec les collectivités dans le but d'améliorer les connaissances et de renforcer les capacités grâce à des approches adaptées sur le plan culturel pour prévenir la consommation de tabac commercial et encourager l'abandon du tabagisme.

L'incidence du cancer colorectal était beaucoup plus élevée chez les Premières Nations que chez les autres personnes de l'Ontario. Une incidence plus élevée du cancer colorectal a aussi été observée chez les Premières Nations dans d'autres régions du Canada^{6,19}. En revanche, l'incidence du cancer colorectal était plus faible chez les populations autochtones de Nouvelle-Zélande et d'Australie, quoique la mortalité soit considérablement plus élevée et que la survie soit plus faible^{22,23}. L'une des principales constatations de cette étude est que le risque de cancer colorectal chez les groupes d'âge plus jeunes (de moins de 50 ans) était plus élevé chez les Premières Nations, mais que cette différence n'était statistiquement significative que chez les femmes. En Ontario, les lignes directrices sur le dépistage du cancer colorectal suggèrent un dépistage tous les deux ans pour les adultes de 50 à 74 ans qui sont à risque moyen²⁴. Toutefois, le niveau de risque plus élevé et l'âge plus précoce d'apparition chez les Premières Nations donnent à penser qu'il pourrait être nécessaire de revoir les lignes directrices sur le dépistage pour cette population. Cela a été fait pour les Afro-Américains et les Autochtones de l'Alaska par l'intermédiaire d'organismes aux États-Unis^{25,26}. Des recherches plus poussées sur l'âge apparemment plus jeune du diagnostic du cancer colorectal sont nécessaires dans les populations autochtones²⁷. Les Premières Nations ont une prévalence plus élevée en matière d'obésité et une consommation plus faible de fruits et légumes comparativement aux non-Autochtones, ce qui constitue des facteurs de risque importants pour le cancer colorectal²¹. Dans les enquêtes fondées sur l'autodéclaration auprès des personnes des Premières Nations d'âge admissible, 39 % des femmes et 53 % des hommes étaient sous-dépistés pour le cancer colorectal²¹.

Historiquement, et comme nous l'avons observé dans la présente étude, l'incidence du cancer du col de l'utérus était considérablement plus élevée chez les femmes des Premières Nations que dans la population non autochtone⁷. Toutefois, de 1991 à 2010, l'incidence a diminué et s'est rapprochée de celle de la population ontarienne. L'incidence du cancer du col de l'utérus était également plus élevée chez les populations autochtones d'autres provinces et territoires canadiens, ainsi qu'en Nouvelle-Zélande, en Australie et dans certaines régions des États-Unis (Alaska)^{6,19}. En se basant sur les données autodéclarées, les femmes des Premières Nations et les femmes non autochtones ont subi des tests Pap dans des proportions assez semblables au cours des dernières années²¹, ce qui peut avoir contribué à la forte tendance à la baisse de l'incidence du cancer du col de l'utérus chez les femmes des Premières Nations et à sa convergence avec celle des autres femmes en Ontario.

L'incidence du cancer du sein a toujours été plus faible chez les femmes des Premières Nations au Canada, bien qu'elle ait augmenté depuis les années 1980^{7,8}. Une plus faible incidence du cancer du sein a également été observée chez la plupart des populations autochtones à l'extérieur du Canada, sauf chez les Autochtones de l'Alaska aux États-Unis et chez les femmes maories en Nouvelle-Zélande¹⁹. Bien que l'incidence du cancer du sein ait été plus faible chez les Premières Nations de l'Ontario de 1991 à 2010, elle a augmenté au fil du temps et s'approche de celle des autres femmes de l'Ontario. Cette augmentation peut être liée à des changements dans les facteurs de risque tels que le régime alimentaire et les niveaux d'activité physique, ou à des initiatives visant à améliorer le dépistage (p. ex. autobus ou autocar de dépistage mobile qui rend la mammographie plus accessible). Il est important de faire davantage de recherches afin de comprendre l'augmentation du cancer du sein chez les femmes des Premières Nations pour inverser sa hausse.

Le cancer du rein était le cinquième cancer le plus fréquent chez les Premières Nations. En revanche, il s'agissait du 12^e cancer le plus fréquent chez les autres personnes en Ontario; cependant, il a augmenté au fil du temps dans les deux populations. Des taux élevés de cancer du rein ont également été observés chez les Autochtones de l'Alaska, qui sont plus susceptibles que les Blancs de recevoir un diagnostic de maladie à stade avancé²⁸. On a aussi observé une incidence plus élevée de cancer du rein chez les femmes des Premières Nations en Colombie-Britannique⁶. Parmi les explications partielles pour l'augmentation de l'incidence du cancer du rein, mentionnons l'amélioration de l'imagerie diagnostique et la prévalence plus élevée des facteurs de risque, notamment le tabagisme, l'obésité, le diabète et l'hypertension. Aux États-Unis, plus de 40 % des hypernéphromes sont attribués à l'embonpoint et à l'obésité²⁸. Il est urgent de faire des recherches de suivi, surtout en raison de la tendance croissante parmi les Premières Nations par rapport aux autres personnes en Ontario.

La mortalité attribuable au cancer dans l'ensemble était considérablement plus élevée chez les Premières Nations par rapport aux autres personnes en Ontario; la mortalité accrue des

cancers du poumon, colorectaux, cervicaux et rénaux y a contribué. Des études antérieures portant sur une cohorte semblable, mais plus âgée, de 1968 à 1991, ainsi que sur des cohortes nationales au Canada, ont indiqué un taux de survie plus faible pour les Premières Nations pour de nombreux types de cancer^{29,30}. Cela s'explique peut-être par une prévalence plus élevée de la comorbidité et par la tendance de recevoir des diagnostics à des stades plus avancés³¹. Un accès plus limité aux soins médicaux peut entraîner une présentation clinique tardive et une moins bonne réponse aux traitements.

L'incidence et la mortalité plus élevées pour certains cancers peuvent être attribuables à la prévalence plus élevée de certains facteurs de risque comportementaux (p. ex. tabagisme, obésité, plus faible consommation de fruits et de légumes) chez les Premières Nations de l'Ontario^{21,32-34}. Ces différences dans les facteurs de risque sont enracinées dans les déterminants de la santé des populations autochtones, qui comprennent également les traumatismes historiques, la marginalisation et un mauvais accès au système de santé³. L'accès équitable à un environnement conçu de façon propice, à des aliments sains abordables et à un système de santé culturellement sécurisant et respectueux est important pour répondre aux différences dans l'expérience et le risque du cancer chez les Premières Nations comparativement aux personnes de l'Ontario. Les intervenants pivots pour les Autochtones aident les Premières Nations et les autres groupes autochtones de l'Ontario à se frayer un chemin dans le système de soins liés au cancer, en leur donnant accès à des guérisseurs autochtones et à des ressources de bien-être, ainsi qu'en participant à des rendez-vous médicaux³⁵.

Les politiques et les programmes doivent adopter une approche holistique pour modifier les environnements économiques, physiques et sociaux qui influent sur les comportements liés à la santé⁴. Des recommandations pour de telles politiques en Ontario ont été formulées au moyen d'une sensibilisation et d'une mobilisation importantes auprès des collectivités des Premières Nations³⁶.

Points forts et limites

Le travail a nécessité une étroite collaboration entre Chiefs of Ontario, Santé Ontario (Action Cancer Ontario) et l'IRSS. Les travaux ont été menés par les Premières Nations et effectués conformément aux principes de PCAP® des Premières Nations¹⁰. La cohorte des Premières Nations comprenait des renseignements sur tous les membres inscrits des Premières Nations en Ontario qui étaient couplés à la BDPI (une base de données qui indique les Ontariens qui ont eu accès aux soins de santé). Le couplage subséquent avec un registre du cancer axé sur la population (le RCCO) a fourni des détails sur les diagnostics de cancer entre 1991 et 2010. Cela a permis d'estimer l'incidence de plus de 15 types de cancer, avec des estimations relativement stables de l'incidence sur une période de 20 ans, y compris les tendances pour les cancers les plus courants. Le couplage des données a été effectué par du personnel expérimenté utilisant des méthodes tant déterministes que probabilistes¹². Cette étude a démontré que grâce au

partenariat, il est possible de poursuivre la surveillance du cancer chez les Premières Nations en utilisant des données de haute qualité pour aider à éclairer les programmes de lutte contre le cancer et le financement pour les Premières Nations en Ontario.

La généralisation est limitée aux membres des Premières Nations qui sont inscrits en vertu de la *Loi sur les Indiens*; selon le Recensement de 2016, au moins 36 % des personnes qui s'identifient comme Premières Nations en Ontario ne sont pas inscrites³⁷. Les résultats de cette étude ne reflètent pas la diversité des Premières Nations entre différentes collectivités de l'Ontario.

Conclusions et incidence

Dans l'ensemble, l'incidence et la mortalité du cancer colorectal et du rein chez les Premières Nations étaient nettement plus élevées que celles des autres personnes en Ontario. À l'inverse, l'incidence du cancer du poumon chez les hommes des Premières Nations et celle du cancer du col de l'utérus chez les femmes des Premières Nations ont diminué. La baisse de l'incidence démontre le succès des efforts visant à améliorer les politiques de prévention (p. ex. le renoncement au tabac) et les programmes (p. ex. le dépistage du cancer) dans les collectivités des Premières Nations. L'élaboration de programmes adaptés à la culture en collaboration avec les collectivités des Premières Nations peut être un moyen efficace de réduire la prévalence des facteurs de risque et d'améliorer le dépistage. L'USCPA de Santé Ontario a élaboré des recommandations stratégiques visant à réduire l'exposition à l'échelle de la population à quatre principaux facteurs de risque (le tabac, l'alcool, l'alimentation et l'activité physique), à renforcer la capacité de prévention des maladies chroniques et à œuvrer vers l'équité en matière de santé³⁶. Les programmes d'éducation et de prévention, la recherche et les changements de politiques appuyés par l'USCPA ont été élaborés grâce à des partenariats solides entre les collectivités et les organismes des Premières Nations. Des partenariats continus sont nécessaires pour tirer parti des données sur la santé des Premières Nations afin de mesurer l'ensemble du parcours face au cancer, y compris le dépistage et le suivi du cancer, dans le but de mieux comprendre et d'éclairer les décisions.

Références

- Gouvernement du Canada, Loi constitutionnelle de 1982, c. 11 (R-U), partie II : Droits des peuples autochtones du Canada (section 35), Ottawa, 1982.
- Gouvernement de l'Ontario, *Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2012^s 2021*, disponible à l'adresse <https://www.ontario.ca/fr/document/dans-un-esprit-de-reconciliation-les-10-premieres-annees-du-ministere-des-relations-avec-les-les-peuples-autochtones-de-lontario> (document consulté le 3 juillet 2019).
- C.L. Reading et F. Wien, *Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones*, Prince George, Colombie-Britannique, Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2009.
- M. Greenwood, S. de Leeuw, N.M. Lindsay et C. Reading, *Determinants of Indigenous Peoples' Health in Canada: Beyond the Social*, Toronto : Canadian Scholars' Press, 2015.
- M. Tjepkema, R. Wilkins, S. Senécal, *et al.*, « La mortalité chez les Métis et les Indiens inscrits adultes au Canada : une étude de suivi sur 11 ans », *Rapports sur la santé*, 20(4), 2009, p. 33-55.
- C.E. McGahan, K. Linn, P. Guno, *et al.*, « Cancer in First Nations people living in British Columbia, Canada: an analysis of incidence and survival from 1993 to 2010 », *Cancer Causes & Control : CCC*, 2017.
- L.C. Marrett, M. Chaudhry, « Cancer incidence and mortality in Ontario First Nations, 1968-1991 (Canada) », *Cancer Causes & Control: CCC*, 14(3), 2003, p. 259-268.
- M.V. Mazereeuw, D.R. Withrow, E.D. Nishri, *et al.*, « Cancer incidence among First Nations adults in Canada: follow-up of the 1991 Census Mortality Cohort (1992-2009) », *Canadian Journal of Public Health* 2018.
- Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, *Les principes PCAP® des Premières Nations*, disponible à l'adresse <https://fnigc.ca/fr/les-principes-de-pcap-des-premieres-nations/> (document consulté le 18 août 2017).
- J. Walker, R. Lovett, T. Kukutai, *et al.*, « Indigenous health data and the path to healing », *Lancet*, 390(10107), 2017, p. 2022-2023.
- Loi sur les Indiens*, dans les Lois révisées du Canada. Imprimeur de la Reine pour le Canada, 1985, c. 1-5, disponible à l'adresse <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/l-5/>.
- J. Walker, E. Pyper, C.R. Jones, *et al.*, « Unlocking First Nations health information through data linkage », *International Journal of Population Data Science*, 3(1), 2018.
- S. Proadhan, M.J. King, P. De, J. Gilbert, « Health services data: the Ontario Cancer Registry (a unique, linked, and automated population-based registry) », dans *Data and Measures in Health Services Research*, publié sous la direction de A. Levy et S. Goring, ©Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 2016.
- A. Fritz, C. Percy, A. Jack, *et al.*, Classification internationale des maladies pour l'oncologie (CIM-O), Troisième édition, Organisation mondiale de la Santé, 2000.
- Organisation mondiale de la Santé, Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (DCI-10), Organisation mondiale de la Santé, 2004.
- D.M. Parkin, S.L. Whelan, Y.T. Gao, *et al.*, *Cancer Incidence in Five Continents [Vol. VII]* [Scientific Publication no. 120]. Lyon : Centre international de recherche sur le cancer, 1992.
- National Cancer Institute, Surveillance, Epidemiology, and End Results Program, *Site Recode ICD-O-3 Definition*, 2003, disponible à http://seer.cancer.gov/siterecode/icdo3_d01272003 (document consulté le 27 juillet 2015).
- National Cancer Institute, Surveillance, Epidemiology, and End Results Program. *Rate Algorithms*, disponible à l'adresse https://seer.cancer.gov/seerstat/WebHelp/Rate_Algorithms.htm.
- S.P. Moore, S. Antoni, A. Colquhoun, *et al.*, « Cancer incidence in Indigenous people in Australia, New Zealand, Canada, and the USA: a comparative population-based study », *Lancet Oncology*, 16(15), 2015, p. 1483-1492.
- R. Louchini, M. Beaupre, « Cancer incidence and mortality among Aboriginal people living on reserves and northern villages in Quebec, 1988-2004 », *International Journal of Circumpolar Health*, 67(5), 2008, p. 445-451.
- M.V. Mazereeuw, A. Yurkiewich, S. Jamal *et al.*, « Cancer risk factors and screening in First Nations in Ontario », *Health Promotion Chronic Disease Prevention Canada*, 37(6), 2017, p. 186-193.
- Australian Institute of Health and Welfare, 2018, disponible à l'adresse <https://www.aihw.gov.au/reports/cancer/cancer-in-indigenous-australians/contents/table-of-contents> (document consulté le 9 août 2019).
- « Surveillance of people at increased risk of colorectal cancer », *Best Practice Journal*, 2012(44).
- Action Cancer Ontario, *Colorectal Cancer Screening Recommendations Summary*, disponible à l'adresse <https://www.cancercareontario.ca/fr/guidelines-advice/cancer-continuum/screening/resources-healthcare-providers/colorectal-cancer-screening-summary>.
- J.M. Carethers, « Screening for colorectal cancer in African Americans: determinants and rationale for an earlier age to commence screening », *Digestive Diseases and Sciences*, 60(3), 2015, p. 711-721.
- Alaska Department of Health and Social Services, *Division of Public Health* disponible à l'adresse <http://dhss.alaska.gov/dph/Chronic/Pages/SafeAndHealthyMe/screening/default.aspx> (document consulté le 9 août 2019).
- J.J. Kelly, S.R. Alberts, F. Sacco et A.P. Lanier, « Colorectal cancer in Alaska Native people, 2005-2009 », *Gastrointestinal Cancer Research*, 5(5), 2012.
- J. Li, H.K. Weir, M.A. Jim, *et al.*, « Kidney cancer incidence and mortality among American Indians and Alaska Natives in the United States, 1990-2009 », *American Journal of Public Health*, 2014, p. 104.

29. E.D. Nishri, A.J. Sheppard, D.R. Withrow, L.D. Marrett, « Cancer survival among First Nations people of Ontario, Canada (1968-2007) », *International Journal of Cancer*, 136, 2015, p. 639-645.
30. D.R. Withrow, J.D. Pole, E.D. Nishri, *et al.*, « Cancer survival disparities between First Nations and non-Aboriginal adults in Canada: follow-up of the 1991 Census Mortality Cohort », *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 26(1), 2017, p. 145-151.
31. A.J. Sheppard, A.M. Chiarelli, L.D. Marrett, *et al.*, « Stage at diagnosis and comorbidity influence breast cancer survival in First Nations women in Ontario, Canada », *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 20(10), 2011, p. 2160-2167.
32. D.R. Withrow, A. Amartei, L.D. Marrett, « Facteurs de risque et dépistage du cancer chez les membres des Premières Nations vivant hors réserve, chez les Métis et chez les non-Autochtones en Ontario », *Maladies chroniques et blessures au Canada*, 34(2-3), 2014, p. 103-121.
33. S.G. Bruce, N.D. Riediger, L.M. Lix, « Maladies chroniques et facteurs de risque chez les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis du Nord canadien », *Maladies chroniques et blessures au Canada*, 34(4), 2014, p. 210-217.
34. L. Gionet et S. Roshanafshar, « Certains indicateurs de la santé des membres des Premières Nations vivant hors réserve, des Métis et des Inuits de 2007 à 2010 », *Coup d'œil sur la santé*, 2013.
35. A.J. Sheppard, C. Antone, A. Logan, A. Kewayosh, « Going beyond Patient Navigation to ensure culturally safe care in the cancer system for First Nations, Inuit, Métis and urban Indigenous patients in Ontario », *International Journal of Indigenous Health*, 14(2), 2019, p. 293-307.
36. Action Cancer Ontario, Voies de prévention — Recommandations pour réduire les maladies chroniques chez les Premières nations, Inuits et Métis, Toronto : Action Cancer Ontario, 2016.
37. Statistique Canada, Série « Perspective géographique », Recensement de 2016 (n° 98-404-X au catalogue) Ottawa : Statistique Canada, 2017, disponible à l'adresse <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/as-sa/fogs-spg/Facts-pr-fra.cfm?LANG=Fra&GK=PR&GC=35&TOPIC=9>.