

# Facteurs de risque et dépistage du cancer chez les Premières Nations en Ontario

Maegan V. Mazereeuw, M.H.P. (1); Alexander Yurkiewich, M. Sc. (2); Sehar Jamal, M.H.P. (1); Caroline Cawley, M.H.P. (1); Carmen R. Jones, B.A. (2); Loraine D. Marrett, Ph. D. (1,3)

Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs.

 Diffuser cet article sur Twitter

## Résumé

**Introduction :** L'absence d'identificateurs, dans les bases de données administratives sur la santé, nous empêche de bien comprendre le fardeau du cancer chez les Premières Nations. Notre étude compare les facteurs de risque et le dépistage du cancer chez les membres des Premières Nations en Ontario (vivant dans des réserves et hors réserves) et chez les Ontariens non autochtones, en s'appuyant sur deux enquêtes sur la santé.

**Méthodologie :** Les taux normalisés selon l'âge ont été calculés en utilisant la phase 2 de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) de 2008-2010 pour les Premières Nations dans des réserves et l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2007-2013 pour les membres des Premières Nations hors réserves et les Ontariens non autochtones. Des rapports de taux (RT) et des tests du chi carré de Pearson (pour les différences de proportion) ont été utilisés pour comparer les estimations entre les membres des Premières Nations (dans des réserves et hors réserves) et les Ontariens non autochtones.

**Résultats :** Une proportion plus élevée d'hommes, de femmes et d'adolescents des Premières Nations vivant dans des réserves fumaient (RT = 1,97, 2,78 et 7,21 respectivement) et souffraient d'obésité (RT = 1,73, 2,33 et 3,29 respectivement), comparativement à leurs homologues non autochtones. Des tendances similaires ont été observées chez les membres des Premières Nations vivant hors réserves. La consommation excessive ponctuelle d'alcool fréquente était également plus répandue chez les hommes et les femmes des Premières Nations vivant dans des réserves (RT = 1,28 et 2,22, respectivement) et hors réserves (RT = 1,70 et 1,45, respectivement) que chez les Ontariens non autochtones. Les hommes et les femmes des Premières Nations vivant dans des réserves étaient deux fois moins susceptibles de consommer des fruits au moins deux fois par jour et des légumes au moins deux fois par jour que les hommes et les femmes non autochtones (RT = 0,53 et 0,54, respectivement). La participation au test de Pap était similaire dans tous les groupes, mais les femmes des Premières Nations étaient moins susceptibles que les femmes non autochtones (RT = 0,85) d'avoir subi une mammographie au cours des cinq années précédant l'enquête.

**Conclusion :** Comparativement aux Ontariens non autochtones, les membres des Premières Nations, en particulier ceux qui vivent dans une réserve, présentent un risque accru de cancer et d'autres maladies chroniques. Ces résultats fournissent des éléments probants à l'appui de politiques et de programmes visant à réduire le fardeau futur du cancer et d'autres maladies chroniques chez les Premières Nations en Ontario.

**Mots-clés :** Premières Nations, facteurs de risque du cancer, dépistage du cancer

## Points saillants

- Les adultes des Premières Nations qui vivent dans des réserves et hors réserves sont deux à trois fois plus susceptibles de fumer la cigarette que les adultes non autochtones.
- Chez les Premières Nations vivant dans des réserves, la prévalence de l'obésité était trois fois plus élevée que chez les Ontariens non autochtones, et la proportion de personnes consommant des fruits au moins deux fois par jour et des légumes au moins deux fois par jour était moitié moindre.
- Comparativement aux femmes non autochtones, les femmes des Premières Nations vivant dans des réserves étaient moins susceptibles d'avoir subi une mammographie pour le dépistage du cancer du sein au cours des cinq années précédant l'enquête.
- Ces résultats démontrent que des mesures doivent être prises pour améliorer la santé des Premières Nations en Ontario (vivant dans des réserves et hors réserves), afin de réduire leur fardeau futur du cancer et d'autres maladies chroniques.

## Introduction

Les Premières Nations constituent le plus grand des trois groupes désignés collectivement, dans la *Loi constitutionnelle de 1982* du Canada, comme les « peuples autochtones du Canada »<sup>1</sup>. Parmi toutes les provinces et tous les territoires du Canada, c'est l'Ontario qui compte le plus grand nombre d'habitants des Premières Nations<sup>2</sup>.

## Rattachement des auteurs :

1. Unité de lutte contre le cancer chez les peuples autochtones, Action Cancer Ontario, Toronto (Ontario), Canada
2. Secteur de la santé, Chefs de l'Ontario, Toronto (Ontario), Canada
3. École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada

**Correspondance :** Maegan Mazereeuw, Unité de lutte contre le cancer chez les peuples autochtones, Action Cancer Ontario, 505, avenue University, Toronto (Ontario) M5G 1X3; tél. : 416-971-9800; téléc. : 416-971-9888; courriel : [maegan.mazereeuw@cancercare.on.ca](mailto:maegan.mazereeuw@cancercare.on.ca)

Environ la moitié de tous les membres des Premières Nations de l'Ontario vivent dans des réserves (46 %), c'est-à-dire des terres réservées par le gouvernement fédéral à l'usage des communautés des Premières Nations<sup>3</sup>.

Les Premières Nations ont vécu une longue période marquée par la colonisation et la perte d'identité culturelle, ce qui a eu des conséquences graves sur leur mode de vie et sur tous les aspects de leur santé. Encore aujourd'hui, les répercussions de ces actions sur leur santé et leur bien-être continuent de se faire sentir. Dans l'ensemble du Canada, les Premières Nations présentent un taux de diplomation au secondaire largement inférieur et un revenu médian plus faible que les Canadiens non autochtones, et ils affichent un taux de chômage deux fois plus élevé que ceux-ci<sup>4</sup>. Ces inégalités ont des conséquences majeures sur la santé des Premières Nations, qui présentent notamment une espérance de vie moins longue<sup>5</sup> et une plus forte prévalence de maladies chroniques<sup>6</sup>.

Faute d'identificateurs ethniques dans les bases de données canadiennes sur la santé, y compris dans le Registre d'inscription des cas de cancer de l'Ontario, on dispose de peu d'information sur le fardeau des maladies chroniques telles que le cancer chez les Premières Nations. Dans une étude, la partie du Système d'inscription des Indiens (SII) portant sur l'Ontario a été couplée au Registre d'inscription des cas de cancer de l'Ontario (1968-1991)<sup>7</sup>. Cette étude a montré que l'incidence du cancer augmentait de façon disproportionnée chez les Premières Nations comparativement aux autres populations. Une seconde étude réalisée à titre de suivi a révélé que pour plusieurs types de cancer, le taux de survie était plus faible chez les Premières Nations que chez les autres populations de l'Ontario<sup>8</sup>.

En l'absence de données plus récentes sur le cancer chez les Premières Nations, examiner la présence des facteurs de risque et les taux de participation aux tests de dépistage du cancer en se fondant sur les enquêtes sur la santé de la population est un bon moyen de déterminer où et comment les ressources en prévention peuvent être utilisées le plus efficacement pour réduire le fardeau futur du cancer. Les données confirmont qu'il existe une forte corrélation entre cinq importants facteurs de risque liés au mode de vie (tabagisme,

consommation d'alcool, composition corporelle, activité physique et alimentation) et le risque de certains cancers<sup>9,10</sup>. Bon nombre de ces facteurs sont communs à d'autres maladies chroniques, telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète et les maladies respiratoires<sup>11</sup>. Par conséquent, les mesures de prévention qui visent les facteurs de risque liés au mode de vie auront non seulement un effet sur le fardeau futur du cancer, mais également sur le fardeau de nombreuses autres maladies chroniques courantes et coûteuses. Dans une autre étude, il a été déterminé que de nombreux facteurs de risque du cancer liés au mode de vie étaient plus présents chez les membres des Premières Nations vivant à l'extérieur des réserves que chez les Ontariens non autochtones<sup>12</sup>. Aucune étude n'a été menée sur le risque de cancer et le dépistage de cette maladie chez les Premières Nations de l'Ontario vivant dans des réserves. Notre étude vise à comparer aussi précisément que possible les facteurs de risque et la participation aux tests de dépistage du cancer chez les Premières Nations de l'Ontario (dans des réserves et hors réserves) et chez la population non autochtone, en s'appuyant sur deux enquêtes sur la santé.

## Méthodologie

### Sources de données

Les données relatives aux Premières Nations vivant hors réserves en Ontario et aux Ontariens non autochtones sont tirées de la partie portant sur l'Ontario des cycles 2007 à 2013 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) (sept cycles pour la plupart des questions, trois cycles pour les questions sur le dépistage du cancer). Entre 2007 et 2013, le taux de réponse à l'ESCC en Ontario a varié entre 65,8 % et 73,6 %<sup>13-19</sup>. L'ESCC, administrée par Statistique Canada, est une enquête populationnelle qui vise les Canadiens âgés de 12 ans et plus vivant dans l'ensemble des provinces et territoires, et de laquelle sont exclues les personnes qui vivent dans des réserves indiennes et sur les terres de la Couronne, les résidents d'établissements institutionnels, les membres à temps plein des Forces armées canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées<sup>20</sup>. Afin d'augmenter la taille de l'échantillon des Premières Nations vivant à l'extérieur des réserves utilisé pour l'analyse, les fichiers

de microdonnées de sept publications annuelles de l'ESCC (2007 à 2013) ont été combinés conformément à la méthode décrite par Statistique Canada<sup>21</sup>. Les données relatives aux Premières Nations vivant dans des réserves ont été obtenues de la partie portant sur l'Ontario de la phase 2 (2008-2010) de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) menée par le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. L'ERS est la seule enquête nationale sur la santé administrée par les Premières Nations qui recueille des renseignements sur les membres des Premières Nations de 12 ans et plus vivant dans des réserves et dans les communautés des Premières Nations du Nord<sup>22</sup>. La phase 2 de l'ERS a débuté au printemps 2008 et s'est achevée à l'automne 2010. Il s'agit d'une seule enquête, dont la collecte de données s'est étendue sur 18 mois. Des 133 communautés des Premières Nations de l'Ontario, 24 ont participé à la phase 2 de l'ERS. L'échantillon visé pour la région de l'Ontario était de 4 551 membres des Premières Nations, et 2 870 d'entre eux ont rempli les questionnaires (63,1 %)<sup>23</sup>.

### Indicateurs de risque et dépistage

Sauf indication contraire, les analyses des facteurs de risque visaient des répondants âgés de 18 ans et plus et des adolescents de 12 à 17 ans. Les répondants qui avaient omis de répondre ou qui avaient fourni une réponse invalide à une question donnée ont été exclus du dénominateur de cet indicateur. Pour chaque méthode de dépistage, les limites d'âge et les seuils de réponse ont reposé sur les lignes directrices en vigueur en Ontario correspondantes. Les questions relatives au cancer ont été posées seulement dans les ESCC de 2007, 2008 et 2011.

Voici les définitions pour chaque indicateur.

**Tabagisme** : proportion de répondants âgés de 20 ans ou plus ayant déclaré fumer quotidiennement ou à l'occasion. Un âge limite de 20 ans a été choisi pour assurer la cohérence avec d'autres indicateurs de santé publique utilisés<sup>24</sup>. L'ESCC et l'ERS avaient des catégories de questions et de réponses équivalentes pour mesurer le tabagisme.

**Obésité** : proportion de répondants qui, selon la taille et le poids déclarés, présentaient un indice de masse corporelle (IMC)

de 30 kg/m<sup>2</sup> ou plus. Les femmes enceintes ou qui allaient ont été exclues. L'ESCC et l'ERS avaient des catégories de questions et de réponses équivalentes pour mesurer l'obésité.

**Activité physique** : proportion de répondants classés dans les catégories d'activité modérée au cours des 3 mois précédents, en fonction d'une estimation de la dépense énergétique (DE) quotidienne supérieure à 1,5 kcal/kg/jour. Pour déterminer leur DE, les répondants devaient indiquer le nombre de fois qu'ils avaient participé à différentes activités et la durée de ces dernières. Dans l'ESCC, les répondants étaient questionnés sur l'activité physique qu'ils faisaient dans le cadre de leurs loisirs, alors que dans l'ERS, la notion de loisirs était absente (l'indicateur de l'ERS peut donc inclure, par exemple, l'activité physique liée au transport ou au travail). Il y avait également quelques différences entre les deux enquêtes en ce qui concerne les types d'activités. Ainsi, dans l'ERS, les activités traditionnelles étaient incluses (par exemple la chasse ou le piégeage, la pêche et la cueillette de baies ou autres aliments). Ces activités ne figuraient pas dans la liste des activités énumérées dans l'ESCC. Dans l'ESCC et l'ERS, la DE a été calculée en combinant l'information sur la fréquence et la durée avec l'équivalent métabolique de l'activité, qui tient compte de l'intensité de l'activité.

**Consommation de légumes et de fruits** : proportion de répondants qui mangeaient des légumes (incluant les pommes de terre) au moins deux fois par jour et des fruits au moins deux fois par jour. Cet indicateur correspond généralement à la consommation de cinq fruits et légumes par jour (dans toutes les combinaisons, et en excluant les pommes de terre) recommandée dans les lignes directrices sur la prévention du cancer<sup>9</sup>, mais, dans l'ERS, seulement deux catégories de réponses étaient possibles pour rendre compte de la consommation quotidienne de légumes (pommes de terre incluses) ou de fruits, soit « une fois par jour » ou « plusieurs fois par jour ». Les répondants de l'ERS qui ont répondu « plusieurs fois par jour » pour les légumes et pour les fruits ont été classés comme ayant consommé des fruits au moins deux fois par jour et des légumes au moins deux fois par jour, pour un total d'au moins quatre fois par jour. Par souci de cohérence, les répondants de l'ESCC qui ont déclaré manger au moins deux légumes (incluant les pommes de terre) et au moins

deux fruits ont été classés comme ayant consommé des fruits et des légumes au moins quatre fois par jour au total.

**Aucune consommation d'alcool** : proportion de répondants âgés de 19 ans et plus ayant déclaré ne pas avoir bu d'alcool au cours des 12 mois précédents. Les femmes enceintes ont été exclues. L'ESCC et l'ERS avaient des catégories de questions et de réponses équivalentes pour mesurer l'absence de consommation d'alcool.

**Consommation excessive ponctuelle d'alcool fréquente** : proportion de répondants âgés de 19 ans et plus ayant déclaré avoir pris cinq consommations ou plus à une même occasion au moins deux à trois fois par mois au cours des 12 mois précédents. Les femmes enceintes ont été exclues. L'ESCC et l'ERS avaient des catégories de questions et de réponses équivalentes pour mesurer la consommation excessive ponctuelle d'alcool.

**Tabagisme et consommation excessive ponctuelle d'alcool fréquente** : proportion de répondants âgés de 19 ans et plus ayant déclaré être fumeurs et avoir pris cinq consommations ou plus à une même occasion au moins deux à trois fois par mois au cours des 12 mois précédents. Les femmes enceintes ont été exclues. L'ESCC et l'ERS avaient des catégories de questions et de réponses équivalentes pour mesurer la consommation excessive ponctuelle d'alcool et le tabagisme.

**Participation au dépistage du cancer du col de l'utérus** : proportion de femmes de 21 à 69 ans ayant subi un test de Pap au cours des trois années précédentes. Dans l'ERS, on ne demandait pas aux femmes si elles avaient subi une hysterectomy totale; par conséquent, les femmes ayant indiqué avoir eu une hysterectomy dans l'ESCC ont été incluses.

**Participation au dépistage du cancer du sein** : proportion de femmes de 50 à 74 ans ayant subi une mammographie au cours des cinq années précédentes. Cet indicateur ne correspond pas à l'intervalle recommandé entre les tests de dépistage du cancer du sein (deux ans pour les femmes à risque moyen), afin de permettre la comparaison entre les catégories de réponses de l'ERS et de l'ESCC (dans le questionnaire de l'ERS, on demande aux femmes d'indiquer si elles ont subi une mammographie au cours des trois années

précédentes, ou au cours des trois à cinq années précédentes). En outre, comme l'ERS ne demandait pas aux femmes d'indiquer pourquoi elles avaient subi une mammographie (p. ex. traitement de suivi, diagnostic ou autres problèmes liés aux seins), les répondantes de l'ESCC ayant indiqué avoir subi une mammographie pour d'autres raisons que le dépistage ont aussi été incluses dans la définition.

### **Identité autochtone**

Dans les ESCC de 2007 à 2010, tous les répondants devaient répondre à la question : « Êtes-vous un(e) Autochtone, c'est-à-dire Première Nation (Indien(ne) de l'Amérique du Nord), Métis(se) ou Inuit(e) ? ». Lorsqu'un participant répondait par l'affirmative, on lui demandait de préciser à quelle sous-population il appartenait, et le répondant pouvait déclarer plus d'une identité autochtone. À compter de 2011, cette question a été posée seulement aux répondants qui avaient indiqué précédemment être nés au Canada, aux États-Unis, en Allemagne ou au Groenland. Par souci d'uniformité, nous avons classé les répondants des enquêtes de 2007 à 2010 comme des membres des Premières Nations uniquement s'ils avaient indiqué être nés dans l'un de ces quatre pays. « Premières Nations vivant hors réserves » désigne les répondants à l'ESCC qui se sont identifiés comme membre des Premières Nations ou comme Inuit. « Ontariens non autochtones » désigne les répondants à l'ESCC qui ne se sont pas identifiés comme Autochtone, ou qui se sont identifiés comme Autochtone né en dehors du Canada, des États-Unis, de l'Allemagne ou du Groenland. « Premières Nations vivant dans des réserves » désigne toutes les personnes ayant répondu à l'ERS.

### **Groupe d'âge, scolarité et zone géographique**

Pour analyser les facteurs de risques, nous avons classé les adultes par groupes d'âge selon les groupements habituellement utilisés : du plus jeune âge pour l'indicateur (18, 19 ou 20) à 29 ans; 30 à 44 ans; 45 à 64 ans; 65 ans et plus. Pour le dépistage du col de l'utérus, les groupes d'âge ont été établis comme suit : 21 à 29 ans, 30 à 44 ans et 45 à 69 ans. Pour le dépistage du cancer du sein, les groupes d'âge ont été établis comme suit : 50 à 54 ans, 55 à 64 ans et 65 à 74 ans.

Le niveau de scolarité des répondants a été divisé en trois catégories en fonction du niveau de scolarité le plus élevé atteint : aucun diplôme d'études secondaires, diplôme d'études secondaires et/ou études postsecondaires partielles, et diplôme d'études postsecondaires.

Le lieu de résidence a été divisé en deux catégories, soit le Nord et le Sud, en utilisant les codes des divisions de recensement de Statistique Canada. Les codes de division 3 501 à 3 547 correspondent au Sud, et les codes de division 3 548 à 3 560 correspondent au Nord. Selon ce classement, des 24 communautés des Premières Nations ayant participé à l'ERS, 10 étaient situées dans le Sud et 14 étaient situées dans le Nord. Par exemple, la Première Nation de Moose Deer Point est classée comme étant située dans le Sud et la Première Nation de Wasauksing dans le Nord. Une carte illustrant ces zones Nord et Sud ainsi que l'emplacement des communautés des Premières Nations ayant participé à l'ERS a été publiée<sup>25</sup>.

### Analyse

Les poids d'échantillonnage attribués par Statistique Canada (pour l'ESCC) et par le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (pour l'ERS) ont été utilisés pour rendre compte de la probabilité de sélection, de non-réponse et de non-couverture. Les taux normalisés selon l'âge (TNA) ont été calculés en fonction de la structure démographique de la population d'identité autochtone de l'Ontario en 2006<sup>26</sup>, et stratifiée par sexe, groupe d'âge, niveau de scolarité et situation géographique. Nous avons employé la méthode *bootstrap* pour calculer le coefficient de variation (CV) et les intervalles de confiance (IC) à 95 %. Les estimations dont le CV se situait entre 16 % et 33 % doivent être utilisées avec prudence. Nous avons calculé les rapports de taux et effectué des tests du chi carré afin de comparer les estimations obtenues pour les Premières Nations et les Ontariens non autochtones. Une valeur de  $p \leq 0,05$  a été considérée comme statistiquement significative.

### Résultats

L'échantillon provenant de l'ERS comptait 1 500 adultes et 600 adolescents des Premières Nations vivant dans des réserves, et celui de l'ESCC comptait 2 119 adultes et 376 adolescents des Premières Nations

ainsi que 123 105 adultes et 11 636 adolescents non autochtones vivant hors réserves (tableau 1).

Chez les adultes des Premières Nations vivant dans des réserves (TNA hommes = 50,4 %, TNA femmes = 49,4 %) et hors réserves (TNA hommes = 44,2 %, TNA femmes = 41,4 %), les taux de tabagisme étaient plus élevés que chez les adultes non autochtones (TNA hommes = 25,6 %, TNA femmes = 17,8 %) (tableau 2, figures 1 et 2). Les adolescents des Premières Nations vivant dans des réserves (TNA = 30,3 %) et hors réserves (TNA = 13,8 %) étaient également beaucoup plus susceptibles de fumer que les adolescents non autochtones (TNA = 4,2 %).

Une proportion beaucoup plus élevée d'adultes des Premières Nations vivant dans des réserves (TNA hommes = 34,8 %, TNA femmes = 37,8 %) et d'hommes des Premières Nations vivant hors réserves (TNA = 18,9 %) ont déclaré ne pas consommer d'alcool, par rapport à leurs homologues non autochtones (TNA hommes = 15,7 %, TNA femmes = 24,5 %). Le taux d'abstinence d'alcool, chez les femmes des Premières Nations vivant hors réserves, était similaire à celui relevé chez les femmes non autochtones (24,2 % par rapport à 24,5 %).

Les hommes et les femmes des Premières Nations vivant hors réserves (TNA hommes = 27,7 %, TNA femmes = 10,7 %) étaient beaucoup plus susceptibles d'avoir une consommation excessive ponctuelle d'alcool que les hommes et les femmes non autochtones (TNA hommes = 19,1 %, TNA femmes = 6,3 %). Chez les Premières

Nations vivant dans des réserves, une proportion similaire d'hommes (TNA = 24,5 %) et une proportion beaucoup plus élevée de femmes (TNA = 14,0 %) ont déclaré avoir une consommation excessive ponctuelle d'alcool fréquente, comparativement aux hommes et aux femmes non autochtones. La combinaison de tabagisme et de consommation excessive ponctuelle d'alcool fréquente était plus répandue chez les hommes et les femmes des Premières Nations vivant dans des réserves (TNA hommes = 15,6 %, TNA femmes = 10,4 %) et hors réserves (TNA hommes = 17,7 %, TNA femmes = 7,5 %) que chez les hommes et les femmes non autochtones (TNA hommes = 8,0 %, TNA femmes = 2,7 %).

Les Premières Nations vivant dans des réserves (TNA hommes = 12,0 %, TNA femmes = 19,9 %) et les femmes des Premières Nations vivant hors réserves (TNA = 27,7 %) étaient beaucoup moins susceptibles de déclarer manger au moins deux fois des fruits et deux fois des légumes par jour que les adultes non autochtones (TNA hommes = 22,8 %, TNA femmes = 37,0 %). La prévalence de l'obésité était beaucoup plus élevée chez les adultes des Premières Nations vivant dans des réserves (TNA hommes = 48,1 %, TNA femmes = 49,4 %) et hors réserves (TNA hommes = 33,0 %, TNA femmes = 27,9 %) que chez les adultes non autochtones (TNA hommes = 18,7 %, TNA femmes = 16,2 %). Les adolescents des Premières Nations vivant dans des réserves (TNA = 15,9 %) et hors réserves (TNA = 7,5 %) étaient plus susceptibles de souffrir d'obésité que les adolescents non autochtones (TNA = 4,8 %).

**TABLEAU 1**  
**Taille des échantillons disponibles pour les Premières Nations vivant dans des réserves (ERS, 2008-2010), les Premières Nations vivant hors réserves et la population non autochtone (ESCC, 2007-2013), Ontario, Canada**

Groupe d'âge	Population non autochtone (ESCC)	Premières Nations hors réserves (ESCC)	Premières Nations dans des réserves (ERS)
Adolescents (12 à 17 ans)	11 636	376	600
Hommes (18 ans et plus)	54 742	919	654
Femmes (18 ans et plus)	68 363	1 200	846
Femmes (21 à 69 ans) <sup>a</sup>	26 183	619	719
Femmes (50 à 74 ans) <sup>b</sup>	29 366	442	362

**Abréviations :** ESCC, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes; ERS, Enquête régionale sur la santé des Premières Nations.

<sup>a</sup> Population admissible pour l'indicateur du dépistage du cancer du col de l'utérus (test de Pap).

<sup>b</sup> Population admissible pour l'indicateur du dépistage du cancer du sein (mammographie).

TABLEAU 2

Taux normalisés en fonction de l'âge (%) – Facteurs de risque du cancer et dépistage du cancer chez les Premières Nations (dans des réserves et hors réserves) et la population non autochtone, Ontario, Canada (ESCC, 2007–2013 et ERS, 2008–2010)

Caractéristiques	Sous-groupe (âge en années)	Population non autochtone		Premières Nations hors réserves			Premières Nations dans des réserves		
		(ESCC)	%	(ESCC)	%	IC	(ERS)	IC	Rapport de taux
<b>Facteurs de risque ou de protection</b>									
Tabagisme	Adolescents (12 à 17)	4,2	3,8 à 4,7	13,8	9,0 à 18,6	3,29	30,3	24,8 à 36,4	7,21
	Hommes (20 et plus)	25,6	24,9 à 26,4	44,2	39,1 à 49,2	1,73	50,4	45,4 à 55,4	1,97
	Femmes (20 et plus)	17,8	17,2 à 18,3	41,4	36,4 à 46,4	2,33	49,4	45,3 à 53,5	2,78
Aucune consommation d'alcool	Hommes (19 et plus)	15,7	15,1 à 16,4	18,9	14,3 à 23,5	1,20	34,8	30,1 à 39,5	2,22
	Femmes (19 et plus)	24,5	23,7 à 25,3	24,2	20,2 à 28,3	0,99 <sup>NS</sup>	37,8	33,8 à 41,9	1,54
Consommation excessive ponctuelle d'alcool fréquente	Hommes (19 et plus)	19,1	18,5 à 19,7	27,7	22,9 à 32,4	1,45	24,5	20,4 à 28,6	1,28
	Femmes (19 et plus)	6,3	5,9 à 6,6	10,7	7,8 à 13,6	1,70	14,0	11,1 à 16,8	2,22
Tabagisme et consommation excessive ponctuelle d'alcool fréquente	Hommes (19 et plus)	8,0	7,6 à 8,4	17,7	13,5 à 22,0	2,21	15,6	12,1 à 19,0	1,95
	Femmes (19 et plus)	2,7	2,4 à 2,9	7,5	4,9 à 10,1	2,78	10,4	8,0 à 12,9	3,85
Consommation de fruits au moins deux fois et de légumes au moins deux fois par jour	Hommes (18 et plus)	22,8	22,2 à 23,4	21,9	17,7 à 26,1	0,96 <sup>NS</sup>	12,0	9,2 à 14,8	0,53
	Femmes (18 et plus)	37,0	36,3 à 37,7	27,7	23,2 à 32,2	0,75	19,9	16,8 à 23,0	0,54
Obésité	Adolescents (12 à 17)	4,8	4,2 à 5,4	7,5 <sup>a</sup>	3,9 à 11,0	1,56	15,9	13,3 à 18,9	3,31
	Hommes (18 et plus)	18,7	18,1 à 19,3	33,0	27,9 à 38,1	1,76	48,1	43,2 à 53,0	2,57
	Femmes (18 et plus)	16,2	15,8 à 16,7	27,9	23,6 à 32,3	1,72	49,4	45,3 à 53,5	3,05
Activité physique	Hommes (18 et plus)	53,4	52,5 à 54,2	59,8	54,4 à 65,2	1,12	43,9	39,1 à 48,6	0,82
	Femmes (18 et plus)	47,9	47,1 à 48,6	49,7	45,2 à 54,2	1,04 <sup>NS</sup>	26,5	23,0 à 30,1	0,55
<b>Dépistage du cancer</b>									
Test de Pap au cours des 3 dernières années	Femmes (21 à 69)	77,7	76,9 à 78,6	77,4	72,9 à 81,9	1,00 <sup>NS</sup>	76,9	73,3 à 80,5	0,99 <sup>NS</sup>
Mammographie au cours des 5 dernières années	Femmes (50 à 74)	82,1	80,6 à 83,6	81,7	73,7 à 89,8	1,00 <sup>NS</sup>	69,8	63,8 à 75,7	0,85

**Abréviations :** ERS, Enquête régionale sur la santé des Premières Nations; ESCC, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes; IC, intervalle de confiance; NS, non significatif ( $p > 0,05$ ).

<sup>a</sup> Variabilité d'échantillonnage élevée; interpréter avec prudence.

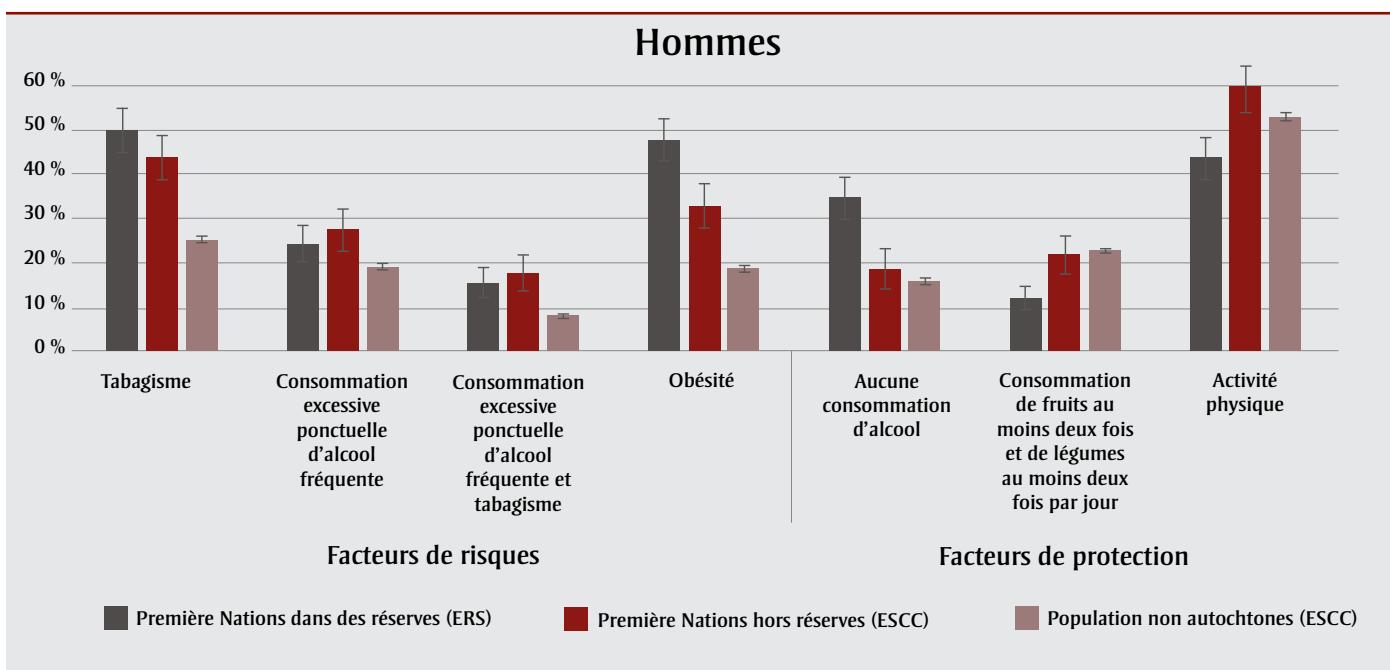
Comparativement aux hommes et aux femmes non autochtones (TNA hommes = 53,4 %, TNA femmes = 47,9 %), une proportion beaucoup plus faible d'hommes et de femmes des Premières Nations vivant dans des réserves étaient physiquement actifs (TNA hommes = 43,9 %, TNA femmes = 26,5 %). Chez les Premières Nations vivant hors réserves, une proportion beaucoup plus élevée d'hommes (TNA = 59,8 %) et une proportion similaire de femmes (TNA = 49,7 %) étaient physiquement actifs, comparativement aux hommes et aux femmes non autochtones.

La proportion de femmes des Premières Nations vivant dans des réserves (TNA = 76,9 %) et hors réserves (TNA = 77,4 %) ayant subi un test de dépistage du cancer du col de l'utérus au cours des trois années précédant l'enquête était similaire à celle des femmes non autochtones (TNA = 77,7 %). Toutefois, une proportion plus faible de femmes des Premières Nations vivant dans des réserves (TNA = 69,8 %) avaient passé une mammographie au cours des cinq années précédant l'enquête, comparativement aux femmes non autochtones (TNA = 82,1 %). Chez les femmes des Premières Nations vivant hors réserves, la

proportion de femmes ayant passé une mammographie au cours des cinq années précédant l'enquête (TNA = 81,7 %) était sensiblement la même que chez les femmes non autochtones (TNA = 82,1 %).

Les résultats obtenus pour les membres des Premières Nations vivant dans des réserves et hors réserves par rapport aux Ontariens non autochtones étaient généralement uniformes selon les groupes d'âge, les niveaux de scolarité et les zones géographiques (Nord et Sud), et les intervalles de confiance étaient très larges, ce qui démontre que les estimations comportaient d'importantes variations (données non présentées).

**FIGURE 1**  
**Taux normalisés en fonction de l'âge (%) – Facteurs de risque du cancer et facteurs de protection contre le cancer chez les hommes adultes des Premières Nations et les hommes adultes non autochtones, Ontario, Canada**



**Source de données :** Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2008-2010; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2007-2013.

**Remarques :** Normalisé en fonction de la répartition par âge de la population d'identité autochtone de l'Ontario en 2006. Pour connaître les fourchettes d'âge associées à chaque variable, voir le texte ou le tableau 2. I représente l'intervalle de confiance à 95 %.

## Analyse

Pour plusieurs des facteurs de risque associés au mode de vie présentés dans cette étude, les membres des Premières Nations de l'Ontario (et en particulier ceux qui habitent dans des réserves) ont obtenu des résultats moins favorables que les Ontariens non autochtones, ce qui laisse à penser que le fardeau futur du cancer et d'autres maladies chroniques pourrait être plus important au sein de cette population. Les taux élevés de tabagisme et d'obésité, la faible consommation de fruits et légumes et la faible participation au dépistage par mammographie chez les Premières Nations vivant dans des réserves sont particulièrement préoccupants. En l'absence de renseignements récents, exhaustifs et de grande qualité sur le fardeau de la maladie chez les Premières Nations de l'Ontario, cette étude fournit des données contextuelles importantes pour la planification et l'établissement des priorités.

Le tabagisme est une cause établie de nombreux autres types de cancer que le cancer du poumon, notamment le cancer de la bouche et de la gorge, de l'estomac, du pancréas, du foie, du col de l'utérus, des ovaires, du rein et de la vessie, le cancer

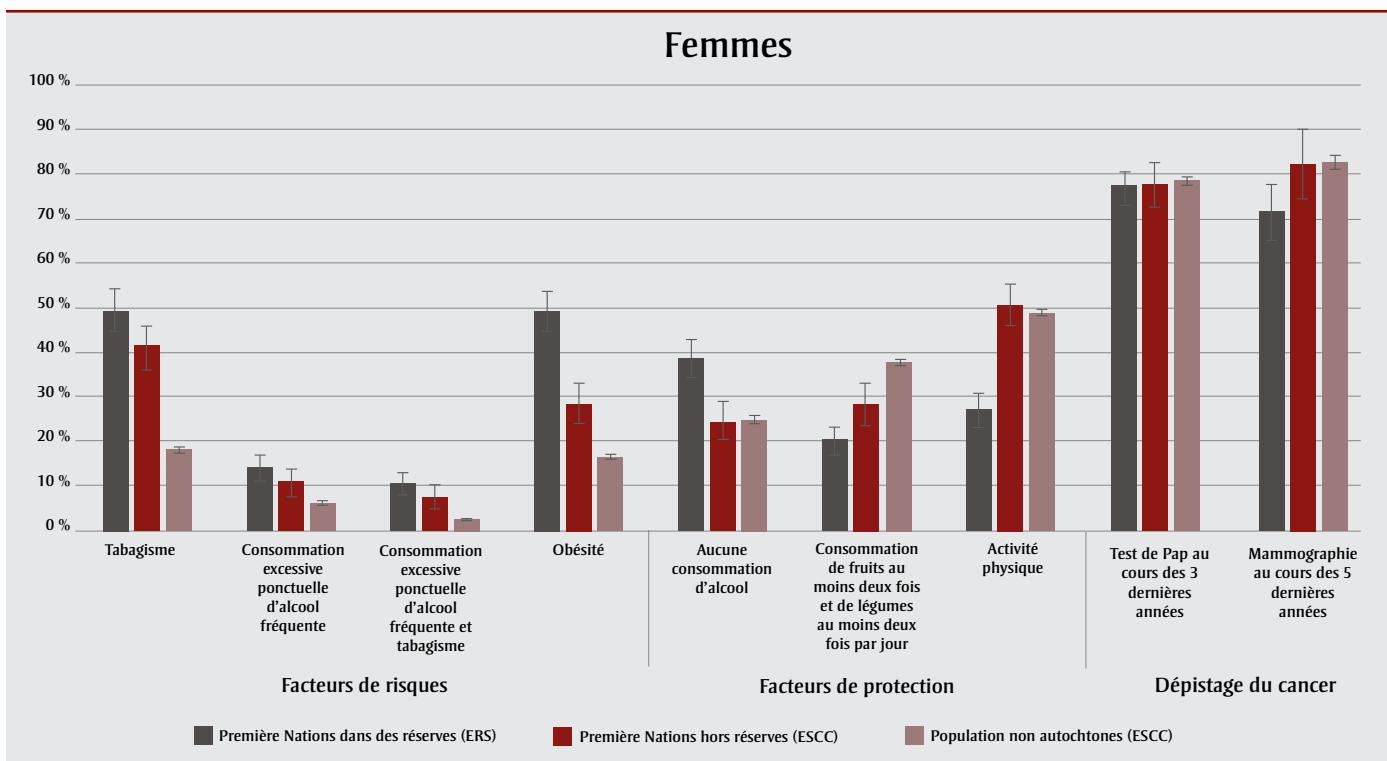
colorectal, et la leucémie<sup>27</sup>. L'usage du tabac accroît également le risque de nombreux autres états et maladies chroniques graves, en particulier le risque de maladies cardiovasculaires, de maladies respiratoires chroniques et possiblement de diabète<sup>11,28</sup>. Notre étude a révélé un taux élevé de tabagisme chez les adultes et les adolescents des Premières Nations, en particulier chez ceux qui vivent dans des réserves, qui se compare à celui observé chez les Premières Nations des autres provinces et territoires du Canada<sup>29-31</sup>, ce qui porte à croire que le fardeau futur des maladies chroniques et des cancers liés au tabagisme pourrait être très élevé.

L'alcool est une cause importante de problèmes de santé graves, dont certains types de cancer<sup>32</sup>. Selon les recommandations des lignes directrices en matière de cancer, la consommation d'alcool ne devrait pas dépasser un verre par jour pour les femmes, et deux verres par jour pour les hommes<sup>9</sup>. Notre étude a indiqué que les Premières Nations qui vivent dans des réserves sont plus susceptibles de s'abstenir de consommer de l'alcool. Bien que cette constatation soit encourageante, l'étude indique également que les membres des Premières Nations qui vivent dans

des réserves et hors réserves sont beaucoup plus susceptibles d'avoir une consommation excessive ponctuelle d'alcool fréquente que les adultes non autochtones. En outre, les adultes des Premières Nations, en particulier les hommes (tant ceux qui vivent dans des réserves qu'en dehors), sont plus susceptibles de combiner la consommation excessive d'alcool et l'usage du tabac que les adultes non autochtones, ce qui accroît considérablement le risque de cancer de la bouche et de la gorge chez cette population<sup>32,33</sup>.

Le surplus de poids accroît le risque de nombreux types de cancer, et ce risque croît avec l'augmentation de l'IMC, même si celui-ci se situe dans les valeurs normales<sup>9</sup>. Le maintien d'un poids santé, à l'échelle individuelle ou collective, nécessite de tenir compte de l'interrelation complexe entre différents facteurs liés au mode de vie, dont le régime alimentaire, l'activité physique et divers déterminants sociaux<sup>34</sup>. La forte prévalence de l'obésité, le faible niveau d'activité physique et la consommation limitée de légumes et de fruits observés chez les Premières Nations (en particulier dans des réserves) dans le cadre de cette étude constituent ensemble une grave menace à leur santé et

**FIGURE 2**  
**Taux normalisés en fonction de l'âge (%) – Facteurs de risque du cancer, facteurs de protection contre le cancer et dépistage du cancer chez les femmes adultes des Premières Nations et les femmes adultes non autochtones, Ontario, Canada**



**Source de données :** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2007-2013 (7 cycles pour la plupart des questions, 3 cycles pour le dépistage); Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2008-2010.

**Remarques :** Normalisé en fonction de la répartition par âge de la population d'identité autochtone de l'Ontario en 2006. Pour connaître les fourchettes d'âge associées à chaque variable, voir le texte ou le tableau 2. I représente l'intervalle de confiance à 95 %.

laissent entrevoir un risque beaucoup plus élevé de nombreuses maladies chroniques, dont le cancer.

En ce qui concerne le test de Pap, les femmes autochtones (vivant dans des réserves et hors réserves) affichaient des taux de participation similaires à ceux des femmes non autochtones. Ces résultats sont encourageants compte tenu du fait que, dans le passé, les femmes des Premières Nations présentaient un taux d'incidence du cancer du col de l'utérus nettement supérieur à celui des femmes ontariennes non autochtones<sup>7</sup>, et un taux de survie plus faible que celles-ci<sup>8</sup>. Afin de réduire encore davantage le fardeau du cancer du col de l'utérus chez les femmes des Premières Nations, il faut poursuivre les efforts de sensibilisation, améliorer l'accès aux tests de dépistage du cancer du col de l'utérus et favoriser le suivi rapide et approprié des tests anormaux ainsi que la vaccination contre le virus du papillome humain (VPH).

La proportion de femmes ayant subi une mammographie était plus faible chez les

femmes des Premières Nations vivant dans des réserves que chez leurs homologues non autochtones. Les études ont également indiqué que le taux de survie au cancer du sein était plus faible chez les femmes des Premières Nations que chez les femmes non autochtones, possiblement en raison d'un diagnostic plus tardif<sup>8,35</sup>. Étant donné que la mammographie est une procédure complexe qui doit être effectuée par des opérateurs qualifiés avec de l'équipement perfectionné, des solutions novatrices devront être mises de l'avant afin d'améliorer l'accès aux tests de dépistage du cancer du sein dans des réserves.

L'ERS ne fournit pas d'estimations relatives au dépistage du cancer colorectal chez les Premières Nations vivant dans des réserves. Une étude a révélé que moins de la moitié (42 %) des adultes des Premières Nations qui vivent hors réserves et qui se situent dans le groupe d'âge visé par ce test ont subi en temps opportun tous les tests de dépistage du cancer colorectal recommandés<sup>12</sup>. Des études ont également suggéré que l'incidence du cancer colorectal

augmente plus rapidement chez les hommes et les femmes des Premières Nations, et que le taux de survie à ce cancer est moins élevé chez les Premières Nations que chez les Ontariens non autochtones<sup>7,8</sup>.

### Forces et limites

Cette étude a été réalisée grâce à une collaboration entre deux organismes, Action Cancer Ontario et Chefs de l'Ontario, et à un accès privilégié à des données d'enquête à diffusion restreinte qui a permis de mesurer le risque de cancer chez les Premières Nations vivant dans des réserves et hors réserves, et de le comparer au risque de cancer chez les Ontariens non autochtones, après un ajustement pour tenir compte de l'écart d'âge entre les deux populations. En combinant plusieurs années de données de l'ESCC, nous avons pu obtenir un échantillon suffisamment vaste pour estimer les risques chez les populations des Premières Nations vivant à l'extérieur des réserves.

Toutefois, cette étude comporte plusieurs limites dont il faut tenir compte. Tout d'abord, les données des enquêtes ayant été recueillies par autodéclaration, nos résultats peuvent présenter un biais de désirabilité sociale, par lequel les répondants ont tendance à sous-déclarer les comportements jugés non souhaitables sur le plan social (p. ex. fumer, boire de l'alcool) et à surdéclarer les comportements jugés souhaitables (p. ex. éviter l'alcool, manger des fruits et des légumes, faire de l'activité physique). Il est peu probable que l'effet de ce biais soit très différent d'un groupe culturel à l'autre; par conséquent il devrait avoir peu de répercussions sur la prévalence relative, quel que soit le facteur de risque.

Vu la nature des catégories de questions et de réponses de l'ERS, certains indicateurs diffèrent de la méthode d'analyse normalisée, et par conséquent ne peuvent être comparés directement avec ceux d'autres études. Ces indicateurs sont : la consommation de légumes et de fruits, qui correspond habituellement à la consommation d'au moins cinq portions de fruits et de légumes par jour (dans toutes les combinaisons, et en excluant les pommes de terre) d'après les lignes directrices sur la prévention du cancer<sup>9</sup>; la consommation excessive d'alcool, qui correspond habituellement à une consommation dépassant la limite recommandée dans les lignes directrices sur la prévention du cancer (c'est-à-dire au plus un verre par jour pour les femmes et deux verres par jour pour les hommes<sup>9</sup>); le dépistage du cancer du sein, pour lequel on exclut généralement les femmes ayant subi une mammographie pour d'autres raisons que le dépistage, et qui est habituellement mesuré en fonction de l'intervalle recommandé entre les tests de dépistage du cancer du sein pour les femmes à risque moyen, c'est-à-dire deux ans; le dépistage du cancer du col de l'utérus, pour lequel on exclut habituellement les femmes ayant subi une hysterectomie. La recommandation d'utiliser des questions comparables a été faite auprès des administrateurs de l'ERS, qui continueront de travailler à l'amélioration du sondage pour les prochaines années.

Faute de renseignements sur les facteurs distaux (p. ex. problèmes d'accès aux services de santé, capital social) pour cette étude, notre capacité à expliquer certains des comportements à risque élevé observés (p. ex. consommation excessive ponctuelle d'alcool fréquente et faible consommation de légumes et de fruits) était limitée, ce qui

justifie de pousser plus loin les recherches à cet égard. Les estimations n'ont pas été ajustées pour tenir compte des différences socioéconomiques entre les populations. Dans une autre étude récemment publiée sur les facteurs de risque et le dépistage du cancer chez les Premières Nations hors réserves et les Métis en Ontario, les chercheurs ont observé très peu de changements dans les résultats de population autochtone comparés à ceux de la population non autochtone après ajustement des données selon le revenu, le niveau de scolarité et le lieu de résidence (urbain ou rural)<sup>12</sup>. Nous avons effectué des tests du chi carré comme test statistique pour analyser la différence de proportions entre les Premières Nations et les Ontariens non autochtones, mais la grande taille des échantillons a une incidence sur ces tests. Les estimations ponctuelles et les intervalles de confiance présentés dans cette étude font surtout état d'écart importants entre les groupes.

## Conclusion

Ces résultats démontrent que des mesures doivent être prises pour améliorer la santé des Premières Nations en Ontario (tant dans des réserves qu'en dehors), afin de réduire leur fardeau du cancer et d'autres maladies chroniques. Le fait qu'une personne vive dans une réserve ou non peut dépendre de nombreux facteurs sociaux dont il faut tenir compte lors de l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et de programmes de prévention. L'interaction entre ces facteurs, notamment les facteurs distaux (p. ex. colonialisme, exclusion sociale), intermédiaires (p. ex. manque d'infrastructures communautaires, ressources limitées) et proximaux (p. ex. comportements en matière de santé, pauvreté, faible scolarité, chômage)<sup>36</sup>, ainsi que leur influence sur les choix de vie chez les Premières Nations, sont complexes et peu étudiées. Un rapport contenant des recommandations stratégiques en matière de santé, adaptées sur le plan culturel et fondées sur des données probantes, a été publié pour orienter les politiques et les interventions visant à favoriser, chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis de l'Ontario, les comportements favorables comme éviter le tabac et l'alcool, manger sainement et faire de l'activité physique. Ces recommandations s'appuient sur les connaissances et l'expérience de communautés, d'organismes et de personnes qui se sont exprimés dans le cadre de discussions de groupe et d'entrevues<sup>34</sup>. D'autres

recherches de ce genre devront être réalisées pour que les initiatives de prévention soient un succès. La mise en œuvre de politiques et de programmes visant à réduire le risque de maladies chroniques et le fardeau de ces maladies chez les Premières Nations nécessitera l'appui et la participation du gouvernement et des communautés, et la collaboration d'un vaste éventail d'organismes.

## Conflits d'intérêts

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.

## Contributions des auteurs

MM, AY, CJ et LM ont été impliqués dans la conception ou la conceptualisation du travail. Tous les auteurs ont participé à l'acquisition, l'analyse ou l'interprétation des données, la rédaction ou la révision du manuscrit, et tous ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

## Références

1. La *Loi constitutionnelle de 1982*, annexe B de la Loi de 1982 sur le Canada (R.-U.), ch. 11. Partie II : Droits des peuples autochtones du Canada (article 35); 1982.
2. Statistique Canada. Les peuples autochtones au Canada : Premières Nations, Métis et Inuits [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2011 [modifié le 15 septembre 2016; consulté le 3 mars 2016]. En ligne à : <https://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/as-sa/99-011-x/99-011-x2011001-fra.cfm>
3. Affaires autochtones et du Nord Canada. Population indienne inscrite selon le sexe et la résidence 2014 – Direction de la statistique et de la mesure. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2015 [consulté le 4 septembre 2015]. En ligne à : <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1429798785836#tbc1303>
4. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. Aperçu de la santé des Autochtones au Canada : Mise en contexte. Prince George (C.-B.), CCNSA; 2013.
5. Tjepkema M, Wilkins R, Senécal S, Guimond E, Penney C. La mortalité chez les Métis et les Indiens inscrits adultes au Canada : étude de suivi sur 11 ans. Rapports sur la santé. 2009; 20(4):33-55.

6. Santé Canada. Santé des Premières nations et des Inuits : Maladies et état de santé [Internet]. Ottawa (Ont.), Santé Canada; 15 janvier 2016 [consulté le 3 juillet 2016]. En ligne à : <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spna/diseases-maladies/index-fra.php>
7. Marrett LD, Chaudhry M. Cancer incidence and mortality in Ontario First Nations, 1968–1991 (Canada). *Cancer Causes Control*. 2003;14(3):259–268.
8. Nishri ED, Sheppard AJ, Withrow DR, Marrett LD. Cancer survival among First Nations people of Ontario, Canada (1968–2007). *Int J Cancer*. 2015;136(3):639–645.
9. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research (AICR). Food, nutrition, physical activity and the prevention of cancer: a global perspective. Washington (DC) : AICR; 2007.
10. Parkin DM, Boyd L, Walker LC. 16. The fraction of cancer attributable to lifestyle and environmental factors in the UK in 2010. *Br J Cancer*. 2011; 105(Suppl 2):S77–S81.
11. Action Cancer Ontario, Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Agir pour prévenir les maladies chroniques : recommandations pour améliorer la santé de la population ontarienne. Toronto (Ont.) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2012.
12. Withrow DR, Amartey A, Marrett LD. Facteurs de risque et dépistage du cancer chez les membres des Premières Nations vivant hors réserves, chez les Métis et chez les non-Autochtones en Ontario. *Maladies chroniques et blessures au Canada*. 2014;34(2-3):110–121.
13. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Composante annuelle (ESCC) : guide de l'utilisateur [fichiers de microdonnées 2007]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2007.
14. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Composante annuelle (ESCC) : guide de l'utilisateur [fichiers de microdonnées 2008]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2008.
15. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Composante annuelle (ESCC) : guide de l'utilisateur [fichiers de microdonnées 2009]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2009.
16. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Composante annuelle (ESCC) : guide de l'utilisateur [fichiers de microdonnées 2010]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2010.
17. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Composante annuelle (ESCC) : guide de l'utilisateur [fichiers de microdonnées 2011]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2011.
18. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Composante annuelle (ESCC) : guide de l'utilisateur [fichiers de microdonnées 2012]. Ottawa (Ont.), Statistique Canada; 2012.
19. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Composante annuelle (ESCC) : guide de l'utilisateur [fichiers de microdonnées 2013]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2013.
20. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Composante annuelle [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2015 [modifié le 24 juin 2016; consulté le 23 février 2017]. En ligne à : [http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV\\_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3226](http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3226)
21. Thomas S, Wannell B. Combiner les cycles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Rapports sur la santé. 2009;20(1):59–65.
22. Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. Contexte et gouvernance de l'ERS [Internet]. Akwesasne (Ont.) : Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations; 2017 [consulté le 23 février 2017]. En ligne à : <http://fnigc.ca/fr/our-work/regional-health-survey/contexte-et-gouvernance-de-lers.html>
23. Chefs de l'Ontario, First Nations Regional Health Survey (RHS) Phase 2 (2008/10) Ontario region final report: Ontario region report on the adult youth and children living in First Nations communities. Toronto (Ont.) : Chefs de l'Ontario; 2012. 135 p.
24. Association of Public Health Epidemiologists in Ontario (APHEO). 5A Smoking Status [Internet]. Toronto (Ont.) : APHEO; 2015 [modifié le 29 juin 2009; consulté le 24 juin 2016]. Consultable en ligne à la page : <http://core.apheo.ca/index.php?pid=117>
25. Chefs de l'Ontario, Action Cancer Ontario. Cancer in First Nations in Ontario: risk factors and screening. Toronto (Ont.) : Chefs de l'Ontario et Action Cancer Ontario; 2016. 80 p.
26. Statistique Canada. Profil de la population autochtone de 2006. Recensement de la population de 2006. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2007. [n° 92-594-XWF]
27. Gandini S, Botteri E, Iodice S, et al. Tobacco smoking and cancer: a meta-analysis. *Int J Cancer*. 2008;122(1): 155–164.
28. US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking—50 years of progress: a report of the Surgeon General. Atlanta (GA) : US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2014. 943 p.
29. Elias B, Kliwer EV, Hall M, et al. The burden of cancer risk in Canada's indigenous population: a comparative study of known risks in a Canadian region. *Int J Gen Med*. 2011;4:699–709.
30. Daniel M, Cargo MD, Lifshay J, Green LW. Cigarette smoking, mental health and social support: data from a northwestern First Nations. *Can J Public Health*. 2004;95(1):45–49.
31. Lemstra M, Rogers M, Thompson A, Moraros J, Tempier R. Prevalence and risk indicators of smoking among on-reserve First Nations youth. *Paediatr Child Health*. 2011;16(10):e71–e77.

32. International Agency for Research on Cancer. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Volume 100E. A review of human carcinogens. Part E: Personal habits and indoor combustions. Lyon (FR) : International Agency for Research on Cancer; 2012. 598 p.

33. Hashibe M, Brennan P, Chuang SC, et al. Interaction between tobacco and alcohol use and the risk of head and neck cancer: pooled analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology Consortium. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2009; 18(2):541-550.

34. Cancer Care Ontario. Path to prevention—recommendations for reducing chronic disease in First Nations, Inuit and Métis. Toronto (Ont.) : Queen's Printer for Ontario; 2016. 92 p.

35. Sheppard AJ, Chiarelli AM, Marrett LD, Nishri ED, Trudeau ME. Stage at diagnosis and comorbidity influence breast cancer survival in First Nations women in Ontario, Canada. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2011; 20(10):2160-2167.

36. Reading CL, Wien F. Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones. Prince George (C.-B.), Centre de collaboration nationale de la santé autochtone; 2009. 40 p.