

**Traduction des rapports sur la transmission  
des connaissances**

*Mars 2012*

# **MALADIES CHRONIQUES**

dans la *Nation métisse de l'Ontario*

**Programme de surveillance des maladies chroniques**

*Nation métisse de l'Ontario*

# TABLE DES MATIÈRES

MESSAGE DU PRÉSIDENT .....	7
INTRODUCTION .....	9
LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES .....	15
CONSTATATIONS .....	17
À QUEL POINT LES TRAITEMENTS RÉUSSISSENT-ILS?.....	19
CONCLUSIONS .....	20
DÉFINITIONS .....	22
RÉFÉRENCES .....	23
LE DIABÈTE .....	25
CONSTATATIONS .....	27
À QUEL POINT LES TRAITEMENTS RÉUSSISSENT-ILS?.....	32
CONCLUSIONS .....	34
DÉFINITIONS .....	35
RÉFÉRENCES .....	36
LE CANCER .....	39
CONSTATATIONS .....	41
CONCLUSIONS .....	46
DÉFINITIONS .....	47
REFERENCES .....	48
MALADIES RESPIRATOIRES .....	51
CONSTATATIONS .....	53
CONCLUSION .....	62
DÉFINITIONS .....	63
REFERENCES .....	64
ÉNONCÉ DU BUT PRINCIPAL DE LA NATION DES MÉTIS DE L'ONTARIO .....	66



# MESSAGE DU PRÉSIDENT

**Gary Lipinski**, PRÉSIDENT, de la Nation métisse de l'Ontario

L'un des points principaux de la Déclaration de la mission primordiale de la Nation métisse de l'Ontario (NMO) est de « promouvoir l'amélioration de la santé et du bien-être de la personne, de la famille et de toute la communauté métisse ».

Dans cette optique, nous avons le plaisir de vous présenter le rapport de la Nation métisse de l'Ontario. Ce rapport décrit les principales conclusions de la surveillance des maladies chroniques dans la communauté métisse, une initiative novatrice axée sur des données sur la santé et les soins de santé propres aux Métis. Le rapport propose les connaissances générées par la recherche dans les domaines du diabète, du cancer, des maladies cardio-vasculaires et respiratoires, et c'est le premier de son genre en Ontario.

Le projet de surveillance des maladies chroniques de la NMO est une initiative financée par l'Agence de la santé publique du Canada, afin d'obtenir des informations ciblées sur l'état de santé et des soins des Métis en Ontario. L'initiative réunit des partenaires de la Nation métisse de l'Ontario, de l'Institut de recherche en services de santé (IRSS) et des chercheurs de différentes institutions universitaires dans un effort de collaboration en recherche coordonnée.

Les lacunes dans les données propres aux Métis sur les maladies chroniques et autres ont

été un obstacle important au développement d'initiatives ciblées en soins de santé et en promotion de la santé pour la communauté métisse. En 2005, la NMO a commencé à explorer les moyens d'interpréter des données propres aux Métis et qui pourraient être utilisées par les chercheurs, les fonctionnaires de la santé, et les décideurs. Aujourd'hui, la NMO est heureuse d'annoncer les résultats de nos partenariats et s'est engagée à appliquer les connaissances acquises, et ce, à l'élaboration d'interventions communautaires efficaces et centrées sur le client. La recherche représente la première étape cruciale d'un processus continu ayant pour objet d'obtenir les éléments de preuve et la base de connaissances nécessaires pour produire de meilleurs résultats en santé pour les Métis.

En accord avec notre Déclaration de la mission primordiale, la NMO soutient une approche globale, holistique pour la santé et le bien-être des Métis. Elle est déterminée à assurer une santé de qualité et à faire des interventions promotionnelles basées sur une recherche solide, des preuves communautaires et des pratiques efficaces.

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à la recherche sur la santé des Métis.

Gary Lipinski

# INTRODUCTION

**S**elon le recensement canadien de 2006, plus de 73 000 personnes en Ontario s'identifient comme Métis.

Les Métis sont des descendants de relations nouées entre des Européens et des femmes des Premières Nations. Les enfants de ces unions sont d'origine mixte. L'origine d'un nouveau peuple autochtone appelé « Métis » provient des mariages ultérieurs entre ces personnes d'origines mixtes. Les Métis représentent un peuple autochtone distinct avec une histoire, une culture et une langue uniques. Les terres ancestrales des Métis sont composées des provinces de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, de l'Ontario et des Territoires du Nord-Ouest. Elles comprennent également le Nord des États-Unis, particulièrement le Michigan, le Wisconsin et le Minnesota du Nord-Ouest (Great Lakes Métis). Autrefois, les Métis étaient considérés comme des gardiens de la paix et des meneurs de la chasse à la nourriture. Malheureusement, à la suite du déclin de la traite des fourrures, du changement du paysage politique au Canada depuis le XIXe siècle, et de la discrimination contre les Métis, ils sont devenus un peuple dévalué et marginalisé. Les efforts pour obtenir que les Autochtones soient

intégrés dans la société courante ont empêché que les citoyens métis du Canada soient reconnus comme membres d'un peuple indigène distinct du Canada. L'inclusion des Métis à l'article 35 de la Loi constitutionnelle de 1982 a finalement reconnu le peuple métis comme l'un des trois groupes autochtones du Canada. Mais l'héritage de la discrimination a laissé ses traces sur les Métis tout comme l'écart qui existe entre eux et la population non autochtone dans les domaines de l'éducation, du revenu et de la santé [Chartrand 2011].

## LA NATION MÉTISSE DE L'ONTARIO

La Nation métisse de l'Ontario (NMO) est le seul organisme représentant le peuple métis de l'Ontario, reconnu par le Métis National Council (MNC) [site Web MNC]. Fondée au début des années 1990, grâce à la volonté des Métis de l'Ontario, la NMO représente les aspirations, les droits et les intérêts communs du peuple métis de l'Ontario et des communau-

tés de toute cette province. La NMO est dotée d'une structure démocratique à l'échelle provinciale. La déclaration de l'objectif premier est le principal document régissant la NMO. Une copie de cette déclaration se trouve au verso de ce rapport. Tous les quatre ans, les citoyens métis ont l'occasion de choisir leur leadership provincial et régional, en déposant leur vote aux élections provinciales. La NMO offre une série de programmes et services dans les domaines de la santé, du développement du marché du travail, de l'éducation et du logement. La NMO a huit directions : Éducation et Formation, Guérison et Bien-être, Logement, Relations intergouvernementales, Communications, Finances, Registre et Terres, Ressources et Consultations. Pour plus d'information sur la NMO, veuillez consulter le site Web de la NMO : [www.metisnation.org](http://www.metisnation.org).

## ACCÈS DES MÉTIS AUX SOINS DE SANTÉ

La population métisse de l'Ontario est éparpillée un peu partout dans la province. En termes de soins de santé, les Métis sont parfois exclus et des systèmes de santé pour Autochtones et des systèmes de santé pour le public en général. Les Premières Nations et les Inuits ont accès aux programmes par l'entremise de la direction générale de la Santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada, puis d'Affaires indiennes et du Nord Canada. Ces ministères fédéraux ne sont pas mandatés pour offrir des programmes aux Métis du Canada. Même si certains centres de santé autochtones ouvrent leurs portes aux Métis, il y en a encore

dont l'accès est refusé parce que les besoins des Premières Nations sont encore plus grands. De plus, comme les Métis n'ont pas de droits relatifs au statut d'autochtone, certains centres autochtones estiment que les Métis devraient recevoir des soins de santé des centres grand public. Les Métis obtiennent la majorité de leurs soins de santé auprès des systèmes provinciaux qui offrent certains services spécialement conçus pour les Autochtones. Toutefois, la majorité des services de santé auxquels les membres ont accès ne sont pas prévus pour répondre aux besoins spécifiques ou pour correspondre à la réalité du peuple métis. Par conséquent, il y a des programmes mal élaborés qui ne répondent pas aux besoins du peuple métis de l'Ontario.

## LE PROJET DE SURVEILLANCE DES MALADIES CHRONIQUES

La Nation métisse de l'Ontario s'inquiète depuis quelque temps du fait qu'il y ait eu si peu d'études axées sur la santé des Métis en Ontario ou ailleurs au Canada [NCCAH Report 2010]. La NMO a besoin d'information propre aux Métis, afin d'élaborer des programmes qui répondront aux besoins de la santé et des soins de santé, et aborderont les déterminants sociaux et économiques de la santé des Métis. En 2008, grâce au financement de l'Agence de la santé publique du Canada, la NMO a entrepris son projet de surveillance des maladies chroniques (PSMC). L'objectif principal du PSMC est d'élaborer et de récolter des informations sur la santé et les soins de santé du peuple métis de l'Ontario. La NMO, en collabora-

tion avec l'Institut de recherche en services de santé (IRSS), a étudié les taux de diabète, de cancer, de maladies cardiovasculaires et respiratoires parmi les Métis enregistrés à la NMO (Rapports pour profanes et Listes de points saillants sur les quatre maladies chroniques sont disponibles au site Web de la NMO Ces études ont abordé aussi l'accès aux soins et, lorsque possible, les résultats des soins.

Le Registre de citoyenneté de la NMO a été utilisé pour ces études. Le registre a été compilé en 1994 pour identifier et enregistrer les citoyens métis et les moissonneurs qui sont des ayants droit dans la province de l'Ontario. Les Métis qui sont des résidents ordinaires de l'Ontario peuvent faire une demande de citoyenneté auprès de la NMO. Les demandes sont évaluées par un greffier indépendant qui approuve la citoyenneté des demandeurs conformes aux critères définis dans la National Definition for Métis (Définition nationale des Métis), adoptée à la 18e Assemblée générale du Conseil National des Métis en 2002 et ultérieurement acceptée par la NMO. Le registre comprend environ 14 000 citoyens métis qui répondent aux critères de la définition nationale.

## CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION DANS LE REGISTRE DE LA NMO

Les citoyens de la NMO sont plus âgés que la population générale de la province (âge moyen 43 ans comparé à 38 ans). Il y a aussi une plus grande proportion d'hommes (54 % comparativement à 50 %). Cette population tend à être

plus pauvre que l'ensemble de la population de l'Ontario et aussi à demeurer dans le Nord de cette province.

## COMMENT A-T-ON RECUEILLI LES DONNÉES ?

La NMO cherche à déterminer le nombre de Métis de l'Ontario qui sont atteints de cancer, de maladies cardio-vasculaires, de diabète et de maladies respiratoires. Toutes les mesures avaient été prises afin d'assurer l'absolue confidentialité des données. Environ 14 000 Métis du registre de la NMO ont été reliés à leurs données des soins de santé de l'Ontario. Dans ce rapport, le groupe étudié est appelé la « population métisse » ou les « Métis ». Tous les autres Métis, qui ne sont pas inscrits au registre de citoyenneté de la NMO, sont comptés dans l'ensemble de la population.

## BASES DE DONNÉES PROVINCIALES SUR LA SANTÉ AU NIVEAU ADMINISTRATIF

Les bases de données provinciales sur la santé au niveau administratif peuvent fournir de précieuses informations pour l'examen des tendances des services de santé au fil du temps (Jutte et coll. 2011, Iron et coll. 2011). Ces bases de données peuvent servir à surveiller les maladies chroniques chez les peuples autochtones, dont les Métis. Les bases de données qui peuvent être examinées comprennent les soins de longue durée, la facturation des médecins, les visites à l'hôpital, et les statistiques vitales.

Ces bases de données peuvent être liées au niveau individuel par le biais d'identificateurs uniques pour que l'on puisse faire le suivi de l'utilisation des services dans tous les domaines de santé. Ces bases de données ne devraient être considérées que comme l'une des sources d'information pour éclairer la prestation des services publics et la prise de décisions politiques en matière de santé.

Les dossiers administratifs ne sont pas toujours suffisamment détaillés au regard des mesures que l'on recommande aux personnes atteintes de cancer, le diabète et les maladies cardio-vasculaires et respiratoires de prendre pour faire face à la maladie, comme l'exercice, manger sainement, et cesser de fumer, et lorsqu'il s'agit de savoir si elles ont oui ou non obtenu de l'aide pour ce faire. Les dossiers administratifs ne montrent pas toujours les soins reçus d'autres prestataires de soins de santé. Tel que mentionné ci-dessus, lorsqu'on étudie les dossiers de facturation des médecins, ceux-ci ne reflètent que les services fournis par un médecin et qui sont facturés à l'Assurance-santé de l'Ontario (OHIP); ils ne précisent pas les autres services offerts par d'autres fournisseurs de services de santé. De plus, les dossiers n'enregistrent pas l'utilisation de médicaments par les personnes de moins de 65 ans, ni les détails des analyses de laboratoire.

## LIMITATIONS DE L'ÉTUDE

Il est important de recueillir des données sur le cancer, le diabète et les maladies cardio-vasculaires et respiratoires au sein de la population métisse en Ontario, mais les informations col-

lectées à ce jour pour cette étude sont sujettes à des limitations significatives. Les chercheurs utilisent les dossiers administratifs sur la santé afin de comprendre des maladies chroniques comme le diabète, le cancer, les maladies cardio-vasculaires et respiratoires, parce qu'elles représentent un moyen efficace d'obtenir une image de l'impact de la maladie, y compris le nombre de personnes atteintes, leur durée de vie et le nombre de fois qu'elles doivent retourner à l'hôpital. Malheureusement, les dossiers administratifs ne sont pas des sources parfaites de données.

Par exemple, les données sur les diagnostics tirés des dossiers de facturation des médecins ont servi à identifier les malades, mais l'exactitude des factures n'est pas vérifiée régulièrement et elles peuvent comprendre des erreurs.

## REMERCIEMENTS

Cette publication a été réalisée grâce au financement de l'Agence de la santé publique du Canada

“Les opinions exprimées ici ne reflètent pas nécessairement celles de l'Agence de la santé publique du Canada.”



# LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES

## **L**a MNO cherche à déterminer combien de Métis de l'Ontario souffrent de maladies cardio-vasculaires.

Cette partie du rapport se concentre sur les résultats de l'étude sur les maladies cardio-vasculaires (MCV). L'étude identifie le fardeau financier de cette maladie ainsi que l'accès aux soins pour les citoyens de la NMO. Elle vérifie s'il y a des différences entre les soins que les Métis reçoivent par rapport à la population générale de l'Ontario. Une comparaison des résultats des soins a également été réalisée. Le fardeau financier de la maladie cardio-vasculaire parmi les citoyens de la NMO a été déterminé en recoupant six types de maladies cardio-vasculaires identifiées dans le registre de citoyenneté de la NMO et la base de données administratives de l'Ontario, pour les exercices financiers de 2006 à 2009 (une période de trois ans). Une fois que l'on a obtenu l'ensemble des taux dans le registre de citoyenneté de la NMO et de la

population générale, les taux ajustés en fonction de l'âge et du sexe ont été déterminés afin de faciliter la comparaison des taux entre les deux groupes. Pour les maladies chroniques, le taux n'a été déterminé que si les cas avaient été identifiés les cinq années précédentes. Pour permettre une année de suivi, seules deux années (exercices financiers 2006 et 2007) ont été évaluées pour les taux d'incidents. Pour les maladies qui sont de nature plus chroniques, la prévalence a été évaluée parce qu'aucune information sur le suivi n'avait été évaluée sur les taux de prévalence. Pour la prévalence, trois années de données ont été utilisées (exercices financiers 2006 et 2008).



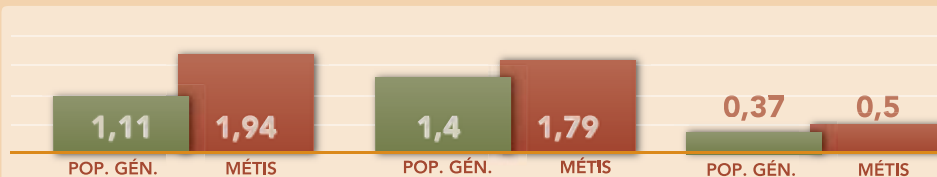
## QU'EST-CE QU'UNE MALADIE CARDIOVASCULAIRE?

Les maladies cardiovasculaires (maladies du cœur et de la circulation sanguine) sont la cause principale de mortalité et d'invalidité au Canada, dont 36 % des décès. En outre, à cause du type de services dont ont besoin les nombreuses personnes qui en sont affectées, les maladies cardio-vasculaires représentent un important fardeau financier pour le système de soins de santé. Et ce qui est le plus important, les maladies cardio-vasculaires sont évitables et soignables.

# CONSTATATIONS

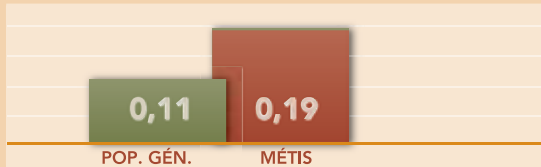
Quelle est la prévalence des maladies cardio-vasculaires chez les Métis?

NOMBRE DE PERSONNES SOUFFRANT DE MALADIES  
CARDIO-VASCULAIRES PAR 100 PERSONNES ENTRE LE  
(1ER AVRIL 2006 ET LE 31 MARS 2009)



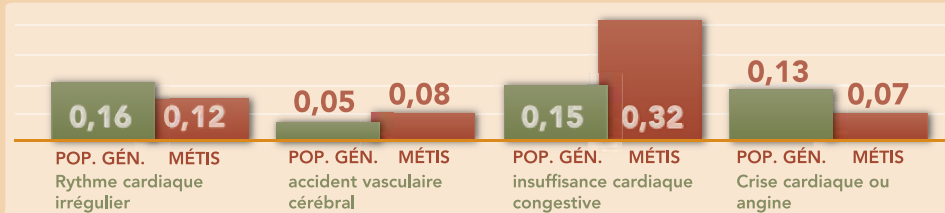
*Les taux de crise cardiaque, d'angine et d'insuffisance cardiaque congestive sont 1,8 et 1,3 fois plus élevés chez les Métis, alors que leur taux d'accidents vasculaires cérébraux est semblable.*

**NOUVEAU CAS DE:  
RYTHME CARDIAQUE IRRÉGULIER  
PAR 100 PERSONNES (1ER AVRIL 2006 ET LE 31 MARS 2008)**



*L'incidence de rythmes cardiaques irréguliers est 1,7 fois plus élevée chez les Métis pendant la période de deux ans.*

**RÉADMISSIONS À L'HÔPITAL  
DANS L'ANNÉE DE L'ÉVÉNEMENT NOTÉ PAR 100 PERSONNES  
(1ER AVRIL 2006 ET LE 31 MARS 2008)**



*Les taux réadmission pour insuffisance cardiaque congestive sont deux fois plus élevés parmi les Métis comparés à la population générale, alors qu'il n'y a pas de*

*différence significative pour ce qui est des crises cardiaques, des angines, des accidents vasculaires cérébraux et des rythmes cardiaques irréguliers.*

## À QUEL POINT LES TRAITEMENTS RÉUSSISSENT-ILS?

Un des moyens de mesurer si les personnes qui souffrent de maladies cardio-vasculaires reçoivent de bons soins est de voir combien d'entre elles doivent retourner à l'hôpital dans la première année de leur premier événement de cette

maladie et aussi, combien d'elles sont décédées pendant cette période. Il faut cependant se rappeler que les mauvais soins des maladies cardio-vasculaires ne représentent qu'une partie des raisons de ces résultats.

### DE MALADIES CARDIO-VASCULAIRES: DÉCÈS par 100 personnes (AVR 1, 2003 - MAR 31, 2009)



Insuffisance  
cardiaque  
congestive

25,71

21,84



Crise cardiaque  
ou angine

17,55

16,91



Rythme cardiaque  
irrégulier

STATISTIQUEMENT

SIGNIFICATIF

**9,44**

**30,95**



Accident vasculaire  
cérébral

28,53

26,65

POP. GÉN.

MÉTIS

Le taux de mortalité causé par un rythme cardiaque irrégulier est 3,3 fois plus élevé dans la population métisse que dans la population générale. Il n'y a pas de différence significative entre les décès à la suite d'insuffisance cardiaque congestive, d'accidents vasculaires cérébraux, de crises cardiaques, ou d'angine entre les deux groupes.


# CONCLUSIONS

L'étude identifie à la fois les taux d'incidence de maladies cardio-vasculaires (la proportion de la population récemment diagnostiquée avec une maladie cardio-vasculaire (MCV)) et la prévalence (la proportion de personnes vivant avec une MCV) parmi les citoyens de la NMO et la population générale en Ontario. Les informations les plus préoccupantes de cette étude sont les écarts de taux de crise cardiaque et d'angine entre les deux groupes. Le taux parmi les Métis inscrits au registre de citoyenneté de la MNO est 70 % plus élevé que celui de la population générale. Autrement dit, pour chaque 120 citoyens de la MNO suivis pendant trois ans, on diagnostiquera une maladie coronarienne chez une autre personne comparativement à la population générale. Dans toute une population, cela se traduit par un grand nombre de cas et énormément de souffrance. Concernant l'insuffisance cardiaque congestive, le chiffre passe à 250 cas. Ces informations rejoignent la partie de l'étude sur le diabète, car le diabète est un facteur de risque pour ces conditions et on sait que les Métis inscrits à la MNO ont des taux plus élevés de diabète.

Dans ce rapport, la découverte la plus étonnante est la différence entre les taux d'infarctus aigu du myocarde et l'angine instable) parmi les citoyens de la NMO comparés au reste de la population de l'Ontario. Après ajustements pour tenir compte de l'âge et du sexe, la prévalence du syndrome coronarien aigu

parmi la population métisse était 1,8 fois plus élevée que pour le reste de la population, soit 194 personnes pour 10 000 Métis, comparé à 111 pour 10 000 dans le reste de la population pendant les trois ans que dura l'étude. En d'autres termes, le taux de syndromes coronariens aigus chez les Métis est de 75 % plus élevé que dans le reste de la population, un taux qui n'avait encore jamais été rapporté dans la littérature scientifique. Le rapport sur le diabète sucré a constaté un taux de diabète plus élevé chez les citoyens de la NMO comparé au reste de la population de l'Ontario, car le diabète constitue un risque important de syndromes coronariens aigus. Ces résultats sont conformes avec les constatations qu'il y a plus de Métis atteints de syndromes coronariens aigus. Les taux d'autres facteurs (comme le tabagisme, l'hypercholestérolémie et l'hypertension) chez les Métis ne sont pas connus et représentent un excellent sujet pour une prochaine étude.

Le nombre de cas d'insuffisance cardiaque congestive était aussi plus élevé chez les Métis avec 179 Métis atteints sur 10 000 comparé à 140 sur 10 000 personnes sur le reste de la population, un accroissement relatif de 28 % soit 1,3 fois plus élevé. La fibrillation auriculaire est l'arythmie cardiaque la plus courante et pourrait multiplier les risques d'accident vasculaire cérébraux. Le taux d'incidence de la fibrillation auriculaire était significativement plus élevé chez les Métis par rapport au reste



de la population, à 19 nouveaux cas par 10 000 Métis par rapport à 11 pour 10 000 personnes dans le reste de la population, une augmentation de 72 % par rapport, soit 1,7 fois plus élevé. Le taux plus élevé de fibrillation auriculaire chez les Métis n'a pas engendré un taux plus élevé d'accidents vasculaires cérébraux : les taux de prévalence de la maladie cardio-vasculaire n'étaient pas statistiquement différents entre les groupes, bien qu'il y ait eu une tendance vers d'AVC chez les Métis.

Le taux élevé de tabagisme chez les Métis peut également expliquer cette différence. Une récente publication de Statistique Canada [Juin 2010] rapporte les données les plus récentes et les plus appropriées sur la prévalence du tabagisme chez les Métis au Canada (données au niveau national) comparée à la population générale du Canada. Le taux de tabagisme dans la population métisse du Canada est d'environ 33 % comparé à 18 % dans la population générale, presque deux fois celle de la population générale du Canada (18,3 %).

Dans une autre étude récente, la NMO a collaboré avec Statistique Canada et Action Cancer Ontario (ACO) pour analyser les données sur les Métis de l'Ontario. Le rapport publié en août 2011 a indiqué la prévalence du tabagisme des Métis en Ontario (données au niveau provincial) par rapport à la population en général de l'Ontario. Les cas de tabagisme

auto-déclaré étaient significativement plus élevés chez les Métis que chez la population en général. Ceci était homogène dans tous les groupes d'âge et des deux sexes. L'analyse a montré que 37 % des hommes métis de l'Ontario ont déclaré fumer quotidiennement ou occasionnellement, comparativement à 30 % chez les hommes de la population de l'Ontario en général. L'analyse a également montré que 36 % des femmes métisses de l'Ontario ont déclaré fumer quotidiennement ou occasionnellement, comparativement à 22 % chez les femmes de la population de l'Ontario en général. Le tabagisme est un « facteur de risque » connu pour développer une MCV.

La communauté des Métis gagnerait à être plus consciente des facteurs de risque entourant MCV, en particulier le tabagisme, et l'aide qui encourage des changements de comportement et de style de vie qui permettraient de réduire le risque.

# DÉFINITIONS

**L'infarctus du myocarde aigu et l'angine instable** - quand le cœur ne reçoit pas assez de sang parce que le flux sanguin est ralenti ou arrêté, il se produit une crise cardiaque.

**Dans l'athérosclérose** - l'épaississement des parois des artères coronariennes à cause d'une accumulation de plaques provoque la majorité des crises cardiaques. Elles peuvent également se produire quand une artère coronarienne se contracte temporairement ou est sujette à un grave spasme qui empêche le sang d'atteindre le cœur.

**L'angine** - se produit quand le cœur ne reçoit pas suffisamment de sang et d'oxygène à cause d'un blocage dans une ou plusieurs artères coronariennes. Ce blocage provoque des douleurs à la poitrine.

**L'insuffisance cardiaque congestive** - est une condition commune qui se développe lorsque le cœur a été endommagé ou affaibli par des maladies y compris les crises cardiaques, la haute pression artérielle chronique et d'autres conditions médicales.

**L'accident vasculaire cérébral** - Il s'agit d'un arrêt soudain des fonctions du cerveau provoqué par l'interruption du flux sanguin au cerveau (accident ischémique cérébral) ou par la rupture de vaisseaux sanguins dans le cerveau (attaque d'apoplexie hémorragique). L'interruption du flux sanguin ou la rupture des vaisseaux sanguins provoque la mort des cellules du cerveau (les neurones) dans la zone

affectée. Les effets d'un tel accident dépendent de la partie du cerveau qui a été atteinte et de l'étendue des dommages. Un accident vasculaire cérébral peut affecter diverses fonctions y compris la capacité de bouger, de voir, de se souvenir, de parler, de raisonner, de lire et d'écrire.

**La fibrillation auriculaire** - est la forme la plus commune d'arythmie, une condition où le rythme cardiaque est irrégulier.

**La cardiopathie congénitale** - se présente à la naissance. Elle est causée par une anomalie où les vaisseaux sanguins, ou même le cœur ne se développent pas normalement pendant la grossesse.

**La cardite rhumatismale** - décrit un groupe de conditions cardiaques aiguës (à court terme) ou chroniques (à long terme) qui sont causées par la fièvre rhumatismale. Un des résultats ordinaires de la fièvre rhumatismale est le dommage aux valves cardiaques.

**La fièvre rhumatismale** - est une maladie inflammatoire qui peut affecter beaucoup de tissus conjonctifs du corps, particulièrement ceux du cœur, des jointures, du cerveau et de la peau.





# RÉFÉRENCES

Les maladies cardiovasculaires dans la Nation métisse de l'Ontario, Rapport non spécialisé, avril 2010, Clare L. Atzema, Moira Kapral, Julie Klein-Geltink, et Eriola Asllani.

Proposition de la MNO à Santé Canada, Roberta Burns, 2007.

MNO Johnson Report, 2005.

Manuel de politiques et procédures de la MNO, 1998.

A microscopic view of several cells, likely red blood cells, showing their characteristic biconcave disc shape. The cells are set against a dark blue background with some light blue highlights, suggesting a fluid environment.

# LE DIABÈTE

**C**ette partie du rapport porte sur les résultats de l'étude sur le diabète.

En date du 1er avril 2007, la prévalence du diabète (la proportion de personnes vivant avec le diabète) et l'incidence du diabète (la proportion de la population qui a été nouvellement diagnostiquée avec le diabète) entre le 1er avril 2006 et le 31 mars 2007, ont été calculées pour la population métisse par le recoupement du Registre de citoyenneté de la NMO avec l'Ontario Diabetes Database (Base de données du diabète de l'Ontario). Parce que les données démographiques des citoyens de la NMO sont différentes

de celles de l'ensemble de la population de l'Ontario, les taux ont été normalisés selon l'âge et le sexe. L'étude a porté sur l'identification de la charge de cette maladie ainsi que sur l'accès aux soins reçus par les citoyens de la NMO souffrant du diabète afin de déterminer quelles sont les différences dans le traitement qu'ils pourraient avoir reçu par rapport à l'ensemble de la population en Ontario. Une comparaison des résultats des soins a également fait partie de l'étude.

## QU'EST-CE QUE LE DIABÈTE?

Le diabète est une maladie à long terme qui empêche le corps de transformer le sucre en énergie. Le sucre inutilisé s'accumule et peut mener à plusieurs problèmes de santé très graves y compris

les problèmes cardiaques, les accidents cérébraux vasculaires, l'insuffisance rénale, la cécité et l'amputation. La base de données sur le diabète de l'Ontario, qui est au centre du présent rapport a été

validée. Cependant, on n'a pas effectué cette validation spécifiquement pour la population métisse. S'ils utilisent les soins de santé différemment de la population en général, il se pourrait que la base de données sur le diabète soit moins exacte en ce qui les concerne. On sait que les dossiers administratifs ne donnent pas toujours une image complète des soins que reçoivent les gens. Les professionnels spécialisés en diabète présument que jusqu'à 30 % des cas de diabète ne sont pas diagnostiqués. Il se pourrait donc qu'il y ait bien plus de personnes atteintes du diabète que ce qu'indiquent les bases de données.

---

# CONSTATATIONS

---

**Q**uelle est la prévalence du diabète parmi les Métis?

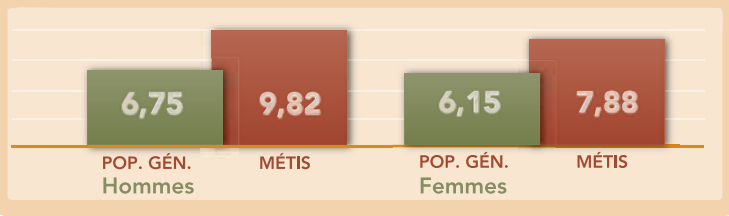
**NOMBRE DE DIABÉTIQUES**  
( PAR 100 PERSONNES AU 1ER AVRIL 2007)



25%

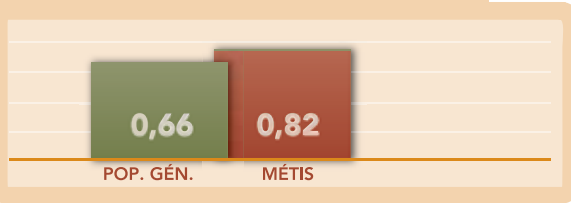
*Le taux de diagnostics de diabète chez les Métis est 25% plus élevé que dans la population générale.*

### DÉTAILS CONCERNANT LES DIABÉTIQUES EN ONTARIO LE 1ER AVRIL 2007, PAR SEXE



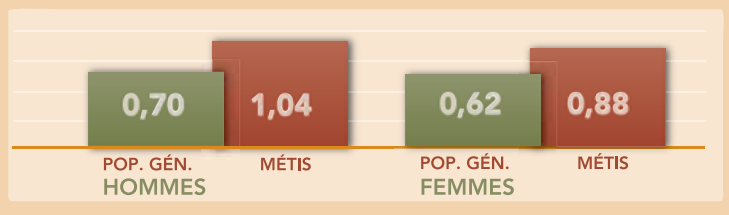
↑ Le nombre de cas de diabète dans la population métisse est plus élevé chez les deux sexes.

### NOUVEAUX DIAGNOSTICS DE DIABÈTE PAR 100 PERSONNES (1ER AVRIL 2006 ET LE 31 MARS 2007)



Le taux de diagnostics de diabète chez les Métis est 24 % plus élevé que dans la population générale.

### NOUVEAUX DIAGNOSTICS DE DIABÈTE, PAR SEXE par 100 personnes entre le 1er avril 2006 et le 31 mars 2007



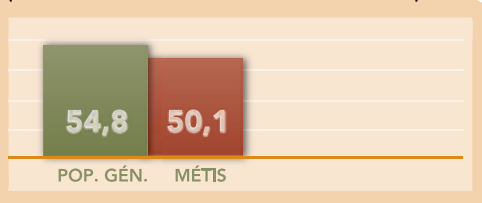
↑ Le diagnostic du diabète est plus courant dans la population métisse pour les deux sexes.

# A ccès aux traitements du diabète et qualité des soins

Les diabétiques demeurent en bonne santé plus longtemps quand leur médecin, les autres professionnels de la santé et eux-mêmes surveillent soigneusement leurs symptômes. Ainsi, on peut découvrir qui sont les personnes qui obtiennent des soins de qualité en faisant état de certains examens que les diabétiques devraient subir régulièrement. Ces tests

mesurent le taux de sucre dans le sang, la pression artérielle et examinent les yeux pour voir s'il y a des caillots de sang ou d'autres dommages. Une autre bonne façon de mesurer la qualité des soins est de voir si les patients reçoivent tous les médicaments recommandés pour contrôler les effets du diabète. .

**VISITES À UN MÉDECIN DE SOINS  
PRIMAIRES PAR DES DIABÉTIQUES**  
(ENTRE LE 1ER AVRIL 2007 ET LE 31 MARS 2008)



*Il y a de légères différences dans la fréquence des visites à un médecin en soins primaires par les membres des deux groupes d'étude. Les Métis sont moins susceptibles de consulter fréquemment un*

*médecin en soins primaires. Il est important de se rappeler que ces constatations ne font pas état des différences des lieux de résidence des deux groupes.*

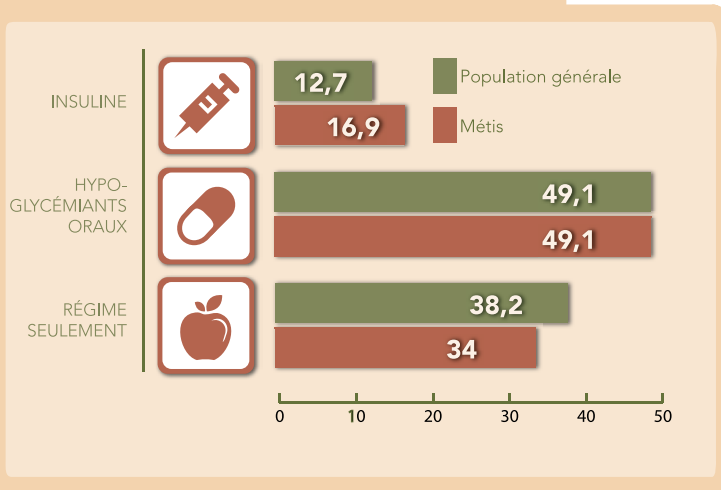
**VISITES À UN SPÉCIALISTE PAR 100 DIABÉTIQUES**  
(1ER AVRIL 2007 ET LE 31 MARS 2008)



*Les Métis sont moins susceptibles à 18 % de se faire soigner par un spécialiste en diabète. Il est important de se rappeler*

*que ces constatations ne font pas état des différences des lieux de résidence des deux groupes.*

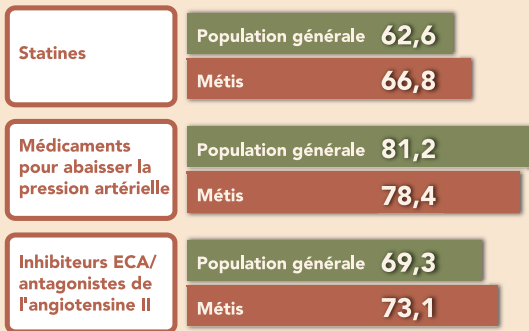
**UTILISATION DE MÉDICAMENTS ET DE RÉGIMES ALIMENTAIRES PAR DES DIABÉTIQUES ÂGÉS POUR CONTRÔLER LA GLYCÉMIE ENTRE LE 1ER AVRIL 2007 ET LE 31 MARS 2008**



*Les Métis âgés sont plus portés à utiliser l'insuline pour contrôler leur diabète et moins susceptibles de le faire en surveillant simplement leur alimentation que la population générale.*



**NOMBRE DE DIABÉTIQUES ÂGÉS PAR 100 PERSONNES  
AUXQUELLES ON A PRESCRIT DES MÉDICAMENTS  
ENTRE LE 1ER AVRIL 2007 ET LE 31 MARS 2008**



*Les Métis âgés ont moins tendance à prendre des médicaments pour contrôler leur pression artérielle que la population générale. Par contre, la différence de leur utilisation de médicaments pour diminuer leur taux de cholestérol comparé aux autres n'est pas significative. .*

**AUTOSURVEILLANCE DE LA GLYCÉMIE PAR  
100 DIABÉTIQUES ÂGÉS ENTRE LE  
1ER AVRIL 2007 ET LE 31 MARS 2008**



*Les Métis âgés sont 19 % plus susceptibles d'effectuer une autosurveillance de leur glycémie que les autres personnes âgées.*

---









## À QUEL POINT LES TRAITEMENTS RÉUSSISSENT-ILS?

---

Un moyen de mesurer la qualité des soins donnés aux diabétiques est de voir combien d'entre eux sont admis à l'hôpital ou ailleurs pour des problèmes de santé

reliés au diabète (maladies cardiaques, insuffisance rénale, affection oculaire ou amputation des pieds).

**COMPLICATIONS AU NIVEAU DES YEUX**  
par 100 diabétiques (AVR 1, 2007 - MAR 31, 2008)

	Insuffisance cardiaque congestive	1,35	1,14
	Complications au niveau des yeux	1,39	1,02
	Crise cardiaque	<b>0,73</b>	<b>1,36</b>
		STATISTIQUEMENT	SIGNIFICATIF
	Crise cardiaque Hypo- ou hyperglycémie	1,22	1,35
	Dialyse	0,57	0,90
	Amputation d'un membre inférieur	0,16	0,10
	Procédures pour ouvrir des vaisseaux sanguins	0,81	1,30
	Accident vasculaire cérébral	0,34	0,34
		<b>GÉN. POP.</b>	<b>MÉTIS</b>

Les citoyens métis diabétiques sont plus susceptibles à 86 % d'être hospitalisés à la suite d'une crise cardiaque que la population diabétique générale. Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les Métis et la population générale dans la majorité des catégories de soins donnés aux diabétiques que nous avons étudiés.

# CONCLUSIONS

Dans le Rapport sur le diabète, et l'incidence (la proportion de la population récemment diagnostiquée avec le diabète) et la prévalence (la proportion de personnes vivant avec le diabète) ont été déterminées pour les taux de diabète parmi les Métis de l'Ontario et la population en général. La prévalence et l'incidence du diabète selon l'âge et le sexe étaient d'environ 25 % plus élevées dans la population métisse comparée à la population générale de l'Ontario. La prévalence était de 8,13 % pour les Métis comparée à 6,45 % dans la population générale, alors que l'incidence annuelle était de 0,82 % pour la population métisse et 0,66 % pour la population générale. La prévalence et l'incidence étaient également plus élevées dans presque toutes les catégories d'âge et de sexes. L'augmentation de la fréquence du diabète pourrait être attribuée en partie au statut socio-économique légèrement inférieur de la population métisse comparé à la population générale. Ceci signifie. En conséquence, le diabète exercera un fardeau considérable sur les soins de la communauté métisse.

Une comparaison dans la suite aux traitements donnés a également été étudiée. Le nombre de cas existants de diabète parmi les citoyens de la NMO comme celui des nouveaux cas qui se développent chaque année est 25 % plus élevé que dans la population générale. Cela signifie que pour chaque 60 citoyens de la NMO, il y a un diabétique de plus comparativement à la population générale.

Il existe des différences dans les soins donnés aux citoyens de la NMO et aux membres de la population générale, mais l'on n'a pas trouvé de tendances de soins inéquitables. Par exemple, les Métis âgés inscrits au registre sont 19 % plus susceptibles d'effectuer une auto surveillance de leur glycémie que les autres personnes âgées. Les Métis âgés inscrits au registre sont plus portés à utiliser l'insuline pour contrôler leur diabète et moins susceptibles de le faire en soignant leur alimentation que les personnes âgées de la population générale. L'utilisation de médication pour diminuer les risques de maladie coronarienne est le même dans les deux groupes. Les citoyens de la NMO et ceux de la population générale ont le même accès aux spécialistes de la vue. Malheureusement, les citoyens de la NMO sont 18 % moins susceptibles de se faire soigner par un spécialiste en diabète et également moins susceptibles de visiter régulièrement un médecin en soins primaires que la population générale. Ces différences s'expliquent probablement par le fait que les Métis enregistrés à la NMO sont concentrés dans le Nord de l'Ontario où il y a moins de médecins.

Il n'y a presque pas de différence dans les résultats des soins donnés aux citoyens de la NMO et à la population générale relativement aux complications découlant du diabète dans les catégories suivantes : visites aux urgences ou hospitalisations pour des problèmes d'augmentation ou de baisse de la glycémie, complications au niveau des yeux, dialyse, in-

suffisance cardiaque congestive, occlusion des artères, AVC et amputations du pied. Par contre, les citoyens métis diabétiques sont plus susceptibles à 86 % d'être hospitalisés à la suite d'une crise cardiaque que la population diabétique générale.

Ces taux plus élevés de diabète représentent un fardeau de maladie considérable qui souligne l'importance d'assurer des soins op-

timaux à nos citoyens. Cela peut être difficile dans le Nord où il y a moins de médecins. Il sera donc important de former, parmi les Métis, plus de médecins, d'infirmières et d'éducateurs en diabète. La collectivité métisse profiterait certainement d'une plus grande prise de conscience des facteurs de risques du diabète et de soutien pour effectuer des changements de comportement et de mode de vie pour diminuer ces risques.

## DÉFINITIONS

**Hypo- ou hyperglycémie** - le taux de sucre dans le sang est trop faible (hypo) ou trop élevé (hyper).

**Hypoglycémie** - un faible taux de sucre dans le sang peut provoquer confusion, maladresse ou évanouissement et peut même mener à des crises d'épilepsie, au coma et à la mort.

**L'hyperglycémie** - provoque le besoin fréquent d'uriner, la soif et la perte malsaine de poids.

**Insuffisance rénale** - À cause de la tension du diabète, les reins peuvent cesser de fonctionner. Les personnes souffrant d'un diabète aigu doivent souvent suivre des traitements de dialyse pour survivre.

**Maladies du cœur** - Le diabète est relié à plusieurs types de maladies coronariennes. Crise cardiaque, insuffisance cardiaque congestive, etc.

**Insuffisance cardiaque congestive** - L'accumulation de fluides corporels, parce que le cœur ne pompe

pas bien, est une autre complication commune du diabète.

**Artères obstruées** - Le diabète augmente le risque d'accumulation de plaques dans les artères.

**Accident cérébrovasculaire** - La perturbation du flux de sang dans le cerveau est un autre risque pour les diabétiques.

**Amputation des membres inférieurs** - Leur mauvaise circulation peut faire que les diabétiques doivent se faire amputer les pieds ou les jambes.

# RÉFÉRENCES

*Le diabète dans la Nation métisse de l'Ontario. Rapport non spécialisé, mars 2010. Baiju Shah, Karen Cauch-Dudek, et C. Fangyun Wu,.*

*Proposition de la MNO à Santé Canada, Roberta Burns, 2007.*

*MNO Johnson Report, 2005.*

*Manuel de politiques et procédures de la MNO, 1998.*

# LE CANCER

**C**ette partie du rapport porte sur les résultats de l'étude sur le cancer.

L'étude a porté sur l'identification de la charge de cette maladie ainsi que sur l'accès aux soins reçus par les citoyens de la NMO afin de déterminer quelles sont les différences entre le traitement qu'ils pourraient avoir reçu et celui reçu par l'ensemble de la population en Ontario. Une comparaison des résultats des soins a également fait partie de l'étude.

Le nombre de cas de chaque type de cancer dans cette étude a été estimé en consultant les données dans le registre provincial de cancer de 2005 à 2007 (exercices financiers). Les taux de prévalence du cancer chez la personne à un

moment précis (le nombre de personnes dont le cancer a été récemment diagnostiqué à une période précise au sein d'une population spécifique) entre 2005 et 2007 ont été calculés pour la population métisse de la NMO et pour la population générale de l'Ontario. Parce que les données démographiques des citoyens de la NMO sont différentes de celles de l'ensemble de la population de l'Ontario, les taux ont été normalisés selon l'âge et le sexe. Les taux ont été calculés dans l'ensemble en fonction de l'âge, du sexe et du type de cancer. Les types de cancer sont répertoriés dans le tableau 1.

## QU'EST-CE QUE LE CANCER?

Le cancer est une maladie qui commence quand des cellules se mettent à

se diviser et à proliférer de façon chaotique. Les groupes de cellules cancéreuses



es qui ont migré dans d'autres parties du corps s'appellent métastases. On nomme chaque cancer en fonction de la partie du corps où il commence. Par exemple, le cancer qui commence dans la vessie et qui migre dans un poumon s'appelle cancer de la vessie avec métastases pulmonaires. De nombreux cancers sont évitables ou traitables dans les premiers stades. Il est donc important d'identifier les personnes à risque afin de dépister le cancer très tôt et contrecarrer son développement.

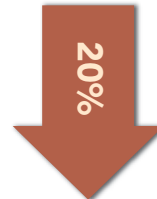
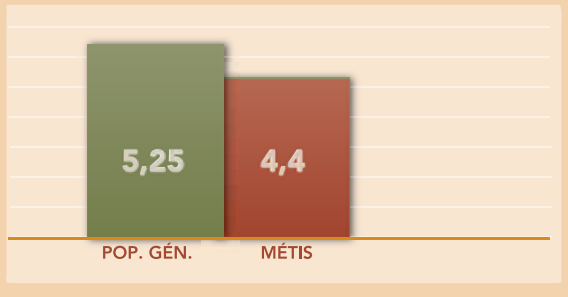
Bien que cette recherche représente une première étape essentielle dans la compréhension des taux de cancer chez les Métis, la prudence s'impose dans l'interprétation des résultats. Ce rapport s'est appuyé uniquement sur des données provenant du Registre du cancer de l'Ontario. La source de données comporte des limites supplémentaires, y compris les informations manquantes sur la gravité de chaque diagnostic, et sur certains types de cancer (par exemple, un type de cancer de la peau et un autre type commun de cancer du sein). Enfin, les données se rapportent uniquement à des cas de cancer récemment diagnostiqués pendant la période étudiée. Les données sur la prévalence

des maladies - qui est, le nombre total de personnes vivant avec le cancer n'étaient pas disponibles.

# CONSTATATIONS

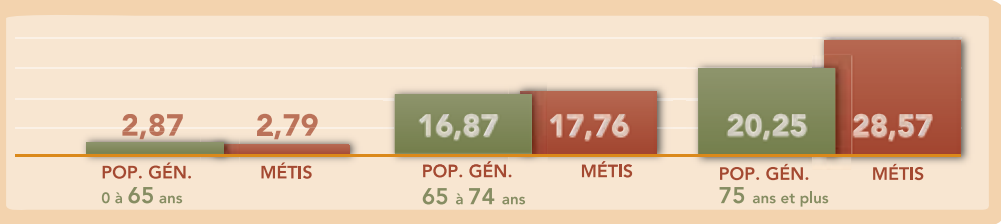
**Q** Quels types de cancer existent parmi les Métis et quelle est leur prévalence?

**NOUVEAUX DIAGNOSTICS DE CANCER**  
(PAR 1000 PERSONNES DE 2005 À 2007, GLOBALEMENT)



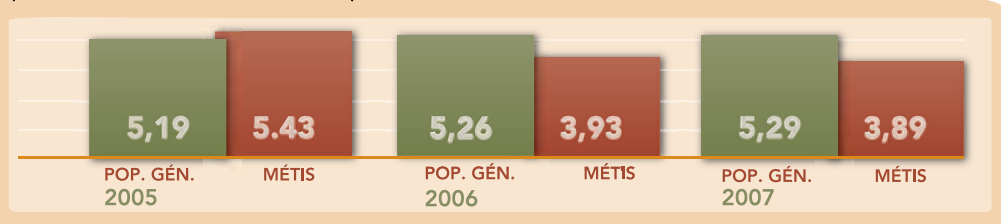
*L'incidence brute du cancer est 20 % moins élevée dans la population métisse que dans la population générale de l'Ontario.*

**NOUVEAUX CAS DE CANCER PAR 1000 PERSONNES DE 2005 À 2007, PAR ÂGE**



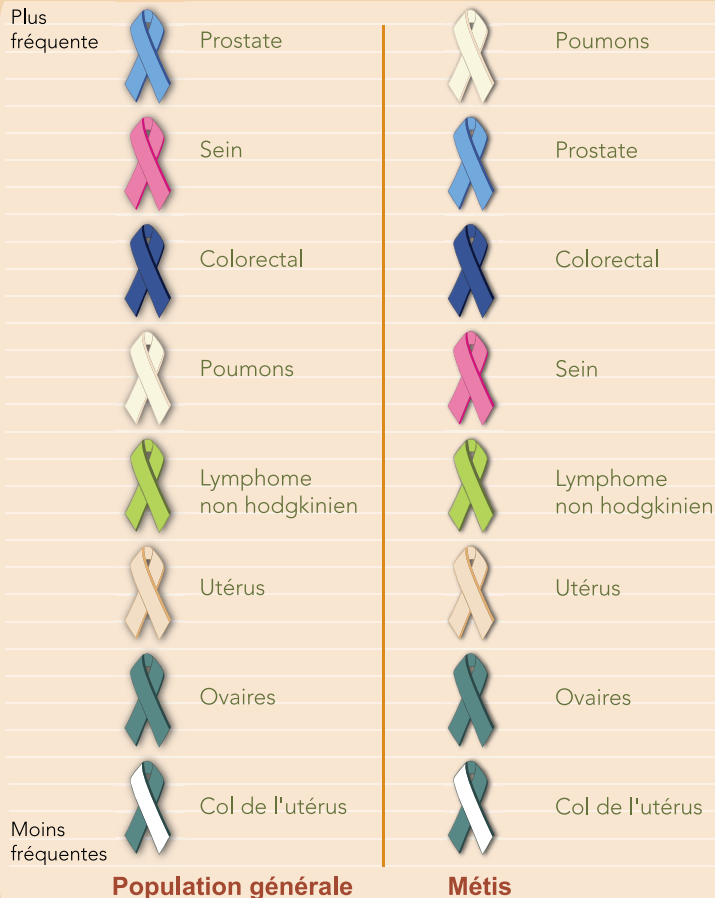
Chez les personnes de plus de 65 ans, le taux global d'incidence du cancer est légèrement plus élevé dans la population métisse que dans la population générale. L'écart s'agrandit dans le groupe d'âge de plus de 75 ans.

**NOUVEAUX DIAGNOSTICS DE CANCER (PAR 1000 PERSONNES DE 2005 À 2007)**



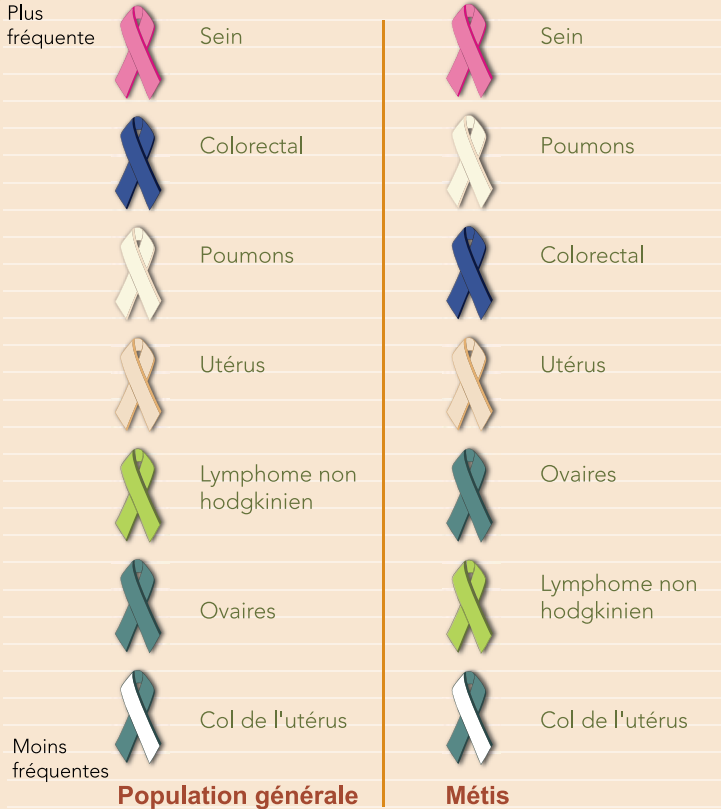
Quoique l'incidence du cancer fût légèrement plus élevée en 2005, elle était de 1,4 à 1,5 fois plus faible chez les Métis que dans la population générale en 2006 et 2007.

**FRÉQUENCE DES NOUVEAUX DIAGNOSTICS  
DE CANCER ENTRE 2005 ET 2007**



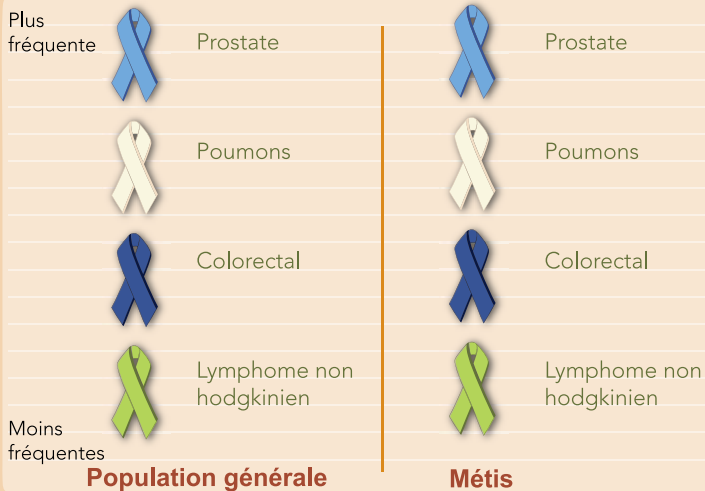
*Parmi les Métis, les types de cancers par ordre de fréquence sont les cancers des poumons, de la prostate, du sein et le cancer colorectal.*

**FRÉQUENCE DES NOUVEAUX DIAGNOSTICS DE CANCER  
ENTRE 2005 ET 2007 PARMIS LES MÉTISSES ET LES FEMMES**



*Il y a une légère différence dans l'ordre de fréquence des types de cancer chez les Métisses et les femmes de la population générale de l'Ontario.*

**FRÉQUENCE DE NOUVEAUX DIAGNOSTICS DE CANCER  
ENTRE 2005 ET 2007 PARMIS LES HOMMES CHEZ LES MÉTIS**



*Les types les plus fréquents de cancer parmi les hommes chez les Métis et la population générale sont les mêmes.*

# CONCLUSIONS

D'après cette étude, en général l'incidence de cancer (la proportion de la population qui a été récemment diagnostiquée avec différents types de cancer) parmi la population des Métis était légèrement inférieure à la population générale avec la plus grande différence remarquée pendant les deux dernières années, soit 2006 et 2007. Cependant, ces estimations des taux sont basées sur un très petit nombre de cas parmi la population métisse, ce qui suggère qu'elles ne sont pas statistiquement significatives. De plus, lorsque les taux sont répartis par âge et sexe, ils étaient inférieurs seulement parmi les hommes métis de moins de 75 ans. L'étude a constaté que le cancer était légèrement moins courant parmi les citoyens de la NMO comparé au reste de la population de l'Ontario. La différence entre les citoyens de la NMO et la population générale étaient peu importante et statistiquement insignifiantes. Il ne faut pas présumer que les citoyens métis présentent de moindres taux d'incidence de cette maladie. En outre, en se basant sur les tendances passées et sur ce que l'on sait des comportements des membres de ce groupe, on prévoit que les taux de cancer augmenteront dans la population autochtone du Canada dans les années à venir.

Un rapport récent de Statistique Canada [Juin 2010] présente les données les plus récentes et les plus pertinentes sur le taux de tabagisme chez les Métis au Canada (données au

niveau national) comparé à celui de la population générale du Canada. Ainsi, on rapporte que le taux de tabagisme dans la population métisse du Canada est d'environ 33 % comparé à 18,3 % dans la population générale. Ce qui veut dire que le taux de tabagisme chez les Métis dans tout le Canada (33 %) est presque le double de celui de la population générale au Canada (18,3 %).

Dans une autre étude récente, la NMO a collaboré avec Statistique Canada et Action Cancer Ontario afin d'analyser les données sur les Métis de l'Ontario. Le rapport publié en août 2011 fait état des taux de tabagisme chez les Métis de l'Ontario (données au niveau provincial) comparé à celui de la population générale. Le taux de tabagisme déclaré personnellement était plus élevé chez les Métis que dans la population générale. Ceci est consistant à travers tous les groupes d'âge et pour les deux sexes. L'analyse démontre que 37 % des hommes métis de l'Ontario rapportent un tabagisme quotidien ou occasionnel comparé à 30 % des hommes de la population générale de l'Ontario. L'analyse démontre aussi que 36 % des femmes métisses de l'Ontario déclarent un tabagisme quotidien ou occasionnel comparé à 22 % des femmes de la population générale de l'Ontario.

Le tabagisme est le plus grand facteur de ris-



que de développer un cancer des poumons. Le taux élevé de tabagisme chez les Métis de l'Ontario est probablement ce qui explique que le cancer du poumon est le cancer le plus commun parmi les citoyens métis. Ces données portent à croire que l'on verra une plus importante augmentation des cas de cancer des poumons parmi les Métis à l'avenir com-

parativement à la population générale. La collectivité métisse profiterait certainement d'une plus grande prise de conscience des facteurs de risques du cancer et de soutien pour effectuer des changements de comportement et de mode de vie pour diminuer ces risques.

## DÉFINITIONS

Le cancer de la prostate commence dans les cellules de cette glande qui fait partie de l'appareil génital masculin. C'est le cancer le plus commun chez les hommes au Canada. Il progresse souvent lentement et peut souvent être traité ou guéri avec succès.

Le cancer du sein qui commence dans les cellules du sein est le type de cancer le plus commun parmi les Canadiennes. On prévoit qu'une femme sur 9 développera le cancer du sein et qu'une sur 28 en mourra. Le taux de mortalité due au cancer du sein a diminué dans tous les groupes d'âge depuis au moins le milieu des années 1990.

Le cancer colorectal commence généralement dans les cellules des parois intérieures du colon ou du rectum. Ils font partie du gros intestin qui, lui, représente la dernière étape du système de digestion. Le cancer colorectal est la deuxième cause de mortalité due au cancer chez les femmes et les hommes au Canada. Il progresse généralement lentement

de façon prévisible et, lorsqu'il est diagnostiqué à un stade précoce, on peut le guérir.

Le cancer du poumon commence dans les cellules de cet organe. Il y a deux types principaux de cancer du poumon. Le cancer du poumon non à petites cellules est le type le plus commun. Il progresse plus lentement que le cancer du poumon à petites cellules, lequel progresse rapidement et se propage souvent dans des parties éloignées du corps. Étant donné que chaque type de cancer du poumon agit très différemment de l'autre, on ne les traite pas de la même manière. Le cancer du poumon demeure la cause principale de mortalité tant chez les hommes que chez les femmes.

Le lymphome non hodgkinien et un cancer qui commence dans les lymphocytes, les cellules du système lymphatique. Ce système, avec d'autres parties du système immunitaire, combat les infections et les maladies. Ce cancer peut commencer dans à peu près toutes

les parties du corps et former des tumeurs. Il commence généralement dans un groupe de ganglions lymphatiques dans une partie du corps, le plus souvent dans le cou. En fin de compte, il peut se propager dans à peu près tous les tissus ou organes du corps par le biais du système lymphatique ou du courant sanguin. Il existe plus de 20 types de lymphomes non hodgkiniens.

Le cancer de l'utérus, une partie de l'appareil génital de la femme, commence dans les parois intérieures de l'utérus et se nomme cancer utérin ou carcinome de l'endomètre.

Le cancer de l'ovaire commence dans les cellules d'un ou des deux ovaires. Ces deux petits organes ovales se trouvent dans le pelvis de chaque côté de l'utérus proche du bout

des trompes de Fallope. Les ovaires font partie de l'appareil génital de la femme. Les trois types principaux de cancer de l'ovaire se distinguent par le type de cellules où commence le cancer. La probabilité qu'une femme développe le cancer des ovaires au cours de sa vie est de 1 sur 71 et qu'elle en meurt de 1 sur 87.

Le cancer du col de l'utérus commence dans le col, soit la partie inférieure et étroite de l'utérus. C'est le conduit qui relie l'utérus au vagin. Le col de l'utérus fait partie de l'appareil génital de la femme.

On appelle dysplasie les changements précancéreux des cellules du col de l'utérus. De nombreuses femmes qui ont une dysplasie et ne développent jamais le cancer du col de l'utérus.

## REFERENCES

Le cancer dans la Nation métisse de l'Ontario, Rapport non spécialisé, novembre 2010, Julie Klein-Geltink, Refik Saskin, Mike Manno, David Urbach, David A. Henry.

Proposition de la MNO à Santé Canada, Roberta Burns, 2007.

MNO Johnson Report, 2005.

Manuel de politiques et procédures de la MNO, 1998.

# MALADIES RESPIRATOIRES

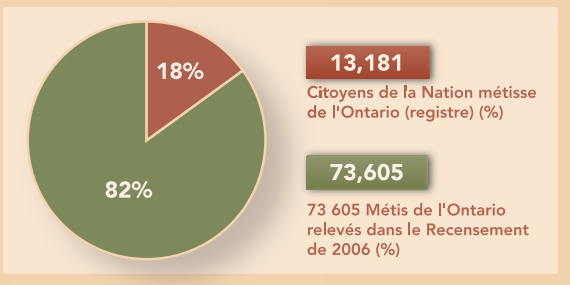
**L**a maladie respiratoire chronique est un groupe de maladies chroniques qui englobe l'asthme, la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), le cancer pulmonaire, la tuberculose et la fibrose kystique.

Ce sont des états chroniques qui pèsent lourd sur les soins de santé et l'économie, et ils devraient augmenter dans la population avec le temps. De plus, le cancer pulmonaire en 2010 occupait le deuxième rang parmi tous les nouveaux cas de cancer, chez les hommes comme chez les femmes, et affichait le taux le plus élevé de mortalité. Deux importants facteurs de risque pour la maladie respiratoire chronique et le cancer pulmonaire – la fumée du tabac et la qualité de l'air interne et externe – sont, dans une certaine mesure, évitables. Une meilleure compréhension de la fréquence de ces maladies et des contextes où les personnes sont exposées au risque de les développer peut se traduire par un plus grand nombre de possibilités de prévention.

Dans ce rapport l'expression « l'ensemble de la population » fait référence au grand public qui ne fait pas partie du registre de la citoyenneté de la NMO. Après avoir défini « Métis » et « ensemble de la population », les dossiers de la santé du gouvernement ont été examinés pour les entrées liées aux maladies respiratoires. Il y a eu estimation du nombre des cas d'asthme et de MPOC après avoir cherché le médecin, les services d'urgence et les visites à l'hôpital de 2007 et de 2008. L'estimation du nombre des cas de cancer dont fait état cette étude a été obtenue après avoir regardé les données du registre provincial de 2005 à 2007.

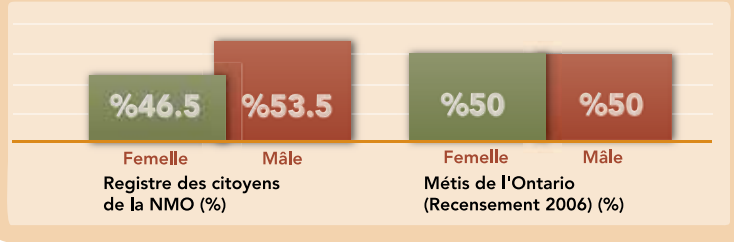
# CONSTATATIONS

## CITOYENS INSCRITS DE LA NMO SOUS FORME DE POURCENTAGE DE LA POPULATION MÉTISSE DE L'ONTARIO (RECENSEMENT DE 2006)



*Le registre de la citoyenneté de la NMO compris dans l'analyse représente approximativement 18 % de la population métisse totale de l'Ontario, ce qui repose sur le rapport des intéressés dans le Recensement de 2006 de Statistique Canada.*

**POURCENTAGE DES MÉTIS, PAR GENRE  
DANS LE REGISTRE DE LA NMO, PAR OPPOSITION  
AUX MÉTIS DE L'ONTARIO (RECENSEMENT DE 2006)**

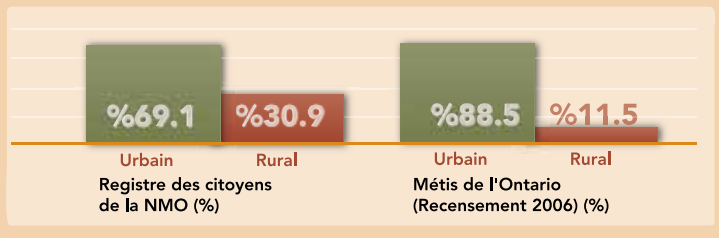


Le registre de la citoyenneté de la NMO compris dans cette analyse représente approximativement 18 % de la population métisse totale de l'Ontario, ce qui repose sur le rapport des intéressés dans le Recensement

de 2006 de Statistique Canada. Les personnes comprises dans le registre de la citoyenneté sont plus âgées, et il est plus probable qu'il s'agisse de mâles que dans la population métisse du recensement.

Caractéristiques démographiques du registre de la citoyenneté de la Nation métisse de l'Ontario, par opposition à la population métisse ontarienne relevée dans le Recensement de 2006. Différences de genre.

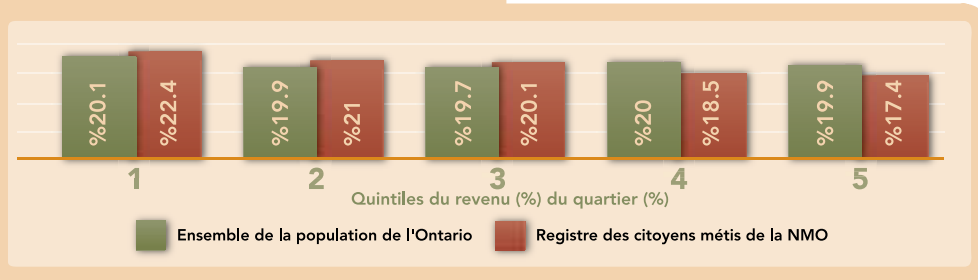
**POURCENTAGE DES MÉTIS :**  
**PAR RURALITÉ (URBAIN VS RURAL)**  
 DANS LE REGISTRE DE LA NMO, PAR OPPOSITION  
 AUX MÉTIS DE L'ONTARIO (RECENSEMENT DE 2006)



Une beaucoup plus grande proportion de l'ensemble de la population vivait dans les zones urbaines par rapport aux citoyens de

la NMO. La majorité de ceux-ci vivait dans le Nord ontarien, le plus groupe le plus nombreux se trouvant dans le Nord-Est.

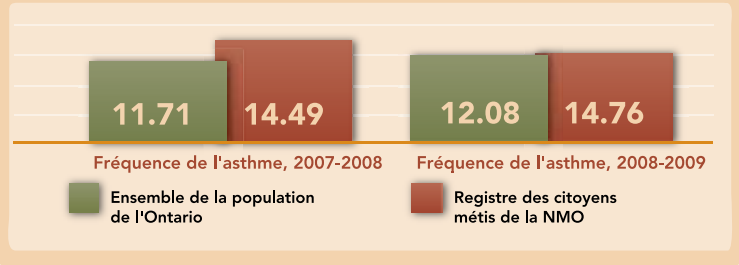
**QUARTIER QUINTILE DU REVENU (%)**  
 DES CITOYENS DE LA NMO VS POP. ONTARIENNE



Caractéristiques démographiques du registre de la citoyenneté de la Nation métisse de l'Ontario, par opposition au reste de l'ensemble de la population de l'Ontario. Quintile de revenu du quartier (pourcentage %).

Si nous ne regardons que ceux résidant dans les zones urbaines, les citoyens de la NMO ont plus de chances de vivre dans des quartiers à faible revenu que les Ontariens urbains de l'ensemble de la population de l'Ontario.

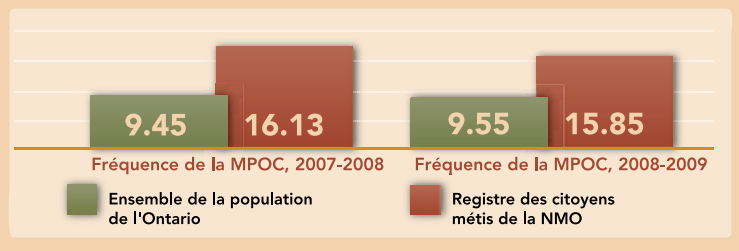
### FRÉQUENCE DE L'ASTHME (2007-2008 ET 2008-2009) CITOYENS MÉTIS DE LA NMO VS POP. ONTARIENNE



La fréquence de l'asthme était considérablement plus élevée (IC à 95 %) chez les Métis de la NMO que dans l'ensemble de la population de l'Ontario au cours des deux années d'étude (2007-2008, 2008-2009). La fréquence de l'asthme a été supérieure chez les Métis

dans tous les groupes d'âge, jusqu'à 64 ans, mais l'écart entre les Métis et l'ensemble de la population était plus grand chez les mâles que chez les femelles de 18 à 24 ans (données non montrées).

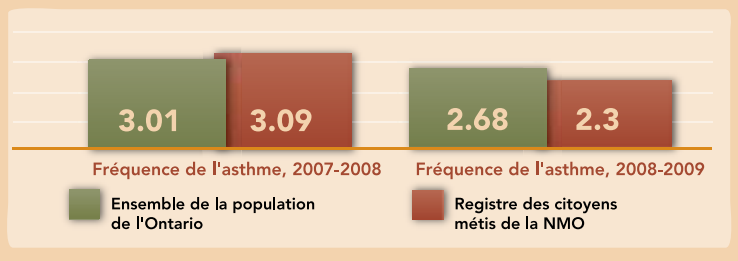
### FRÉQUENCE DE MPOC CITOYENS MÉTIS DE LA NMO VS POP. ONTARIENNE



La fréquence de la MPOC était considérablement plus élevée chez les Métis de la NMO que dans l'ensemble de la population de l'Ontario au cours des deux années d'étude (2007-2008, 2008-2009). La

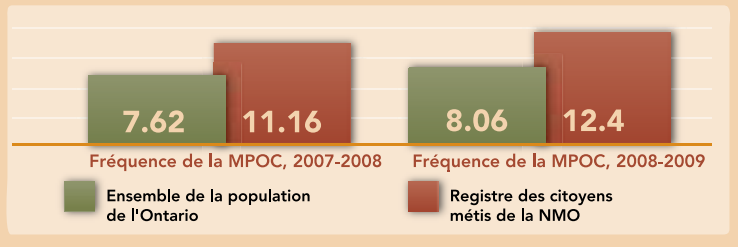
fréquence de la MPOC était également supérieure chez les Métis de tous les groupes d'âge, l'écart s'élargissant avec l'âge après 45 ans (données non montrées).

**FRÉQUENCE DE L'ASTHME** PAR 1 000 PERSONNES  
CITOYENS MÉTIS DE LA NMO VS POP. ONTARIENNE



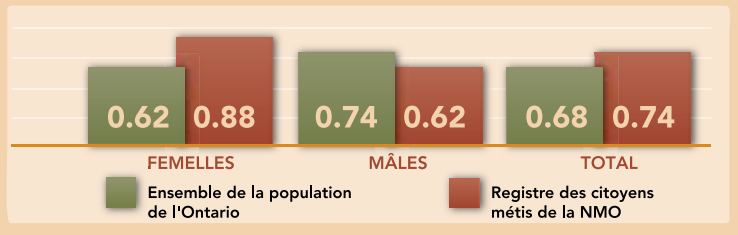
*Il n'y a pas de différence dans la fréquence de l'asthme chez les Métis de la NMO et dans l'ensemble de la population de l'Ontario, et ce, pour l'une ou l'autre année de l'étude.*

**FRÉQUENCE DE MPOC** PAR 1 000 PERSONNES  
CITOYENS MÉTIS DE LA NMO VS POP. ONTARIENNE



*La fréquence de la MPOC était plus élevée de 50 % chez les Métis de la NMO au cours des deux années (2007, 2008).*

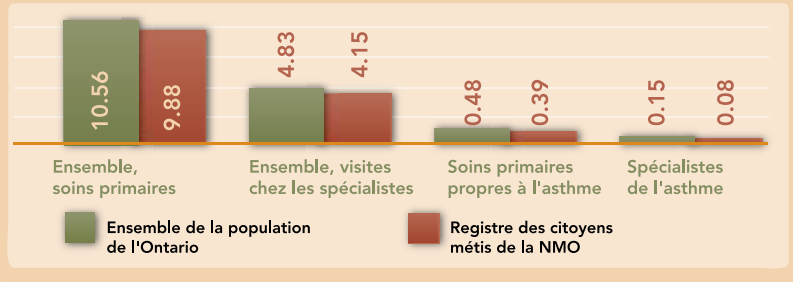
**FRÉQUENCE BRUTE DU CANCER PULMONAIRE: PAR SEXE**  
PAR 1 000 PERSONNES (2005-2007)



*Les taux bruts de cancer pulmonaire paraissent semblables chez les Métis de la NMO et les non-Métis.*



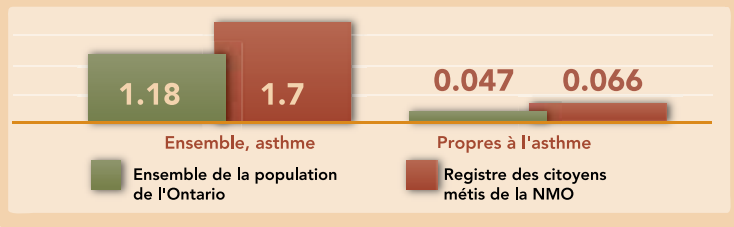
**SOINS PRIMAIRES, VISITES CHEZ LES SPÉCIALISTES :  
PERSONNES AYANT UN DIAGNOSTIC D'ASTHME ( 2007-2009)**



*Parmi les cas d'asthme, la quantité moyenne des visites aux spécialistes et des soins primaires globaux et propres à l'asthme était considérablement inférieure chez les Métis de la NMO que dans l'ensemble de la population.*

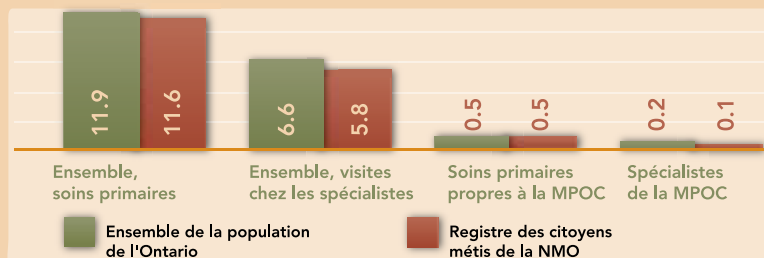
**Nota :** La définition de spécialiste comprend tout médecin qui n'est pas un généraliste/médecin de famille.

**VISITES AUX SERVICES D'URGENCE (SU)  
CHEZ LES PERSONNES AYANT UN DIAGNOSTIC D'ASTHME (2007-2009)**



*L'ensemble des visites aux SU par des personnes ayant un diagnostic d'asthme était supérieur de 40 % chez les Métis de la NMO, par rapport à l'ensemble de la population. Les visites propres à l'asthme aux SU étaient également plus élevées de 40 % chez les Métis de la NMO.*

**SOINS PRIMAIRES, VISITES CHEZ LES SPÉCIALISTES :  
PERSONNES AYANT UN DIAGNOSTIC DE MPOC ( 2007-2009)**

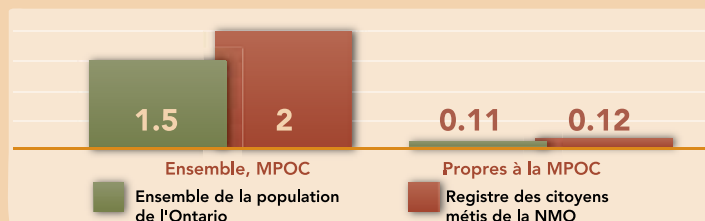


Pour la MPOC, il n'y a pas de différence importante entre les Métis de la NMO et l'ensemble de la population en ce qui concerne globalement les visites axées sur les soins primaires propres à la MPOC; toutefois, la quantité moyenne des visites

aux spécialistes de la MPOC était inférieure chez les Métis.

**Nota :** La définition de spécialiste comprend tout médecin qui n'est pas un généraliste/médecin de famille.

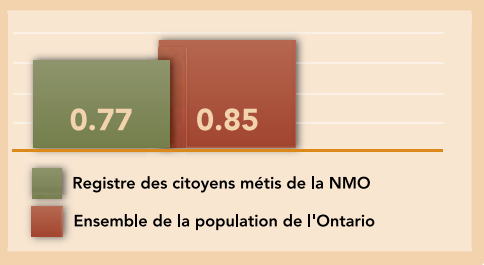
**VISITES AUX SERVICES D'URGENCE (SU)  
PAR LES PERSONNES AYANT UN DIAGNOSTIC DE MPOC (2007-2009)**



L'ensemble des visites aux SU par des personnes ayant un diagnostic de MPOC était supérieur de 30 % chez les Métis de la

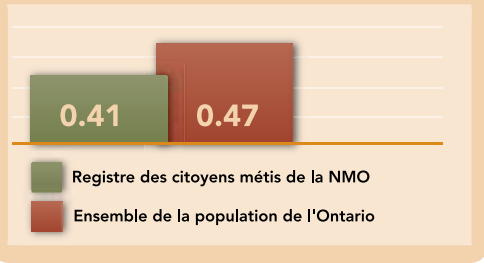
NMO, par rapport à l'ensemble de la population. Il n'y avait pas de différence pour les visites aux SU propres à la MPOC.

**HOSPITALISATIONS (2007-2009)**  
**DE PERSONNES AYANT UN**  
**DIAGNOSTIC DE MPOC**



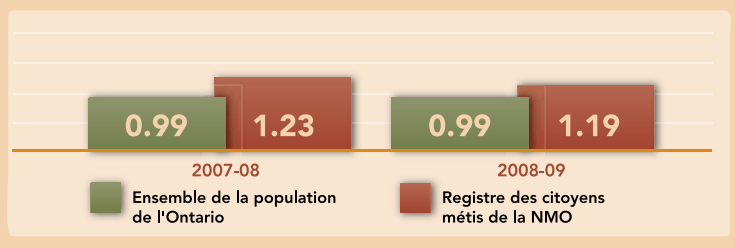
*Les hospitalisations de personnes ayant un diagnostic de MPOC étaient supérieures de 10 % chez les Métis de la NMO par rapport à l'ensemble de la population. Il n'y avait pas de différence pour les hospitalisations propres à la MPOC.*

**HOSPITALISATIONS (2007-2009)**  
**CHEZ LES PERSONNES AYANT UN**  
**DIAGNOSTIC D'ASTHME**



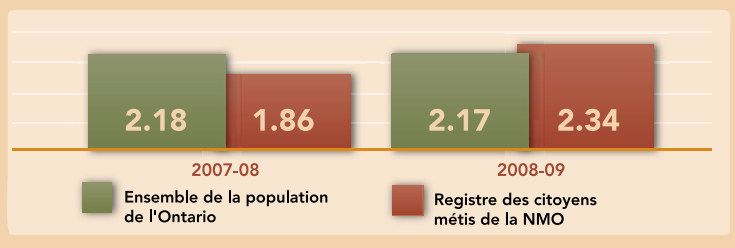
*Les hospitalisations de personnes ayant un diagnostic d'asthme étaient supérieures de 10 % chez les Métis de la NMO, par rapport à l'ensemble de la population. Il n'y avait pas de différence pour les hospitalisations propres à l'asthme.*

**MORTALITÉ (TOUTES CAUSES CONFONDUES)**  
 PAR 100 PERSONNES CHEZ LES ONTARIENS ASTHMATIQUES (2007-2009)



*Il n'y avait pas de différence entre les Métis de la NMO et l'ensemble de la population de l'Ontario quant à la mortalité (toute causes confondues) chez ceux ayant un diagnostic d'asthme.*

**MORTALITÉ (TOUTES CAUSES CONFONDUES)**  
 PAR 100 PERSONNES CHEZ LES ONTARIENS ATTEINTS DE MPOC (2007-2009)



*Il n'y avait pas de différence entre les Métis de la NMO et l'ensemble de la population de l'Ontario quant à la mortalité (toute causes confondues) chez ceux ayant un diagnostic de MPOC..*

# CONCLUSION

Selon les données sur les soins de santé de l'Ontario, les citoyens de la Nation métisse de cette province avaient des taux supérieurs d'asthme et de MPOC de 2007 à 2009, par rapport à l'ensemble de la population de l'Ontario. L'étude suggère aussi qu'il y avait des différences dans les soins auxquels accèdent les Métis qui ont un diagnostic d'asthme et de MPOC, par rapport à l'ensemble de la population.

Le taux élevé du tabagisme chez les Métis (Garner et coll. 2010) pourrait expliquer cette différence. Il est rapporté que le taux du tabagisme dans la population métisse du Canada est d'environ 37 %, comparativement à 22 % pour l'ensemble de la population.

En raison du petit nombre de cas de maladies respiratoires dans cette étude, ce que nous avons trouvé ne fait que suggérer des points, et il nous faudrait les confirmer par des études plus complètes comportant un plus grand nombre de Métis étudiés sur une plus longue période.

Il est à prévu que les taux de cancer pulmonaire et de maladies respiratoires chroniques augmenteront dans la population autochtone au Canada au cours des prochaines années, compte tenu des tendances passées et de

ce que nous savons du comportement des Autochtones. Par exemple, le taux du tabagisme dans la population métisse du Canada est d'environ 37 %, comparativement à 22 % pour l'ensemble de la population. Avec ces chiffres, nous verrons probablement davantage de maladies respiratoires chez les Métis, comparativement à l'ensemble de la population.

Les résultats ont montré que les citoyens de la Nation métisse de l'Ontario avaient un taux plus élevé d'asthme et de BPCO de 2007-2009 par rapport à la population générale de l'Ontario, sur la base de données de santé de l'Ontario. L'incidence du cancer du poumon était légèrement plus élevée chez les hommes métis que dans la population générale. Dans l'ensemble, il n'y avait pas de différences significatives.

La communauté métisse bénéficierait certainement d'une sensibilisation accrue aux facteurs de risque des maladies respiratoires ainsi que d'un soutien pour aider les Métis à changer leur comportement et style de vie afin de réduire le risque.

# DÉFINITIONS

**Maladie respiratoire chronique (MRC)** - maladie respiratoire qui est chronique, à long terme, non infectieuse comme la tuberculose. Dans cette étude MRC est l'asthme et la MPOC.

**Cancer pulmonaire** - cancer qui débute dans les cellules du poumon. Il y a deux sortes de cancers pulmonaires. Le cancer pulmonaire qui n'est pas à petites cellules (NSCLC) est le plus répandu. Il croît plus lentement que le cancer pulmonaire à petites cellules. Le cancer pulmonaire à petites cellules (SCLC) croît rapidement et se répand souvent dans des parties éloignées du corps. Parce que chaque sorte de cancer pulmonaire se comporte assez différemment, chacun est traité différemment. Le cancer du poumon demeure la première cause de décès attribuable au cancer, tant pour les hommes que pour les femmes en Ontario.

**Asthme** - maladie chronique ou à long terme qui rend difficile la respiration. Si vous avez de l'asthme, vos voies respiratoires sont extrêmement sensibles. Aux abords de certaines substances, vos voies respiratoires deviennent irritées, rougissent, enflent et se remplissent de mucosités. Cela peut rendre la respiration très difficile. Vous pouvez aussi avoir un spasme des voies respiratoires. Bien qu'il ne puisse se guérir, l'asthme peut se gérer. Avec un traitement adéquat, les asthmatiques peuvent avoir une vie normale, active.

**MPOC ou maladie pulmonaire obstructive chronique** - La MPOC est un état chronique et progressif, caractérisé par l'obstruction graduelle des voies respiratoires, la dyspnée, la toux et la production d'expectorations. Fumer la cigarette est la principale cause sous-jacente de la MPOC et explique quelque 80 % des décès attribuables à celle-ci. (ASPC 2011)

**Bronchite chronique** - inflammation chronique des bronches (voies respiratoires de taille moyenne) dans les poumons. Elle est généralement considérée comme l'une des deux formes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Elle est définie cliniquement par une toux persistante qui produit des expectorations (mucosités).

**Emphysème** - maladie à long terme, progressive des poumons, qui cause principalement la dyspnée. Chez les personnes atteintes d'emphysème, il y a destruction des tissus nécessaires au maintien de la structure et de la fonction des poumons.

# REFERENCES

Minore B., Hill M.E., Park J., Bandoh G., Page R., Perry S., and Tiernan M. *Understanding Respiratory Conditions Among Ontario's Aboriginal Population. Report prepared for the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. Centre for Rural and Northern Health Research, Lakehead University.* 2010.

Public Health Agency of Canada PHAC. *Life and Breath: Respiratory disease in Canada.* Ottawa, ON. 2007. [http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/lbrdc-vsmrc/pdf/PHAC-Respiratory-WEB\\_eng.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/lbrdc-vsmrc/pdf/PHAC-Respiratory-WEB_eng.pdf)

Janz T., Seto J., and Turner A. *Aboriginal Peoples Survey, 2006. An Overview of the Health of the Métis Population (Catalogue 89-637-X- No. 004)* Ottawa: Statistics Canada, 2009.

Crighton EJ, Wilson K, Senecal S. *The relationship between socio-economic and geographic factors and asthma among Canada's Aboriginal populations.* *Int J Circumpolar Health* 2010; 69:138-150.

Wesche S., Ryan R., and Carry C. *First Nations, Inuit and Métis: Respiratory Health Initiatives Environmental Scan. Report NAHO.* April 2011.

National Aboriginal Health Organization NAHO. *Respiratory Health of Métis Adults: Findings from the 2006 Aboriginal Peoples Survey.* NAHO Report. July 2011.

DiGiacomo M., Davidson P.M., Abbott P.A., Davison J., Moore L. and Thompson S.C. *Smoking Cessation in Indigenous Populations of Australia, New Zealand, Canada, and the United States: Elements of Effective Interventions.* *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 8, 388-410. 2011.

Mutch B.L. *Bringing it back: the meaning of tobacco to Manitoba's Métis peoples.* *Masters of Nursing Thesis, University of Manitoba.* Winnipeg, Manitoba, March 2011. <http://hdl.handle.net/1993/4426>

Carson K.V., Brinn M.P., Peters M., Veale A., Esterman A.J., Smith B.J. *Interventions for smoking cessation in Indigenous populations.* *Cochrane Database Syst. Rev.* 2012 Jan 18;1:CD009046. 2012.

Powell K.E., Paluch A.E., and Blair S.N. Physical Activity for Health: What Kind? How Much? How Intense? On Top of What? *Annu. Rev. Public Health.* 32:349–65, 2011.

Findlay L.C. Physical activity among First Nations people off reserve, Métis and Inuit. *Health Reports*, Vol. 22, no. 1, March 2011. Statistics Canada, Catalogue no. 82-003-XPE. 2011.

Victor J.C., To T., Wilton A., Guan J., Ho M.H., and Gershon A.S. The feasibility of COPD Surveillance in Ontario: A population study. *Healthcare Quarterly* Vol.14, No. 4 25-29, 2011.

Gershon AS, Wang C, Guan J, Vasilevska-Ristovska J, Cicutto L, To T. Identifying individuals with physician diagnosed COPD in health administrative databases. *COPD*; 6:388-94; 2009.

Gershon AS, Warner L, Cascagnette P, Victor JC, and To T. Lifetime risk of developing chronic Obstructive pulmonary disease: a longitudinal population study. *Lancet* 2011; 378: 991–96. 2011.

PHAC 2011. Fast facts about Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD): Data compiled from the 2011 Survey on Living with Chronic Diseases in Canada. Cat.: HP35-26/2011E-PDF. ISBN: 978-1-100-19573-5. © Her Majesty the Queen in Right of Canada, 2011.

Garner R., Carrière G., Sanmartin C. and the Longitudinal Health and Administrative Data Research Team. *The Health of First Nations Living Off-Reserve, Inuit, and Métis Adults in Canada: The Impact of Socio-economic Status on Inequalities in Health.* Health Research

Working Paper Series. Health Information and Research Division. Statistics Canada. Ottawa June 2010. Catalogue no. 82-622-X — No. 004. 2010.

Commission on the Reform of Ontario's Public Services. *Public Services for Ontarians: A Path to Sustainability and Excellence. "Drummond Report."* © Queen's Printer for Ontario, 2012. ISBN 978-1-4435-8898-0 (PDF).

Jutte D.P., Roos L.L., and Brownel M.D. Administrative Record Linkage as a Tool for Public Health Research. *Annu. Rev. Public Health.* 32:91–108, 2011.

Iron K., Lu H., Manuel D., Henry D. and Gershon A. Using Linked Health Administrative Data to Access the Clinical and Healthcare System Impact of Chronic Diseases in Ontario. *ICES Report. Healthcare Quarterly* Vol. 14, No. 3. 2011.



# ÉNONCÉ DU BUT PRINCIPAL

## DE LA NATION DES MÉTIS DE L'ONTARIO

### *Qui nous sommes comme peuple*

Nous, les Métis, sommes un peuple des terres d'où sont issues notre histoire, nos traditions et notre culture.

Ces terres sont les terres ancestrales des Métis. Elles s'étendent des lacs et rivières de l'Ontario, parcourent les larges prairies, traversent les montagnes jusqu'en Colombie Britannique et continuent jusqu'au nord des Territoires du Nord-Ouest. Cela comprend les collines et vallées du Centre Nord des États-Unis.

Ce sont nos terres. Ce sont les terres des Métis. Ce sont les terres de notre passé qui nous nourrissent aujourd'hui et qui représentent le fondement précieux de notre avenir.

En tant que Métis qui demeurent sur les terres ancestrales, nous tenons comme vérité fondamentale que nous formons un des peuples autochtones des Amériques.

La Nation métisse continue aujourd'hui à être l'incarnation de notre passé, la source de notre présent tout en nourrissant nos espoirs et nos

aspirations pour l'avenir.

Nous formons une Nation, née de l'indépendance et de l'autosuffisance, dont les enseignements sont basés sur les valeurs de l'honnêteté et de la vérité. Nous sommes fiers de notre riche patrimoine. Nous tirons inspiration des valeurs et des traditions de nos ancêtres. La force de notre société est basée sur la démocratie, la liberté, l'équité, l'égalité, la générosité, la justice et la loi écrite et coutumière de notre peuple. Nous chérissons, au-dessus de tout, l'harmonie et la paix.

En tant que peuple autochtone, nous tenons pour sacré le droit des individus et de la collectivité. Nous avons du respect les uns pour les autres, de même que pour la Terre, les animaux et les plantes qui nous entourent. Nous sommes un peuple qui honore et respecte la famille, les anciens qui tiennent la clé du passé, et nos enfants qui sont notre avenir.

Guidés par nos valeurs spirituelles, nous aspirons à réaliser notre potentiel le plus élevé.

## *En conséquence, nous déclarons ce qui suit :*

Nous, la Nation métisse, formons une nation distincte parmi les peuples autochtones du Canada. En tant que tel, l'article 35 de la loi constitutionnelle de 1982 reconnaît nos droits ancestraux et nos droits issus de traités.

Nous, la Nation métisse, avons le droit inhérent à l'autodétermination et à l'autonomie gouvernementale.

Nous, les Métis qui demeurons sur les terres ancestrales des Métis en Ontario et qui désirons nous rassembler afin de promouvoir, en tant que collectivité, notre bien-être culturel, social, politique et économique, avons fondé la Nation métisse de l'Ontario qui sera l'organisme qui nous représentera et qui aura le mandat suivant :

D'effectuer des recherches généalogiques, publier et promouvoir la documentation généalogique des Métis, et d'établir et maintenir un registre des citoyens métis de l'Ontario;

D'établir des institutions démocratiques fondées sur notre droit inhérent à l'autonomie gouvernementale;

D'encourager l'entière participation de tous les Métis de la Nation métisse;

De promouvoir et de favoriser le développement communautaire;

De rétablir la base des terres et des ressources;

De développer la prospérité et l'autosuffisance économique au sein de la Nation métisse;

De fournir les soins et le soutien nécessaire pour satisfaire les besoins fondamentaux des citoyens de la Nation métisse;

D'établir des moyens efficaces de communication pour la Nation métisse;

D'encourager les études et le développement des habiletés et de faire en sorte que les citoyens de la Nation métisse puissent réaliser leurs aspirations éducationnelles;

De promouvoir l'histoire, les valeurs, la culture, les langues et les traditions de la Nation métisse, et de faire connaître notre fier patrimoine;

De promouvoir les réalisations artistiques et culturelles des Métis;

D'assurer le plein exercice de nos droits et libertés ancestraux et découlant de traités et, ce faisant, d'agir dans un esprit de collaboration avec d'autres peuples autochtones et nonautochtones;

D'établir de bonnes relations avec tous les peuples autochtones dans la poursuite de nos intérêts et objectifs communs;

De poursuivre notre affiliation avec le Ralliement national des Métis pour représenter les intérêts de la Nation métisse de l'Ontario aux paliers national et international;

De faire reconnaître et respecter les Métis en tant que nation et en tant que peuple.