



Les listes de sujets sont publiées dans [ScienceDirect](#)

Canadian Journal of Diabetes

Page d'accueil de la revue :
www.canadianjournalofdiabetes.com

DIABETES CANADA



Lignes directrices de pratique clinique 2018

Le diabète de type 2 chez les Autochtones

Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de Diabète Canada

Lynden Crowshoe, M.D., CCMF, David Dannenbaum, M.D., CCMF, Michael Green, M.D., M.P.H., CCMF, FCMF, Rita Henderson, M.A., Ph.D., Mariam Naqshbandi Hayward, M.Sc., Ellen Toth, M.D., FRCPC



MESSAGES CLÉS

- Les Autochtones du Canada comptent parmi les populations présentant le risque le plus élevé de diabète et de complications qui lui sont associées. Le dépistage devrait donc avoir lieu plus tôt et plus fréquemment.
- Des stratégies de prévention efficaces sont essentielles et doivent s'inscrire en particulier dans le contexte social, culturel et celui des services de santé de la collectivité. L'état prédiabétique constitue une excellente occasion de prévenir ou de retarder l'apparition du diabète grâce à des interventions axées sur l'adoption de comportements sains ou à l'administration de metformine.
- Une attention particulière doit être portée aux femmes et aux filles autochtones en âge de procréer, car l'incidence élevée d'hyperglycémie pendant la grossesse (gestationnelle et de type 2) et l'obésité chez la mère font augmenter le risque d'obésité et de diabète chez les enfants de la génération suivante. La détection précoce du diabète pendant la grossesse est importante et, chez les femmes qui ont des antécédents de diabète gestationnel, un dépistage postpartum ainsi qu'un suivi approprié s'imposent.
- Les objectifs de prise en charge du diabète chez les Autochtones doivent être les mêmes que ceux qui s'appliquent à la population générale. Dans le cas d'un Autochtone diabétique, il est important de mettre l'accent sur l'établissement d'une relation thérapeutique plutôt que de cibler uniquement l'atteinte des objectifs de prise en charge. Le faible taux de réussite actuellement associé à l'atteinte des objectifs thérapeutiques met en évidence les limites des services de santé lorsque ceux-ci sont inadéquats dans le contexte socioculturel des populations autochtones.
- Un processus intentionnel d'apprentissage et d'inspection continue de la part du travailleur de la santé est essentiel pour tenir compte des contextes propres aux Autochtones dans l'approche clinique de prise en charge du diabète.

MESSAGES CLÉS CONCERNANT LE DIABÈTE CHEZ LES AUTOCHTONES ET DANS LEURS COLLECTIVITÉS

- De nombreuses collectivités autochtones comptent des familles où le risque et le taux de diabète de type 2 sont élevés. Si vous faites partie d'une collectivité où le taux de diabète est élevé, consultez un professionnel de la santé pour en apprendre davantage sur les moyens de subir un test de dépistage et de prévenir le diabète.
- Les causes du diabète sont complexes. La prévention passe par la connaissance des facteurs médicaux, sociaux et culturels qui contribuent à l'apparition du diabète. Cherchez plus particulièrement à comprendre les liens entre l'histoire de la colonisation et les taux actuellement élevés de diabète chez les Autochtones.
- Informez-vous sur les initiatives communautaires visant à promouvoir de saines habitudes de vie, comme les marches contre le diabète, les groupes de perte de poids, les cours de conditionnement physique, les cuisines et les jardins communautaires, ainsi que les activités organisées par les écoles pour les enfants et les adolescents.
- Si vous prévoyez une grossesse ou risquez de tomber enceinte, passez un test de dépistage du diabète. Si vous êtes enceinte et que vous êtes diabétique ou avez reçu un diagnostic de diabète gestationnel, consultez plus fréquemment votre professionnel de la santé et informez-vous sur les groupes de soutien destinés aux femmes enceintes ou aux nouvelles mamans et consacrés à l'exercice, à l'allaitement ou autre.

CONSEILS PRATIQUES POUR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ QUI ŒUVRENT AUPRÈS DES POPULATIONS AUTOCHTONES

- Reconnaissez le triste héritage de la colonisation et ses effets indésirables persistants sur la santé des Autochtones. Cet héritage :
 - perpétue un désavantage socioéconomique qui limite les choix sains (alimentation, activité physique, observance thérapeutique, etc.), augmente le niveau de stress, diminue la capacité à se donner des soins et à adopter de saines habitudes de vie;
 - entretient un environnement social nocif pour la personne, la famille et la collectivité par l'accumulation, tout au long de la vie, d'adversités psychosociales généralisées;
 - fait naître des sentiments de honte et de stigmatisation associés à un diagnostic de diabète;
 - peut rappeler des souvenirs des conditions de vie dans les pensionnats lorsque les professionnels de la santé s'attendent à ce que les Autochtones diabétiques acquièrent des connaissances et leur fournissent des résultats de « tests ».
- Lors des interactions cliniques, cernez les éléments suivants, analysez-les et reconnaissez leur importance :
 - Des tensions peuvent survenir dans la relation thérapeutique, tant en raison d'une appréhension accrue de la part de l'Autochtone diabétique que de sa réactivité émotive face aux préjugés des professionnels de la santé, ainsi qu'au pouvoir et à l'autorité qu'ils détiennent;
 - Le lien étroit qui existe entre le désavantage socioéconomique, les expériences défavorables et la capacité à prendre en charge le diabète;
 - Sa propre conception (c.-à-d., celle du professionnel de la santé) de la santé et des soins diabétologiques ainsi que ses présomptions personnelles à propos des perceptions des Autochtones;
 - Les préférences de l'Autochtone et les obstacles qui l'empêchent de reprendre contact avec les ressources culturelles et les approches traditionnelles des soins et de les assimiler.
- Investissez-vous dans la collectivité autochtone et tissez des liens afin :
 - de mettre en œuvre des activités de prévention et de dépistage, en portant une attention particulière aux enfants et aux femmes pré-gestationnelles, en plus de constituer des équipes interprofessionnelles culturellement sûres et de créer des registres du diabète ainsi que des systèmes de surveillance;
 - d'encourager les relations positives, tant à l'échelle de la personne, de la famille que de la collectivité, qui font la promotion des ressources familiales et communautaires destinées aux populations autochtones;
 - d'intégrer le leadership traditionnel et culturel pour en apprendre davantage sur les croyances, les pratiques et les ressources locales liées à la guérison.

Remarque : Dans le cadre de ce document, les termes indigène et autochtone sont généralement utilisés de façon interchangeable. Le terme « Autochtone » est celui attesté dans la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones et son usage tend de nos jours à se répandre. Dans le contexte canadien, la Constitution reconnaît l'existence de trois groupes d'Autochtones : les Premières Nations, les Inuits et les Métis. Il faut savoir que, même si bon nombre d'Autochtones vivent dans leur collectivité d'origine sur leurs territoires ancestraux, qui sont majoritairement situés en zones rurales ou éloignées, 50 % d'entre eux vivent dans les villes et sont libres de déclarer ou non leur appartenance à un peuple autochtone. Qui plus est, peu importe l'endroit où habitent les Autochtones, leurs coutumes peuvent varier grandement en fonction de la bande ou du groupe auquel ils appartiennent, de leur religion, de leur éducation ainsi que de divers autres facteurs.

Introduction

L'amélioration des résultats cliniques chez les Autochtones diabétiques requiert des ressources en matière de soins de santé qui sont suffisantes, tant sur le plan qualitatif que quantitatif, et qui s'inscrivent dans le contexte et les besoins socioculturels particuliers de la personne. Dans les populations autochtones, le diabète est complexe et socialement véhiculé^{1,2}. Lors d'une étude, les Autochtones diabétiques considéraient que les médecins avaient une connaissance limitée des facteurs sociaux ayant une incidence sur la santé³. De leur côté, les médecins faisaient mention d'obstacles individuels et systémiques à l'analyse de ces questions. Pour comprendre les aspects cruciaux d'origine culturelle et relationnelle relatifs aux soins qui pourraient faciliter l'amélioration des résultats cliniques en matière de diabète, il est essentiel de se concentrer sur la culture en tant que ressource. Puisque le fait d'entretenir un lien avec une vision du monde et un mode de vie traditionnels peut avoir un effet protecteur, il importe que les professionnels de la santé puissent être en mesure de reconnaître les Autochtones diabétiques qui pourraient avoir envie de (recommencer à) s'impliquer dans les pratiques culturelles et de leur apporter un soutien approprié^{4,5}.

Afin de corriger les torts causés par les pensionnats et les politiques coloniales correspondantes, et de faire progresser le processus de réconciliation au Canada, la Commission de vérité et réconciliation (CVR) a formulé en 2015 94 appels à l'action portant sur de nombreux domaines de la vie publique, dont la santé⁶. Parmi ses appels à l'action, la CVR a décrit le rôle que les services de soins de santé peuvent jouer dans la réconciliation en faisant la promotion de soins de santé de qualité et équitables pour répondre aux besoins spécifiques des Autochtones et de leurs collectivités. Afin de jouer ce rôle, la CVR a déterminé que les professionnels de la santé doivent comprendre le lien entre la colonisation et l'état de santé actuel des Autochtones. L'appel numéro 18 de la CVR met l'accent sur le fait que les systèmes de santé doivent se montrer réceptifs et mobiliser les ressources nécessaires pour répondre aux besoins particuliers des Autochtones, demandant

« au gouvernement fédéral, aux gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi qu'aux gouvernements autochtones de reconnaître que la situation actuelle sur le plan de la santé des Autochtones au Canada est le résultat direct des politiques des précédents gouvernements canadiens, y compris en ce qui a trait les pensionnats, et de reconnaître et de mettre en application les droits des Autochtones en matière de soins de santé tels qu'ils sont prévus par le droit international, le droit constitutionnel de même que par les traités »⁶.

Partout dans le monde, les populations autochtones sont plus lourdement touchées que les autres par le diabète^{7,8} et les complications qui lui sont associées. En ce qui concerne le diabète au Canada, la prévalence normalisée selon l'âge est de 17,2 % chez les Autochtones des Premières Nations qui vivent sur les réserves, de 10,3 % chez les Autochtones des Premières Nations qui vivent hors des réserves et de 7,3 % chez les Métis, comparativement à 5,0 % dans la population générale⁹. Une récente étude menée en Alberta a laissé entendre que le risque à vie de diabète était de 8 sur 10 pour les Autochtones des Premières Nations âgés de plus de 18 ans, comparativement à 5 sur 10 pour les Autochtones non issus des Premières Nations¹⁰. Chez les Inuits, la prévalence normalisée selon l'âge du diabète est comparable à celle observée au sein de la population générale canadienne. Cependant, certains craignent de voir une hausse des taux en raison des changements à grande échelle qui s'opèrent dans le Grand Nord et qui ont une incidence sur les saines habitudes de vie¹¹.

Chez les Autochtones, la maladie est diagnostiquée chez des personnes de plus en plus jeunes¹², celle-ci est plus grave au moment du diagnostic, les complications sont plus courantes¹³⁻¹⁵ et les résultats thérapeutiques obtenus sont moins bons. Il a été prouvé que l'incidence accrue du diabète chez les adolescents et les jeunes adultes^{12,16,17} s'accompagne d'un taux d'insuffisance rénale au stade terminal (IRST) et de mortalité 2,6 fois plus élevé dans les populations issues des Premières Nations, comparativement aux individus non issus des Premières Nations qui obtiennent un diagnostic avant l'âge de 20 ans¹⁸. On rapporte également une prévalence accrue de maladies microvasculaires, dont la néphropathie chronique¹⁹, l'amputation d'un membre inférieur^{20,21}, les anomalies du pied^{22,23} et la rétinopathie plus grave²⁴. Une prévalence plus élevée de maladie cardiovasculaire (MCV)^{20,25} et de facteurs de risque cardiométabolique, notamment le tabagisme, l'obésité et l'hypertension^{19,20,26}, ont également été rapportés chez les Autochtones.

Comparativement à la population générale, les femmes issues des Premières Nations sont plus lourdement touchées par le fardeau du diabète^{27,28}, ce qui peut être associé à une prévalence accrue de grossesses compliquées par le diabète^{27,29,30}, ainsi qu'à des résultats cliniques moins bien documentés^{30,31} et à une progression plus rapide vers le diabète de type 2^{32,33}. Une récente analyse australienne a fait état d'une prévalence accrue du diabète gestationnel (DG) chez les femmes autochtones, ainsi que de la manifestation plus fréquente d'événements indésirables associés au diabète pendant la grossesse, notamment la macrosomie, la césarienne, les malformations congénitales, l'insuffisance pondérale à la naissance, l'hypoglycémie et le traumatisme néonatal³⁴. Ces événements indésirables étaient plus importants dans les populations rurales ou éloignées.

Dans les populations autochtones du monde entier, le diabète est lié à un ensemble complexe de facteurs; toutefois, précisons que l'histoire de toutes ces populations est marquée par la colonisation³⁵. L'Organisation mondiale de la Santé a reconnu la colonisation comme étant le principal déterminant social de la santé ayant une incidence sur les peuples autochtones à l'échelle mondiale³⁵. Au Canada, cela s'est traduit par : la déclaration d'illégalité des rassemblements et cérémonies autochtones à la fin du dix-neuvième et pendant toute la première moitié du vingtième siècle, le déplacement forcé des collectivités, les pensionnats obligatoires où les langues autochtones étaient interdites et où les violences physiques et sexuelles étaient monnaie courante, ainsi que la législation discriminatoire sur la protection de l'enfance qui perdure de nos jours³⁶. Tout cela a contribué à affaiblir la culture et les valeurs des Autochtones, entraînant des répercussions durables et intergénérationnelles sur la santé mentale, les relations familiales, ainsi que sur la connaissance qu'ont les Autochtones du territoire et leur relation avec celui-ci^{37,38}. Ces pratiques étaient courantes à l'époque des « colonies » en Australie, en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis, dont les statistiques actuelles sur les maladies chroniques sont comparables. Il est également essentiel de prendre conscience du fait que les conséquences de la colonisation sont perpétuées par les inégalités, l'exclusion et l'oppression persistantes dont sont victimes les Autochtones au Canada.

D'autres facteurs contribuant à creuser l'écart entre Autochtones et non-Autochtones sur le plan de l'incidence comprennent l'influence probable du diabète pendant la grossesse et en milieu intra-utérin³⁹. La possibilité d'un lien avec des expositions environnementales, notamment au mercure⁴⁰, à l'arsenic⁴¹, au biphenyle polychloré (BPC) et aux pesticides chlorés^{42,43}, est également considérée. De faibles taux de vitamine D ont aussi été mis en cause⁴⁴. De plus, la pertinence d'une théorie relative à une vulnérabilité génétique a été établie⁴⁵⁻⁴⁸ : des marqueurs étudiés chez les Pimas en Arizona⁴⁹ ont été observés dans la population Oji-Cris canadienne^{50,51}. Chez les Inuits, le gène TCB1G4 cause un diabète de type 2 particulier associé à une glycémie postprandiale anormale, mais à un

taux d'hémoglobine glycosylée (HbA_{1c}) normal. La portée d'un dépistage génétique dans la pratique clinique demeure toutefois obscure⁵².

De nouvelles recherches s'intéressent aux conséquences des expériences défavorables pendant l'enfance et à l'incidence subséquente du diabète de type 2^{53,54}. Dans le contexte des populations autochtones, le stress est cumulatif et émane de nombreuses sources psychosociales⁵⁵⁻⁵⁸. La pauvreté constitue une réalité courante qui empêche d'accéder aux ressources nécessaires (p. ex., des aliments sains), au même titre que les expériences traumatisantes directes et indirectes découlant des pensionnats et des organismes de protection de l'enfance (p. ex., deuil non résolu)^{59,60}. La simultanéité de plusieurs facteurs de stress, en association avec des conditions de vie pénibles ou chaotiques, mine la capacité d'une personne à faire face au diabète et à le prendre en charge. Par ailleurs, l'obésité, qu'elle soit liée au stress ou à de mauvaises habitudes alimentaires, constitue le déterminant proximal du diabète le plus courant^{11,61}. Une étude a mis en évidence la corrélation entre « le bœuf et les aliments transformés » et les nouveaux cas de diabète, tandis que les « aliments commerciaux équilibrés » et les « aliments traditionnels » n'avaient pas de valeur prédictive après le rajustement des facteurs parasites, notamment le tour de taille et l'adiponectine⁶².

Le fardeau croissant du diabète au sein des populations autochtones constitue un défi de plus en plus important, tant pour les systèmes de santé que pour les collectivités autochtones des Premières Nations, inuites ou métisses⁶³. Deux études de grande envergure menées en Alberta ont mis en évidence la déficience des processus de soins qui est associée à une morbidité et à une mortalité accrues^{17,64}. Un sondage mené à l'échelle nationale a révélé de graves problèmes quant aux services de santé offerts aux populations autochtones⁶⁵ et une récente analyse a confirmé les résultats du sondage, en plus de laisser entendre qu'il n'y avait aucune indication de l'existence de pratiques exemplaires dans les 17 publications canadiennes analysées entre 2008 et 2014⁶⁶.

Pour améliorer les résultats cliniques, il faudrait assurer des services de santé équitables et de qualité adaptés aux besoins des Autochtones diabétiques, ce qui implique d'aborder la question des origines sociales des maladies et affections qui s'inscrivent dans les contextes relatifs à la colonisation, aux inégalités et à l'exclusion propres aux Autochtones. Il est nécessaire de développer de nouvelles approches des soins, adaptées à la réalité culturelle des Autochtones et visant à s'attaquer aux conséquences de la colonisation sur la santé dont souffrent toujours les populations autochtones.

Le dépistage chez les peuples autochtones et au sein des communautés

Les stratégies de dépistage et de prévention doivent être mises en œuvre en collaboration avec les dirigeants des communautés, les peuples autochtones diabétiques, les professionnels de la santé et les organismes de financement afin de s'assurer de la participation de l'ensemble des collectivités, de promouvoir les changements environnementaux et de prévenir le risque accru de diabète dans toutes les populations autochtones et non seulement dans celles situées en régions rurales ou éloignées⁶⁷. De tels partenariats sont importants pour établir les priorités et tenir compte des contextes socioculturels locaux, développer des relations de confiance, renforcer les capacités de la collectivité et accroître les chances de réussite et de viabilité à long terme des efforts de prévention.

Chez les Autochtones adultes (âgés de plus de 18 ans) qui ne présentent pas de symptômes de diabète, le dépistage doit être envisagé tous les 6 à 12 mois chez les personnes qui présentent d'autres facteurs

de risque, particulièrement celles qui souffrent d'embonpoint ou d'obésité, qui ont d'importants antécédents familiaux ou les femmes en âge de procréer (voir le chapitre Dépistage du diabète chez les adultes, p. S16), assurant ainsi un accès facilité aux soins, de sorte que le dépistage puisse entraîner des mesures de suivi considérables. Le dépistage régulier et le suivi sont aussi encouragés chez les personnes qui présentent un prédiabète (anomalie de la glycémie à jeun ou intolérance au glucose), des antécédents de DG ou le syndrome des ovaires polykystiques, car de 20 % à 50 % des personnes exposées à un risque élevé d'anomalie de la glycémie à jeun pourraient présenter une glycémie postprandiale (2 h) d'au moins 11,1 mmol/L⁶⁸.

Les recommandations relatives au dépistage chez les enfants et les adolescents autochtones sont énoncées dans le chapitre intitulé Le diabète de type 2 chez les enfants et les adolescents, p. S247. Puisque les enfants autochtones présentent déjà un facteur de risque (appartenance à un groupe ethnique à forte susceptibilité), le dépistage du diabète de type 2 au moyen d'un dosage de l'HbA_{1c} combiné à une glycémie à jeun devrait être envisagé tous les deux ans s'ils présentent au moins deux facteurs de risques supplémentaires dans le cas des enfants impubères de huit ans et plus ou au moins un facteur de risque supplémentaire dans le cas des enfants pubères. Les facteurs de risque comprennent l'obésité, un parent du premier degré atteint de diabète de type 2, une exposition intra-utérine à l'hyperglycémie, la présence de signes et symptômes de résistance à l'insuline ou de prédiabète ou encore la prise d'antipsychotiques atypiques (voir la Recommandation 3 : Le diabète de type 2 chez les enfants et les adolescents, p. S251).

Dans les collectivités tant rurales qu'éloignées, le dépistage s'est avéré possible grâce à un dialogue, un respect et une planification appropriés, à de l'éducation en matière de santé et à des soins concomitants, ainsi qu'à la promotion du suivi^{26,69-72}. En Alberta, on a diagnostiqué des anomalies chez un nombre considérable d'Autochtones au moyen d'un dépistage fondé sur la collectivité grâce à des instruments de mesure au point d'intervention manipulés par des professionnels de la santé qualifiés, en association avec un programme de contrôle de la qualité⁷². Il a été établi que le dosage de l'HbA_{1c} au point d'intervention est un outil de dépistage suffisamment précis pour diagnostiquer le diabète dans les collectivités éloignées^{73,74}; toutefois, aucun analyseur d'HbA_{1c} au point d'intervention n'est actuellement approuvé au Canada pour le diagnostic du diabète (voir le chapitre Surveillance de la maîtrise glycémique, p. S47).

Bien que le dépistage au moyen de glucomètres mesurant la réactivité ne soit pas recommandé, il convient de noter que cette pratique était et demeure courante dans les collectivités. Il est primordial que ce type de dépistage fasse l'objet d'une confirmation en milieu de soins. Lorsque les Autochtones diabétiques apprennent à utiliser les glucomètres mesurant la réactivité, ces mises en garde devraient faire l'objet d'une discussion au cours de laquelle l'accent est mis sur les précautions relatives aux maladies infectieuses.

Le dépistage par photographie rétinienne a également été employé dans les régions éloignées du Canada⁷⁵ et a permis d'augmenter le nombre de personnes ayant subi un test de dépistage en Australie⁷⁶ (voir le chapitre Rétinopathie, p. S210). Aux États-Unis, 89 552 participants répartis dans 49 états, dont 4,5 % d'Amérindiens, ont été soumis à un dépistage dans le cadre d'un programme d'évaluation rénale⁷¹.

La dépression est associée au diabète de type 2⁷⁷, lequel devrait faire l'objet d'un dépistage et d'un traitement, conformément aux pratiques exemplaires existantes. Bien que certaines personnes puissent tirer davantage d'un diagnostic et du traitement de la dépression et d'autres troubles de santé mentale, les approches culturelles peuvent s'avérer

plus appropriées^{4,5}. Qui plus est, plusieurs études ont montré un lien entre une continuité culturelle accrue et de meilleurs résultats en matière de santé mentale. Lorsque cela est approprié, les approches traditionnelles locales du bien-être liées à la prise en charge de la dépression et au soutien de la personne doivent être envisagées.

Les femmes autochtones enceintes à forte susceptibilité de diabète de type 2 selon une évaluation clinique du risque doivent subir un test de dépistage au moyen du dosage de l'HbA_{1c} dès le premier suivi de grossesse afin de détecter toute trace de diabète préexistant⁷⁸. Chez les femmes qui présentent une hémoglobinopathie ou une maladie rénale, il est possible que les résultats du dosage de l'HbA_{1c} ne soient pas fiables et qu'un dépistage par la mesure de la glycémie à jeun soit requis (voir le chapitre Surveillance de la maîtrise glycémique, p. S47). Si le taux d'HbA_{1c} est d'au moins 6,5 % ou que la glycémie à jeun est d'au moins 7,0 mmol/L, il convient de considérer que la femme est atteinte de diabète gestationnel et de commencer l'autosurveillance de la glycémie, ainsi que les consultations en nutrition (voir le chapitre Diabète et grossesse, p. S255). Bien que les données soient insuffisantes en ce qui a trait aux meilleurs tests et à leur interprétation diagnostique au cours du premier trimestre dans le cas de glycémies anormales peu élevées, p. ex., un taux d'HbA_{1c} entre 5,7 % et 6,4 % ou une glycémie à jeun entre 5,1 et 6,9 mmol/L (voir le chapitre Diabète et grossesse, p. S255), le dépistage demeure largement justifié, surtout pour détecter un diabète de type 2 qui n'aurait pas encore été diagnostiqué. De nouvelles études sont toutefois nécessaires puisqu'une récente revue systématique a attiré l'attention sur l'insuffisance des données probantes relatives à la rentabilité du dépistage précoce ainsi qu'à l'information sur les bienfaits à plus long terme⁷⁹. Si le premier dépistage est effectué avant la 24^e semaine de grossesse et que les résultats sont négatifs, la femme doit subir un second dépistage du DG entre la 24^e et la 28^e semaine de grossesse (voir le chapitre Diabète et grossesse, p. S255). Par ailleurs, toutes les femmes n'ayant pas préalablement subi de dépistage du diabète devraient en subir un entre la 24^e et la 28^e semaine de grossesse.

Le dépistage postnatal à la suite d'un DG devrait avoir lieu de 6 semaines à 6 mois après l'accouchement et s'accompagner d'interventions axées sur l'adoption de comportements sains ainsi que d'une surveillance et d'un traitement continus (voir le chapitre Diabète et grossesse, p. S255). Jusqu'à présent, le taux de dépistage postnatal au moyen d'une épreuve d'HGPO s'est avéré faible, ce qui porte à croire que de nouvelles approches pourraient être requises pour tenir compte des difficultés que rencontrent les mères de nouveau-nés lorsqu'il est question de trouver le temps de se soumettre aux tests de dépistage, et encore plus de leur capacité à le faire si elles allaitent. De telles difficultés constituent des arguments en faveur du dépistage au moyen du dosage de l'HbA_{1c} et de la glycémie aléatoire ou à jeun, du test au point d'intervention, ainsi que des messages qui insistent sur les avantages de repousser l'apparition de la maladie plutôt que de diagnostiquer une affection pouvant être perçue comme « prévisible et présumée » par les femmes qui en sont atteintes^{80,81}.

Prévention primaire

La prévention du diabète de type 2 chez les personnes qui présentent un prédiabète établi (intolérance au glucose ou anomalie de la glycémie à jeun) constitue désormais une pratique reconnue comme étant désirable^{82,83}. Les interventions ayant fait leurs preuves comprennent l'adoption de comportements sains et la pratique régulière d'une activité physique qui entraîne une perte de poids modérée. La metformine peut également être administrée (voir le chapitre Réduction du risque de

développer le diabète, p. S20). Le programme de prévention du diabète des États-Unis s'est avéré efficace dans tous les groupes ethniques, mais la mesure dans laquelle celui-ci peut être appliqué aux contextes des populations autochtones canadiennes demeure inconnue. Des approches de prévention primaire entreprises dans les collectivités autochtones du Canada dans le cadre de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones (IDA)⁸⁴ ont mis l'accent sur les facteurs de risque courants, notamment l'obésité, la sédentarité et un régime alimentaire malsain, ainsi que sur les interventions visant à améliorer les connaissances en matière de santé et l'accès à l'activité physique. L'implication des collectivités dans l'élaboration des interventions et dans leur adaptation aux cultures autochtones a été variable. Les résultats de l'IDA sont inconnus. Cherchant à comprendre les facteurs culturels qui risquent d'avoir une incidence sur la prévention du diabète, une étude réalisée auprès de femmes algonquines a permis de faire ressortir les éléments suivants : l'importance de la famille et des liens sociaux, la possibilité de préserver les valeurs culturelles, la possibilité d'apprendre des comportements grâce à des ressources éducatives adaptées aux besoins et à la culture, la possibilité d'économiser en adoptant une alimentation plus saine et l'accès au matériel nécessaire à l'autosurveillance de la glycémie⁸⁵.

En Arizona, 95 hommes et femmes obèses âgés de 25 à 54 ans et présentant une normoglycémie ont été répartis au hasard pour recevoir des traitements appelés « Pima Action » (Action) et « Pima Pride » (Fierté), puis suivis pendant 12 mois. Le traitement « Action » était composé d'interventions axées sur de l'activité et une alimentation structurées, alors que le traitement « Fierté » était basé sur des activités non structurées, mais mettant l'accent sur l'histoire et la culture Pima. À la fin de l'étude, les participants du groupe « Action » présentaient un gain de poids supérieur et une glycémie plus élevée que les participants de l'autre groupe, ce qui laisse supposer que des interventions moins structurées, mais s'inscrivant davantage dans la culture pourraient être plus pertinentes et efficaces⁸⁶. Plus récemment, une étude sur la prévention menée auprès de 3 135 personnes issues de 36 collectivités autochtones des États-Unis a montré que des caractéristiques psychosociales initiales liées au soutien familial et à la détresse psychologique constituaient un facteur prédictif d'un écart positif entre le poids initial et le poids après l'intervention, contrairement aux habiletés d'adaptation et à l'exposition à un traumatisme⁸⁷.

Au vu de la disproportion qui caractérise le fardeau du diabète, il est essentiel d'investir dans des approches préventives appropriées à l'échelle de la population. Néanmoins, il reste à savoir si l'amélioration des connaissances et la sensibilisation croissante ou l'augmentation des ressources de la collectivité en matière d'activité physique suffisent à combler l'écart créé par les obstacles structurels qui résultent des inégalités sociales et de la colonisation. La prévention doit absolument être fondée sur le contexte social qui influence la santé des Autochtones, en plus d'obtenir les ressources nécessaires pour en assurer l'efficacité et la viabilité à long terme. Par exemple, le projet des États-Unis sur les aliments traditionnels visait à faciliter l'accès aux aliments traditionnels, à l'activité physique et au soutien social⁸⁸. Des collectivités autochtones de tout le pays ont fait appel à leurs connaissances traditionnelles en matière d'écologie, qui sont particulières à l'histoire et à la culture de chaque tribu, afin de préserver le territoire, la langue, la culture, la mémoire et les pratiques relatives à l'alimentation traditionnelle propres à leur collectivité. La transmission et la documentation des connaissances relatives à la souveraineté alimentaire étaient une priorité. Un recueil d'histoires racontées par les tribus à propos de leurs systèmes alimentaires traditionnels a été publié sur le site Web du Native Diabetes Wellness Program. Derrière ces histoires se cachent des leçons à long terme en

faveur de la durabilité, ancrées dans la culture et l'attachement émotif et inspirées par l'agentivité (c.-à-d., la capacité d'agir ou d'exercer le pouvoir), l'autodétermination et l'espoir, en faveur de la santé des gens⁸⁹.

Chez les jeunes autochtones, le diabète de type 2 est la maladie chronique pédiatrique qui connaît la plus forte croissance à l'échelle mondiale¹⁶ et l'obésité infantile en est le déterminant immédiat. Selon la plus récente revue Cochrane sur les efforts de prévention en matière d'obésité infantile, les politiques et stratégies suivantes sont prometteuses : programmes scolaires qui comprennent une alimentation saine, de l'activité physique et la construction d'une image corporelle positive; augmentation des périodes réservées à l'activité physique et au développement d'habiletés de mouvements essentielles pendant la semaine d'école; amélioration de la qualité nutritionnelle de l'approvisionnement alimentaire des écoles; pratiques environnementales et culturelles favorisant une alimentation saine et l'activité physique pendant la journée pour les enfants; soutien des enseignants et du personnel pour mettre en œuvre des stratégies et des activités de promotion de la santé (p. ex., perfectionnement professionnel, activités de renforcement des capacités); soutien des parents et activités à la maison pour encourager l'enfant à être plus actif, à manger des aliments plus nutritifs et à passer moins de temps devant un écran⁹⁰. Bien que bon nombre de ces mesures aient été mises en œuvre dans le contexte autochtone, les études réalisées étaient de petite envergure, leur conception était disparate et le degré d'engagement avec la collectivité, variable⁹¹. De vastes projets de recherche participative à l'échelle de la collectivité menés à Kahnawake et à Sandy Lake constituent deux excellents exemples canadiens^{67,92}. Bien que cela n'ait pas été publicisé, l'initiative « Non aux boissons gazeuses » s'est implantée dans plusieurs collectivités. De même, les partenaires du projet sur les aliments traditionnels ont fourni des renseignements au Bureau of Indian Education des États-Unis au fur et à mesure qu'ils ont élaboré la politique de santé et bien-être à l'école qui encourage à servir des « aliments traditionnels et culturels sains ». Les écoles autochtones offrent également des activités d'apprentissage pratiques sur la culture d'aliments sains. La viabilité à long terme de ces activités est consolidée par des efforts régionaux et nationaux, dont l'initiative « De la ferme à l'école »⁹³.

Aux États-Unis, une réduction considérable de l'insulinorésistance a été observée chez les enfants *zuni* ayant été soumis à une composante éducative dont l'objectif était de diminuer la consommation de boissons sucrées, de faire connaître les facteurs de risque du diabète et de favoriser l'accès à un centre de conditionnement physique destiné aux jeunes⁹⁴. Ces types d'interventions visant à diminuer l'obésité infantile, ainsi que les efforts pour promouvoir l'allaitement pendant la première année de vie⁹⁵ peuvent aider à réduire le risque de diabète chez les jeunes autochtones.

Enfin, la grossesse offre une occasion idéale pour l'intervention visant à réduire le risque à long terme, tant chez les mères que chez leurs enfants. Les stratégies ayant pour objectif la prévention de l'obésité prégravidique avant la conception du premier enfant ou les grossesses subséquentes peuvent constituer des outils importants pour diminuer l'incidence du DG⁹⁶ et du diabète de type 2 pendant la grossesse, ce qui pourrait réduire l'incidence du diabète dans les générations autochtones à venir⁹⁹.

Prise en charge

Comme pour les stratégies de prévention, la prise en charge du diabète chez les Autochtones doit s'inscrire dans le contexte

socioculturel de la collectivité d'origine de la personne tout en respectant les lignes directrices de pratique clinique actuelles⁶⁶. Un projet pilote réalisé avec un groupe témoin inscrit sur la liste d'attente auprès d'Autochtones hawaïens a montré qu'un programme d'éducation de trois mois en matière d'autogestion du diabète adapté à la réalité culturelle et misant sur des connaissances et des activités pertinentes d'un point de vue culturel (c.-à-d., une éducation en groupe pour favoriser le soutien social, un emplacement pratique dans la collectivité, des informations dispensées par des membres de la collectivité locale dans la langue locale, ainsi que l'intégration d'images et d'aliments locaux, d'activités physiques courantes et de personnes locales afin d'accroître la pertinence) améliorerait le taux d'HbA_{1c}, la compréhension du diabète ainsi que l'autogestion de la maladie^{97,98}. Lors d'une étude qualitative en région rurale australienne, les participants ont mentionné que leur santé et leur bien-être étaient affectés tant par des influences négatives (c.-à-d., piètre accès à des services de santé culturellement appropriés, isolement par rapport aux systèmes de soutien culturels, exposition au racisme, mauvaise communication avec les professionnels de la santé et difficultés économiques) que par des influences positives (c.-à-d., connaissances culturelles et traditionnelles)⁹⁹. Bien que les participants aient affirmé se sentir souvent dépassés et confus en raison du fardeau de la maladie chronique, ils ont dit tirer des forces de leur appartenance à une collectivité autochtone, de l'accès à des soins de santé primaires sur une base régulière et continue, ainsi que des bonnes relations avec un réseau familial d'un grand soutien. Dans ce contexte, les aînés jouaient un rôle important pour sensibiliser les gens aux conséquences des maladies chroniques, tant sur la personne que sur la collectivité⁹⁹. Une autre étude qualitative menée auprès de Canadiens issus des Premières Nations en milieu urbain a laissé supposer que leurs soignants et eux-mêmes avaient de la difficulté à concilier les deux mondes, à accéder aux soins et à gérer les aspects culturel et émotif du diabète¹⁰⁰. Une récente étude portant sur l'expérience des soins de santé chez les Autochtones atteints du diabète de type 2 met en évidence la persistance des inégalités en matière de soins à partir d'un échantillon tiré de cinq collectivités autochtones dans trois provinces canadiennes¹⁰¹. Bien qu'on ait déterminé que les fournisseurs de services étaient capables de réduire le risque de préjudice en interagissant avec les univers sociaux des patients, une analyse parallèle de l'expérience des médecins qui prodiguent des soins à des Autochtones atteints du diabète de type 2 met en évidence les obstacles structurels qui minent la capacité de modifier les relations cliniques¹⁰². L'analyse récente d'un programme bien établi dans le nord du Québec a montré que les Autochtones diabétiques entraient fréquemment en contact avec le système, mais que des lacunes subsistaient en ce qui concerne la prise en charge des complications¹⁰³. Enfin, une récente revue systématique a révélé que des approches multiples à l'échelle du système sont nécessaires pour prodiguer des soins relatifs au pied diabétique dans les populations autochtones¹⁰⁴.

Même si la plupart des programmes d'éducation sur le diabète sont plus efficaces lorsqu'ils sont offerts par des équipes interprofessionnelles, dans les collectivités autochtones où l'accès à un médecin et aux autres alliés essentiels parmi les professionnels de la santé est souvent limité, les stratégies visant l'amélioration des soins doivent mettre l'accent sur le renforcement des capacités des professionnels de la santé existants (p. ex., les fournisseurs de soins de santé et les infirmières communautaires) à mettre en place les lignes directrices de pratique clinique^{26,105-107}. Un programme de prise en charge du diabète et des maladies chroniques mis en place dans une population autochtone d'Hawaï et des îles Samoa a réussi à intégrer l'autogestion et l'éducation des patients afin d'intervenir sur les plans de l'alimentation et de l'exercice en faisant appel à des agents

de santé communautaires pour appliquer les lignes directrices de pratique clinique. L'étude a montré une amélioration considérable des taux d'HbA_{1c}, ainsi que des connaissances des patients à l'égard d'une diminution de la consommation d'aliments malsains¹⁰⁸. Des adultes maoris et des îles du Pacifique atteints de diabète de type 2 et d'une néphropathie chronique ont reçu des soins communautaires prodigués par des assistants en soins de santé locaux pour la prise en charge de l'hypertension. On a observé une réduction de la tension artérielle (TA) systolique et de la protéinurie sur 24 heures, ainsi qu'une augmentation du nombre d'ordonnances pour des antihypertenseurs. On a également noté une hausse de la masse ventriculaire et du volume auriculaire gauches dans le groupe recevant les soins usuels, contrairement au groupe d'intervention¹⁰⁹.

En ce qui concerne la rentabilité, une revue systématique des initiatives en matière de soins primaires auprès des populations autochtones adultes du Canada, de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et des États-Unis s'est penchée sur l'augmentation du financement, des initiatives à l'échelle du système ainsi que des composantes des services, pour conclure que la documentation existante sur le sujet était insuffisante pour émettre des recommandations¹¹⁰. Des 2 714 publications, seulement 13 répondaient aux critères d'inclusion des auteurs (interventions visant à améliorer le système de santé, le système clinique ou le niveau de service) et seulement six montraient des améliorations des critères de substitution. La revue a fait ressortir la dépendance généralisée envers les résultats cliniques intermédiaires et les études d'observation, mettant en évidence la nécessité de réaliser des études plus rigoureuses et de plus grande envergure dont les résultats d'intérêt sont plus solides (c.-à-d., hospitalisations, mortalité) pour justifier les recommandations, tant en matière de politiques que de pratiques¹¹⁰.

Voici des interventions cliniques multidimensionnelles à l'échelle de l'organisation et de l'équipe qui semblent associées à des bienfaits : registres du diabète, systèmes de rappel, plans de soins, formation pour les agents de santé communautaires et services de proximité. Malgré l'efficacité des interventions multidimensionnelles, certains éléments clés demeurent obscurs¹¹¹⁻¹¹³ et la rentabilité reste indéterminée¹¹⁴. Deux études australiennes plus récentes montrent que les cycles d'amélioration de la qualité qui mettent l'accent sur les systèmes organisationnels améliorent les processus de soins chez les femmes enceintes¹¹⁵, ainsi que les processus de soins intrahospitaliers et les critères de substitution dans les cas de diabète de type 2¹¹⁶. Les processus d'amélioration de la qualité qui comportent des initiatives communautaires ont montré une hausse de 41 à 72 % des dosages de l'HbA_{1c}, ainsi qu'une augmentation de 19 à 28 % de la proportion de gens présentant le taux cible d'HbA_{1c} (< 7,0 %) ¹¹³. Au Canada, les projets d'amélioration de la qualité dirigés par les gouvernements provinciaux et fédéral ont montré des améliorations des résultats cliniques dans les cas de diabète de type 2 en contexte non autochtone¹¹⁷⁻¹¹⁹. Le financement de projets particuliers aux autochtones est nécessaire pour évaluer les répercussions des initiatives communautaires d'amélioration de la qualité qui s'inscrivent dans une perspective culturelle et qui donnent la priorité aux besoins, aux ressources et aux politiques propres à la collectivité. Enfin, en ce qui concerne la prise en charge du diabète chez les femmes en âge de procréer, l'accent doit être mis sur la détection et le traitement optimal du diabète préexistant (non diagnostiqué), car il passe souvent inaperçu, mais a été associé à de piètres résultats cliniques, notamment un risque accru de mortinaissance^{30,120}.

VIGNETTE E4E :

Dorothy est une femme de 55 ans qui habite une réserve adjacente à votre cabinet en région rurale. Au fil des ans, elle a fréquenté votre clinique pour ses besoins en matière de santé et, plus récemment, pour de l'hypertension. Elle a pris rendez-vous pour une consultation avec vous parce qu'elle craint d'être atteinte de diabète. Dorothy présente d'importants antécédents familiaux en matière de diabète et mentionne qu'une amie proche qui a récemment été très malade a aussi reçu un diagnostic. Puisque Dorothy présente des symptômes de la maladie, vous l'envoyez passer une analyse sanguine, laquelle confirme le diagnostic.

Vous rappelez Dorothy et lui donnez un rendez-vous à la clinique pour l'informer du diagnostic et de la nécessité de commencer à surveiller sa glycémie afin de déterminer le traitement approprié. Comme on pouvait s'y attendre, elle est bouleversée par la nouvelle, mais se ressaisit rapidement. Vous lui débitez donc votre courte présentation habituelle sur le diabète, l'approche de l'auto-surveillance et les conseils de prise en charge. Vous concluez en l'encourageant à manger sainement et à faire de l'exercice. Elle accepte votre offre de l'orienter vers de l'éducation supplémentaire sur le diabète. Vous lui remettez une ordonnance pour un glucomètre et lui demandez de prendre rendez-vous pour un suivi dans quelques semaines.

Neuf mois plus tard, Dorothy revient vous voir pour obtenir le renouvellement de son ordonnance d'antihypertenseurs et pour discuter à nouveau de son diagnostic de diabète. Vous vous rendez compte qu'aucun suivi n'a été fait à la suite de sa dernière visite, ce qui ressemble au comportement de vos autres patients autochtones. Vous posez des questions à Dorothy, qui avoue avoir été tellement contrariée et bouleversée par l'annonce du diagnostic de diabète et l'approche que vous avez prônée par la suite lors de sa dernière visite qu'elle s'est réfugiée dans le déni. Vous êtes étonné, car vous aviez l'impression que la consultation s'était bien passée et que votre résumé et votre plan de traitement étaient clairs et concis.

Afin de progresser à partir de cet instant critique de l'interaction clinique, soulignons certains aspects du modèle de soins :

Dorothy a affirmé avoir été contrariée et bouleversée par votre attitude lors de sa dernière visite. À ce sujet, le modèle de soins propose que les professionnels de la santé « prennent conscience des conflits et les analysent en portant une attention particulière aux situations où le patient adopte un comportement de résistance, d'hésitation et de repli sur soi découlant probablement de tensions dans les relations historiques ». Pour ce faire, vous demandez à Dorothy ce qui l'a contrariée et bouleversée dans votre approche. Elle hésite, mais finit par expliquer qu'elle a l'impression que vous n'êtes pas toujours sensible à ses inquiétudes, que vous considérez qu'elle vous fait perdre un temps précieux. Elle ajoute que lorsque vous lui avez recommandé de manger plus de légumes, comme des carottes, cela lui a rappelé une expérience au pensionnat, alors qu'un employé l'avait enfermée dans une cellule où une simple carotte est tout ce qu'on lui a donné à manger pendant trois jours. Elle affirme que lorsqu'elle a essayé de s'exprimer, elle a eu l'impression que vous l'aviez interrompue et qu'elle avait donc été incapable de vous faire part de ses angoisses. *Les conseils pratiques ci-dessus et les stratégies fondées sur la culture du modèle E4E présentées dans le tableau fournissent une ligne de conduite pour de meilleures réactions de la part du professionnel de la santé.*

Parce que vous avez reconnu votre part de responsabilité dans l'interaction qui a incité Dorothy à se replier sur elle-même, celle-ci semble maintenant plus à l'aise et déclare être prête à se concentrer sur la prise en charge de son diabète. Puisque le modèle de soins propose aux professionnels de la santé de s'intéresser au contexte social qui peut avoir une incidence sur le diabète, vous questionnez Dorothy sur les limites des ressources sociales dans sa vie et sur ses expériences défavorables. Après avoir demandé la raison de ces questions, elle explique qu'elle est la principale pourvoyeuse de soins pour ses petits-enfants, que de nombreuses personnes dépendent d'elle, mais qu'elle n'a personne vers qui se tourner pour obtenir du soutien. Elle mentionne aussi la crainte de perdre son emploi en raison d'un environnement de travail hostile où il est difficile de prendre congé, même pour un rendez-vous médical. Vous lui dites que ces facteurs lui causent du stress et que, selon les études, ils sont reconnus pour diminuer la résilience et deviennent souvent des obstacles à la santé. Le modèle de soins recommande de reconnaître les conséquences de ces facteurs sociaux et de déterminer les priorités du patient, puisqu'il s'agit, à ce stade-ci, d'étapes importantes. Pour ce faire, vous mentionnez les concepts du modèle de déséquilibre efforts-récompenses¹²³ et de violence latérale¹²⁴. Ces derniers trouvent écho chez Dorothy, qui vous demande des conseils pour s'attaquer à ces problèmes dans sa vie, afin d'y travailler en même temps qu'à la maîtrise de son diabète.

Modèle de soins « Educating for Equity » (E4E)

Une grande part de la documentation mentionnée ci-dessus laisse entendre que le contexte des traditions, de la langue et de la culture pourrait jouer un rôle important dans les soins prodigués par les médecins, étant donnés les résultats limités des approches habituelles. À la lumière des données émergentes publiées par l'équipe de recherche internationale *Educating for Equity*¹²¹, la prise en charge du diabète devrait être davantage axée sur les aspects sociaux et culturels propres aux populations autochtones. Le modèle E4E sert de guide aux médecins pour aborder les questions sociales et culturelles dans le cadre de leurs

interactions cliniques avec les patients. Les principales directives incitent les professionnels à : bâtir une relation réciproque, reconnaître la diversité des patients, prodiguer des soins adaptés aux besoins de chaque patient, les aider à développer leur capacité de s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé et respecter les priorités des patients. Celles-ci s'inscrivent dans un ensemble de principes reconnaissant : que la colonisation constitue la cause prédominante des inégalités qui touchent les Autochtones en matière de santé, que l'équité en matière de soins de santé consiste à fournir les ressources appropriées en fonction des besoins et que l'autonomisation du patient doit être axée sur le développement de sa capacité à s'attaquer aux facteurs sociaux associés à la maladie.

Tableau 1**Stratégies cliniques « Educating for Equity » (E4E)**

E4E
<i>Stratégies pour s'attaquer aux obstacles sociaux afin d'améliorer les résultats cliniques dans les cas de diabète :</i>
<p>Disparités sociales et économiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procéder au dépistage et à l'analyse des restrictions en matière de ressources qui ont une incidence sur l'apparition et la prise en charge du diabète • Reconnaître, avec le patient, l'incidence des restrictions en matière de ressources sur l'apparition et la prise en charge du diabète • Encourager l'accès aux principaux déterminants proximaux de la santé • Évaluer les connaissances sur le diabète et la littérature en matière de santé. <p>Accumulation d'expériences défavorables</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconnaître, avec le patient, le lien entre les expériences défavorables et sa capacité à prendre en charge le diabète • S'intéresser au point de vue du patient concernant ses expériences personnelles défavorables dans le contexte du diabète afin de tenir compte de ses priorités <p>Colonisation, inégalités et soins de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procéder à une réflexion critique sur ses propres stéréotypes, présomptions et préjugés • Détecter et analyser les tensions en portant une attention particulière aux situations où le patient adopte un comportement de résistance, d'hésitation et de repli sur soi • Trouver un équilibre acceptable des pouvoirs • Éviter d'employer une approche autoritaire basée sur un langage associé à l'oppression et au racisme
<i>« Educating for Equity »</i>
<i>Stratégies pour faciliter l'obtention de résultats grâce à une approche culturelle :</i>
<p>La culture est thérapeutique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Viser l'adéquation culturelle des recommandations en matière de prise en charge • Analyser les préférences du patient et l'appuyer dans son choix d'accéder aux ressources culturelles • S'impliquer dans la collectivité pour en apprendre davantage sur les croyances et les pratiques locales ainsi que sur les ressources en matière de guérison <p>La culture influence les relations</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réfléchir sur la distance professionnelle et l'objectivité et, dans un esprit de réciprocité, envisager de parler de soi pour bâtir la confiance • Adapter son rythme lors de l'analyse de l'univers du patient • Tisser et veiller à entretenir des relations positives à l'échelle de l'individu, de la famille et de la collectivité <p>La culture définit le savoir</p> <ul style="list-style-type: none"> • Construire une vision commune du diabète qui intègre et met en contexte des cadres explicatifs dans les domaines biomédical, social, politique et culturel • Employer un langage approprié aux antécédents scolaires et culturels du patient; envisager l'utilisation de métaphores intégrées à une approche narrative • Procéder à une réflexion critique sur ses propres conceptions de la santé et des soins diabétologiques, ainsi que sur ses possibles présomptions relatives aux perceptions des Autochtones

Dans ce modèle, les facteurs sociaux (p. ex., pauvreté et discrimination) sont considérés comme des obstacles, pour le patient, à l'amélioration des résultats cliniques relatifs au diabète, alors que les facteurs culturels favorisent l'amélioration des relations cliniques et des capacités du patient. Par conséquent, ce modèle fournit un angle pour comprendre, repérer et saisir les occasions d'accroître la capacité d'adaptation du patient. À titre d'auteurs, nous insistons sur la pertinence de ce modèle et, par conséquent, nous fournissons dans ce chapitre un scénario ainsi qu'une vignette clinique afin d'aider les cliniciens à explorer les possibilités que ce dernier offre pour la pratique clinique. Nous invitons les lecteurs à consulter les publications de l'équipe E4E pour obtenir de plus amples renseignements sur les données probantes et les processus de consultation qui appuient le modèle (voir le [tableau 1](#)).

Améliorer les résultats cliniques relatifs au diabète chez les Autochtones diabétiques implique de procéder à des améliorations organisationnelles et de développer des approches fondées sur le travail d'équipe, ce qui est cependant limité par la réalité des ressources humaines en santé dans de nombreuses collectivités autochtones. Les lacunes en matière de personnel de soins de santé semblent être comblées par l'élargissement des rôles du personnel de première ligne existant. Tout comme les stratégies de prévention, les services cliniques doivent tenir compte des éléments culturels et de l'incidence des inégalités sur les résultats cliniques relatifs au diabète. La section suivante décrit une approche des soins qui intègre les principaux aspects caractéristiques des liens complexes entre le contexte culturel et les inégalités sociales qui définissent le diabète dans les populations autochtones.

Obstacles sociaux à l'obtention des résultats cliniques souhaités

Le fait de comprendre les facteurs sociaux qui ont une incidence sur le diabète dans les populations autochtones aide les professionnels de la santé à prodiguer des soins : 1) visant l'élimination des obstacles à l'obtention des résultats cliniques souhaités; 2) qui permettent d'atteindre plus facilement les objectifs thérapeutiques et de prise en charge; et 3) favorisant l'autonomie et la santé des patients.

Disparités des ressources sociales et économiques

Le manque de ressources matérielles au sein de l'environnement social a des conséquences directes sur le diabète. Le lien entre les limites relatives aux ressources, le statut socioéconomique et l'environnement social a des conséquences directes sur le diabète en raison du manque de ressources matérielles. De manière indirecte, les mécanismes psychosociaux comme le stress, la dépression, l'anxiété et la perte de contrôle minent encore davantage les résultats cliniques. Pour cette raison, les professionnels de la santé doivent reconnaître le désavantage socioéconomique comme une situation normalisée pour bon nombre d'Autochtones, ce qui limite leurs choix, augmente leur niveau de stress et diminue leur capacité à prendre soin d'eux-mêmes et à modifier leurs habitudes de vie. Le fait de porter attention aux ressources limitées des familles est la clé pour reconnaître les contextes qui rendent possible l'autoadministration des soins. Un phénomène de détournement des ressources se produit en raison du budget limité consacré à l'alimentation et du partage des ressources financières; la famille devient ainsi une importante source de soutien, mais aussi un des principaux facteurs de stress.

Accumulation d'expériences défavorables

Les expériences persistantes et récurrentes de l'adversité s'accumulent, ce qui a une incidence sur le bien-être et la santé, car celles-ci diminuent la résilience et la capacité de faire face à la maladie. Les professionnels de la santé devraient garder à l'esprit que l'adversité et le soutien sont des concepts complexes et souvent ambigus. Les conséquences des pensionnats ne persistent pas uniquement parmi les personnes traumatisées; le système continue d'exercer une incidence défavorable sur les comportements liés à la santé qui ont des conséquences sur les autres.

Colonisation, inégalités et soins de santé

Étant donné le contexte des relations historiques, de l'exclusion sociale et des traumatismes vécus par les Autochtones, les approches cliniques basées sur l'autorité du médecin, son expertise, son statut et la distance professionnelle peuvent avoir des conséquences négatives sur la relation entre le médecin et le patient. Les professionnels de la santé doivent reconnaître que le traitement inéquitable est une réalité dans le système de santé canadien. Cela se traduit, pour les Autochtones, en une plus grande sensibilité et réactivité aux manifestations de pouvoir et d'autorité dans la relation entre le médecin et le patient.

Faciliter l'obtention de résultats grâce à une approche culturelle

Considérer la culture comme un mécanisme de protection exige d'arrêter de concevoir l'expérience autochtone de la santé et de la maladie uniquement selon la perspective culturelle du patient, de manière à comprendre et à appuyer ce dernier dans ses préférences et ses relations avec les ressources culturelles.

La culture est thérapeutique

Étant donné qu'une corrélation positive existe entre la santé et un sentiment de sécurité en matière d'identité culturelle, le fait d'accéder aux connaissances et aux traditions culturelles signifie que la culture a un effet protecteur pour de nombreux Autochtones. Même si ces derniers entretiennent des relations diversifiées avec les visions traditionnelles du monde, la médecine et les cérémonies traditionnelles sont largement recherchées pour accéder à la culture et la réappropriiser, conjointement à la médecine occidentale. Bon nombre d'Autochtones ne discutent pas de la médecine ni des pratiques traditionnelles avec les professionnels de la santé, sans doute en raison de l'incompatibilité de ces deux systèmes de connaissances, ainsi que de la méfiance persistante et de la crainte de représailles de la part des professionnels de la santé.

La culture influence les relations

Les perspectives culturelles influencent la manière dont les patients perçoivent le diabète et participent à leurs soins de santé. Une résistance de la part du patient pourrait traduire la nécessité, pour les professionnels de la santé, de concentrer leurs efforts sur les stratégies visant à bâtir une relation. Les patients et les professionnels de la santé ont tous deux intérêt à apprendre à se connaître. En se montrant attentifs aux problèmes liés au processus et à la vitesse, les professionnels de la santé peuvent aider les patients à satisfaire leur désir d'être traités avec respect et sans jugement; cela peut aussi les aider à créer un environnement plus sécuritaire et invitant qui favorise la communication. L'expérience vécue par un Autochtone relativement au diabète et aux soins diabétologiques est également ancrée dans ses relations avec les autres, particulièrement les dynamiques familiales ainsi que les structures et le soutien de la collectivité, dont font partie tant les relations entre le patient et le professionnel que les équipes interprofessionnelles de soins.

La culture définit le savoir

La mise en contexte et la communication entre les professionnels de la santé et les patients permettent de porter une plus grande attention à l'atteinte d'une compréhension mutuelle. Le fait de ne pas connaître ni aborder les facteurs contextuels socioculturels d'un patient réprime la perspective de ce dernier et élimine toute possibilité d'inscrire l'approche de prise en charge clinique dans une approche axée sur le patient, ce qui risque d'exacerber les résultats négatifs. En présence d'une littérature limitée en matière de diabète et de santé générale découlant d'un accès inadéquat à l'éducation, la capacité des Autochtones à suivre les recommandations relatives à la prise en charge du diabète et à la santé peut être compromise. À l'inverse, le fait d'intégrer les connaissances sur les soins diabétologiques à l'univers culturel, social et politique des peuples autochtones peut motiver le patient à accéder aux connaissances sur le diabète. Une communication efficace visant le partage de connaissances et l'éducation du patient comprend des stratégies de communication interculturelle.

Il est inacceptable de présumer que les Autochtones ne s'intéressent pas à la physiologie du diabète alors qu'ils affirment en réalité vouloir comprendre les causes de la maladie et la manière de la prendre en

charge. Les professionnels de la santé doivent reconnaître les facteurs de stress qui ont une incidence négative sur l'apprentissage, puiser dans les sources d'information sur la santé qui sont réellement à la disposition des patients (dans les domaines professionnel et populaire)¹²², vaincre la résistance face à l'information sur la santé causée par les tensions dans la relation entre le patient et le professionnel de la santé et favoriser les modes de transmission des connaissances appropriés en fonction du contexte socioculturel.

Concepts clés pour l'application du modèle de soins E4E

Les soins axés sur le patient¹²⁵, le savoir-faire culturel et la sécurisation culturelle¹²⁶ semblent être des éléments primordiaux pour offrir des soins de qualité aux populations autochtones, mais il s'agit aussi de concepts généraux qui exigent une interprétation. Le modèle E4E postule que l'amélioration des résultats cliniques en matière de santé chez les Autochtones implique de s'attaquer aux facteurs historiques et contextuels entourant la maladie tout en travaillant à dissiper la méfiance envers le système de santé canadien. Cela suppose de cesser de définir le savoir-faire culturel comme une simple liste des croyances et des comportements des patients à l'usage des cliniciens pour développer une véritable compétence structurelle¹²⁷ qui exige une conscience critique des facteurs sociaux à l'origine de la maladie et du bien-être. Cela met aussi en évidence le rôle fondamental de l'antiracisme dans la prestation équitable des soins de santé^{128,129}. À cela s'ajoutent les notions d'inclusion authentique fondées sur les approches culturelles autochtones, qui font progresser les professionnels vers les aspects culturels et relationnels cruciaux des soins favorisant l'amélioration des résultats thérapeutiques en matière de diabète.

Le modèle E4E fournit des connaissances et des recommandations servant de technique d'entrevue motivationnelle¹³⁰ dans le cadre d'une interaction clinique qui présente les concepts complexes décrits. L'objectif de cette approche est de tirer profit de la motivation du patient pour provoquer l'adoption de saines habitudes de vie en ayant recours, notamment, « à des questions ouvertes, à l'écoute réflexive, ainsi qu'au soutien de l'autonomie et du sentiment d'efficacité personnelle du patient »¹³⁰ afin de surmonter l'ambivalence, la résistance et l'évitement concernant la prise en charge de la maladie. Comme cela est décrit dans la vignette E4E, la participation du patient est encouragée par la recherche des limites en matière de ressources qui ont une incidence sur l'apparition du diabète, ainsi que par l'analyse, avec le patient, de son point de vue sur les épreuves qui minent sa capacité à prendre en charge le diabète. Fait important, le travail relationnel fondé sur un traumatisme¹³¹ qui cherche à pallier le déséquilibre des pouvoirs, les approches autoritaires et l'historique de méfiance constitue une première étape essentielle à la participation du patient.

Autres lignes directrices pertinentes

- Dépistage du diabète chez les adultes, p. S16
- Réduction du risque de développer le diabète, p. S20
- Organisation des soins diabétologiques, p. S27
- Surveillance de la maîtrise de la glycémie, p. S47
- Prise en charge du poids corporel en présence de diabète, p. S124
- Protection cardiovasculaire chez les personnes diabétiques, p. S162
- Traitement de l'hypertension, p. S186
- La néphropathie chronique en présence de diabète, p. S201
- Rétinopathie, p. S210
- Soins des pieds, p. S222
- Le diabète de type 2 chez les enfants et les adolescents, p. S247
- Diabète et grossesse, p. S255

Sites Web connexes

Santé des Premières nations et des Inuits.

<http://www.canada.ca/fr/services-autochtones-canada/services/sante-premieres-nations-inuits/maladies-etat-sante/diabetep..html>. Consulté le 21 mars 2017.

Association nationale autochtone du diabète <http://www.nada.ca>.

Consulté le 21 mars 2017.

Déclarations de conflits d'intérêts des auteurs

Les auteurs n'ont rien à déclarer.

RECOMMANDATIONS

1. La prise en charge du prédiabète et du diabète chez les Autochtones doit être conforme aux lignes directrices de pratique clinique qui s'appliquent à la population générale, tout en faisant preuve de respect et de sensibilité face aux questions sociales, historiques, économiques, culturelles et géographiques particulières puisqu'elles ont un lien avec les soins et l'éducation diabétologiques [catégorie D, consensus].
2. Dès la petite enfance, les Autochtones doivent être soumis à une évaluation des facteurs de risque modifiables du diabète (p. ex., obésité, sédentarité, mauvaises habitudes alimentaires), du prédiabète ou du syndrome métabolique [catégorie D, consensus] (voir le chapitre Le diabète de type 2 chez les enfants et les adolescents, p. S247).
3. Le dépistage du diabète dans les populations autochtones doit être effectué selon les lignes directrices applicables aux populations présentant un risque élevé (c.-à-d., chez les plus jeunes, y compris chez les enfants, et plus souvent en présence de facteurs de risque additionnels) [catégorie D, consensus] (voir les chapitres Dépistage du diabète chez les adultes, p. S16 et Le diabète de type 2 chez les enfants et les adolescents, p. S247).
4. Afin de promouvoir l'accès au dépistage dans les populations autochtones en région éloignée, l'accès aux tests de laboratoire standards est recommandé; autrement, le dosage de l'HbA_{1c} au point d'intervention peut être envisagé s'il est associé à un programme de contrôle de la qualité et si une expertise est disponible pour en faire l'interprétation et le suivi [catégorie D, consensus].
5. Dans les collectivités autochtones établies en région éloignée, on peut avoir recours aux programmes de dépistage par photographie rétinienne afin de promouvoir l'accès au dépistage [catégorie B, niveau 2⁷⁶] (voir le chapitre Rétinopathie, p. S210).
6. Les femmes autochtones devraient être encouragées à atteindre un poids santé avant la conception afin de réduire leur risque de DG [catégorie D, consensus]. Par ailleurs, des conseils nutritionnels sur une saine alimentation et la prévention d'une prise de poids excessive en début de grossesse doivent être offerts, idéalement avant la 15^e semaine, afin de réduire le risque de DG [catégorie D, consensus] (voir le chapitre Diabète et grossesse, p. S255).
7. Les femmes autochtones connues pour présenter un risque élevé de diabète de type 2 qui envisagent une grossesse doivent :
 - a. Se soumettre à un dépistage du diabète au moyen d'une glycémie à jeun ou d'un dosage de l'HbA_{1c} [catégorie D, consensus] (voir le chapitre Dépistage du diabète chez les adultes, p. S16).
 - b. Si elles ont reçu un diagnostic de diabète, participer avant la conception à des consultations sur la prise en charge optimale du diabète, qui comprennent des conseils en matière de nutrition et d'activité physique, idéalement avec une équipe interprofessionnelle en obstétrique, afin d'optimiser les résultats cliniques pour la mère et le nouveau-né [catégorie D, consensus] (voir le chapitre Diabète et grossesse, p. S255).
8. Les femmes autochtones enceintes connues pour présenter un risque élevé de diabète de type 2 doivent :
 - a. Se faire offrir un dépistage par dosage de l'HbA_{1c} lors du premier suivi de grossesse si elles n'ont pas déjà subi un test avant la conception [catégorie D, consensus] (voir le chapitre Diabète et grossesse, p. S255).
9. Les femmes autochtones enceintes qui sont atteintes de diabète doivent :
 - a. Être prises en charge conformément aux lignes directrices de pratique clinique qui s'appliquent à la population générale afin d'améliorer l'issue de la grossesse [catégorie D, consensus].
10. Après l'accouchement :
 - a. Les femmes autochtones qui présentaient un diabète préexistant ou un DG doivent être encouragées à allaiter immédiatement afin de réduire le risque d'hypoglycémie néonatale [catégorie D, consensus] (voir le chapitre Diabète et grossesse, p. S255).
 - b. Le nourrisson d'une femme autochtone diabétique doit faire l'objet d'une étroite surveillance au moyen de mesures de la glycémie capillaire jusqu'à 36 heures après la naissance pour détecter l'hypoglycémie néonatale [catégorie D, consensus].
 - c. Les femmes autochtones atteintes de DG doivent se soumettre à un dépistage au moyen d'une HGPO avec 75 g de glucose afin de détecter le prédiabète ou le diabète de 6 semaines à 6 mois après l'accouchement [catégorie D, consensus] (voir le chapitre Diabète et grossesse, p. S255), puis sur une base régulière conformément aux recommandations énoncées dans le chapitre intitulé Dépistage du diabète chez les adultes, p. S16.
11. Les collectivités autochtones doivent être appuyées dans leurs efforts pour instaurer et maintenir des programmes de prévention primaire appropriés sur le plan culturel destinés aux enfants et aux adultes afin d'évaluer et de réduire les facteurs de risque comme :
 - a. les barrières géographiques et culturelles [catégorie D, consensus];
 - b. l'insécurité alimentaire [catégorie D, consensus];
 - c. le stress psychologique [catégorie D, consensus];
 - d. les infrastructures insuffisantes [catégorie D, consensus];
 - e. les milieux qui ne favorisent pas l'activité physique [catégorie D, consensus].

Abréviations :

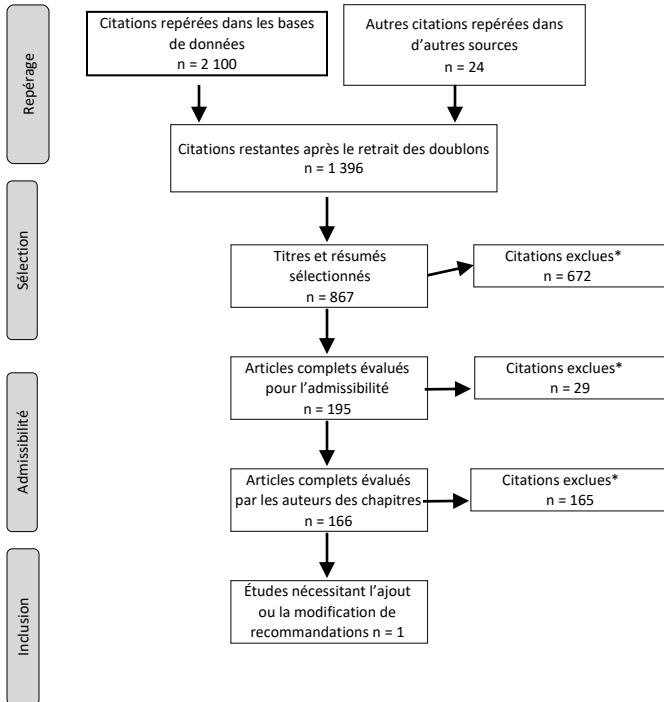
HbA_{1c} : hémoglobine glycosylée; IDA : Initiative sur le diabète chez les Autochtones; TA : tension artérielle; CV : cardiovasculaire; IRST : insuffisance rénale au stade terminal; DG : diabète gestationnel.

Références

- Richmond CA, Ross NA. The determinants of First Nation and Inuit health: A critical population health approach. *Health Place*. 2009;15:403-411.
- Maar MA, Manitowabi D, Gzik D, et al. Serious complications for patients, care providers and policy makers: Tackling the structural violence of First Nations people living with diabetes in Canada. *Int Indigenous Policy J*. 2011;21:1. <http://ir.lib.uwo.ca/iijp/vol2/iss1/6>. Article 6.
- Jacklin KM, Henderson RI, Green ME, et al. Health care experiences of Indigenous people living with type 2 diabetes in Canada. *CMAJ*. 2017;189:E106-E112.
- Chandler MJ, Lalonde C. Cultural continuity as a protective factor against suicide in First Nations Youth. *Horizons*. 2008;10:68-72.
- Oster RT, Grier A, Lightning R, Mayan MJ, Toth EL. Cultural continuity, traditional Indigenous language, and diabetes in Alberta First Nations: A mixed methods study. *Int J Equity Health*. 2014;13:92. doi:10.1186/s12939-0140092-4.
- Commission de vérité et réconciliation du Canada. Commission de vérité et réconciliation du Canada : Appels à l'action. Winnipeg, MB : Commission de vérité et réconciliation du Canada 2012. http://www.trc.ca/websites/trcinstitution/File/2015/Findings/Calls_to_Action_French.pdf.
- Yu CH, Zinman B. Type 2 diabetes and impaired glucose tolerance in aboriginal populations: A global perspective. *Diabetes Res Clin Pract*. 2007;78:159-170.
- Gracey M, King M. Indigenous health part 1: Determinants and disease patterns. *Lancet*. 2009;374:65-75.
- Division de la surveillance et du contrôle des maladies chroniques, Centre pour le contrôle et la prévention des maladies chroniques. Le diabète au Canada : Perspective de santé publique sur les faits et chiffres. Ottawa, ON : Agence de la santé publique du Canada, 2011. <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/publications/diabetes-diabete/facts-figures-faits-chiffres-2011/index-eng.php>.
- Turin TC, Saad N, Jun M, et al. Lifetime risk of diabetes among first nations and non-first nations people. *CMAJ*. 2016;188:1147-1153.
- Singer J, Putulik Kidlapik C, Martin B, et al. Food consumption, obesity and abnormal glycaemic control in a Canadian Inuit community. *Clin Obes*. 2014;4:316-323.
- Oster RT, Johnson JA, Balko SU, et al. Increasing rates of diabetes amongst status Aboriginal youth in Alberta, Canada. *Int J Circumpolar Health*. 2012;71:1-7.
- Jiang Y, Osgood N, Lim HJ, et al. Differential mortality and the excess burden of end-stage renal disease among First Nations people with diabetes mellitus: A competing-risks analysis. *CMAJ*. 2014;186:103-109.
- Dyck RF, Hayward MN, Harris SB, et al. Prevalence, determinants and co-morbidities of chronic kidney disease among First Nations adults with diabetes: Results from the CIRCLE study. *BMC Nephrol*. 2012;13:57.
- Komenda P, Lavalée B, Ferguson TW, et al. The prevalence of CKD in rural Canadian Indigenous peoples: Results from the First Nations community based screening to improve kidney health and prevent dialysis (FINISHED) screen, triage, and treat program. *Am J Kidney Dis*. 2016;68:582-590.
- Dean HJ, Sellers EA. Children have type 2 diabetes too: An historical perspective. *Biochem Cell Biol*. 2015;93:425-429.
- Maple-Brown LJ, Sinha AK, Davis EA. Type 2 diabetes in indigenous Australian children and adolescents. *J Paediatr Child Health*. 2010;46:487-490.
- Dyck RF, Jiang Y, Osgood ND. The long-term risks of end stage renal disease and mortality among First Nations and non-First Nations people with youthonset diabetes. *Can J Diabetes*. 2014;38:237-243.
- Harris SB, Naqshbandi M, Bhattacharyya O, et al. Major gaps in diabetes clinical care among Canada's First Nations: Results of the CIRCLE study. *Diabetes Res Clin Pract*. 2011;92:272-279.
- Martens PJ, Bartlett J, Burland E, et al. Profile of metis health status and healthcare utilization in Manitoba: a population-based study. Winnipeg : Université du Manitoba : Policy MCH. 2010. [http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/reference/MCHP-Metis_Health_Status_Full_Report_\(WEB\)_\[update_aug11_2011\].pdf](http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/reference/MCHP-Metis_Health_Status_Full_Report_(WEB)_[update_aug11_2011].pdf).
- Martens PJ, Martin BD, O'Neil JD, et al. Diabetes and adverse outcomes in a First Nations population: Associations with healthcare access, and socioeconomic and geographical factors. *Can J Diabetes*. 2007;313:223-232.
- Chuback J, Embil JM, Sellers E, et al. Foot abnormalities in Canadian Aboriginal adolescents with type 2 diabetes. *Diabet Med*. 2007;24:747-752.
- Rose G, Duerksen F, Trepman E, et al. Multidisciplinary treatment of diabetic foot ulcers in Canadian Aboriginal and non-Aboriginal people. *Foot Ankle Surg*. 2008;14:74-81.
- Ross SA, McKenna A, Mozejko S, et al. Diabetic retinopathy in native and nonnative Canadians. *Exp Diabetes Res*. 2007;2007:76271.
- Naqshbandi M, Harris SB, Esler JG, et al. Global complication rates of type 2 diabetes in Indigenous peoples: A comprehensive review. *Diabetes Res Clin Pract*. 2008;82:1-17.
- Oster RT, Toth EL. Differences in the prevalence of diabetes risk-factors among First Nation, Metis and non-Aboriginal adults attending screening clinics in rural Alberta, Canada. *Rural Remote Health*. 2009;9:1170.
- Dyck R, Osgood N, Lin TH, et al. Epidemiology of diabetes mellitus among First Nations and non-First Nations adults. *CMAJ*. 2010;182:249-256.
- Oster RT, Johnson JA, Hemmelgarn BR, et al. Recent epidemiological trends among status Aboriginal adults. *CMAJ*. 2011;183:E803-E808.
- Aljohani N, Rempel BM, Ludwig S, et al. Gestational diabetes in Manitoba during a twenty-year period. *Clin Invest Med*. 2008;31:E131-E137.
- Oster RT, King M, Morrish DW, et al. Diabetes in pregnancy among First Nations women in Alberta, Canada: A retrospective analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:136.
- Oster RT, Toth EL. Longitudinal rates and risk factors for adverse birth weight among First Nations pregnancies in Alberta. *J Obstet Gynaecol Can*. 2016;38:29-34.
- Shen GX, Shafer LA, Martens PJ, et al. Does First Nations ancestry modify the association between gestational diabetes and subsequent diabetes: A historical prospective cohort study among women in Manitoba, Canada. *Diabet Med*. 2015;33:1245-1252.
- Chamberlain CR, Oldenburg B, Wilson AN, et al. Type 2 diabetes after gestational diabetes: Greater than fourfold risk among Indigenous compared with non-Indigenous Australian women. *Diabetes Metab Res Rev*. 2016;32:217-227.
- Duong V, Davis B, Falhammar H. Pregnancy and neonatal outcomes in Indigenous Australians with diabetes in pregnancy. *World J Diabetes*. 2015;6:880-888.
- Cunningham M. Chapter V: Health. Dans : L'Instance permanente de l'ONU sur les questions autochtones, État des peuples autochtones dans le monde. New York : Organisation des Nations unies, 2009:156-187.
- Tribunal canadien des droits de la personne : Audience devant la Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada, l'Assemblée des Premières Nations, la Commission canadienne des droits de la personne, le Procureur général du Canada, les Chefs de l'Ontario et Amnistie Internationale. 2016.
- Allan B, Smylie J. First peoples, second class treatment. The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada. Toronto:Well Living House for Wellesley Institute. 2015. <http://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2015/02/Summary-First-Peoples-Second-Class-TreatmentFinal.pdf>. Consulté le 19 janvier 2018.
- Protudjer JL, Dumontet J, McGavock JM. My voice: A grounded theory analysis of the lived experience of type 2 diabetes in adolescence. *Can J Diabetes*. 2014;38:229-236.
- Osgood ND, Dyck RF, Grassmann WK. The interand intragenerational impact of gestational diabetes on the epidemic of type 2 diabetes. *Am J Public Health*. 2011;101:173-179.
- Jeppesen C, Valera B, Nielsen NO, et al. Association between whole blood mercury and glucose intolerance among adult Inuit in Greenland. *Environ Res*. 2015;143(Pt A):192-197.
- Navas-Acien A, Silbergeld EK, Streeter RA, et al. Arsenic exposure and type 2 diabetes: a systematic review of the experimental and epidemiologic evidence. *Environ Health Perspect*. 2006;114:641-648.
- Aminov Z, Haase R, Carpenter DO. Diabetes in Native Americans: Elevated risk as a result of exposure to polychlorinated biphenyls (PCBs). *Rev Environ Health*. 2016;31:115-119.
- Pal S, Blais JM, Robidoux MA, et al. The association of type 2 diabetes and insulin resistance/secretion with persistent organic pollutants in two First Nations communities in Northern Ontario. *Diabetes Metab*. 2013;39:497-504.
- Mansuri S, Badawi A, Kayaniyl S, et al. Associations of circulating 25(OH)D with cardiometabolic disorders underlying type 2 diabetes mellitus in an Aboriginal Canadian community. *Diabetes Res Clin Pract*. 2015;109:440-449.
- Bian L, Hanson RL, Ossowski V, et al. Variants in ASK1 are associated with skeletal muscle ASK1 expression, in vivo insulin resistance, and type 2 diabetes in Pima Indians. *Diabetes*. 2010;59:1276-1282.
- Bian L, Hanson RL, Muller YL, et al. Variants in ACAD10 are associated with type 2 diabetes, insulin resistance and lipid oxidation in Pima Indians. *Diabetologia*. 2010;53:1349-1353.
- Degaffe GH, Vander Jagt DL, Bobelu A, et al. Distribution of glyoxalase I polymorphism among Zuni Indians: The Zuni Kidney Project. *J Diabetes Complications*. 2008;22:267-272.
- Voruganti VS, Cole SA, Ebbesson SO, et al. Genetic variation in APOJ, LPL, and TNFRSF10B affects plasma fatty acid distribution in Alaskan Eskimos. *Am J Clin Nutr*. 2010;91:1574-1583.
- Muller YL, Piaggi P, Hanson RL, et al. A cis-eQTL in PFKFB2 is associated with diabetic nephropathy, adiposity and insulin secretion in American Indians. *Hum Mol Genet*. 2015;24:2985-2996.
- Hegele RA, Cao H, Harris SB, et al. Hepatocyte nuclear factor-1 alpha G319S. A private mutation in Oji-Cree associated with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 1999;22:3:524.
- Hegele RA, Zinman B, Hanley AJ, et al. Genes, environment and Oji-Cree type 2 diabetes. *Clin Biochem*. 2003;36:163-170.
- Mnousaki D, Kent JW, Haack K, et al. Toward precision medicine: TBC1D4 disruption is common among the inuit and leads to underdiagnosis of type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2016;39:1889-1895.
- Huffines L, Noser A, et Patton, S.R. The link between adverse childhood experiences and diabetes. *Curr Diab Rep*. 2016;16:54.
- Huang H, Yan P, Shan Z, et al. Adverse childhood experiences and risk of type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Metabolism*. 2015;64:1408-1418.
- Rock M. Sweet blood and social suffering: Rethinking cause-effect relationships in diabetes, distress, and duress. *Med Anthropol*. 2003;22:131-174.
- Willis E, Pearce M, McCarthy C, et al. Utility stress as a social determinant of health: Exploring the links in a remote Aboriginal community. *Health Promot J Austr*. 2006;17:255-259.
- Adelson N. The embodiment of inequity: Health disparities in aboriginal Canada. *Can J Public Health*. 2005;96(Suppl. 2):S45-S61.
- Currie CL, Wild TC, Schopflocher DP, et al. Racial discrimination, post traumatic stress, and gambling problems among urban aboriginal adults in Canada. *J Gambli Stud*. 2013;29:393-415.
- Howard HA. Canadian residential schools and urban indigenous knowledge production about diabetes. *Med Anthropol*. 2014;33:529-545.
- Smye V, Browne AJ, Varcoe C, et al. Harm reduction, methadone maintenance treatment and the root causes of health and social inequities: An intersectional lens in the Canadian context. *Harm Reduct J*. 2011;8:17.
- Hu H, Huff CD, Yamamura Y, et al. The relationship between Native American ancestry, body mass index and diabetes risk among Mexican-Americans. *PLoS ONE*. 2015;10.
- Reeds J, Mansuri S, Mamakeesick M, et al. Dietary patterns and type 2 diabetes mellitus in a First Nations community. *Can J Diabetes*. 2016;40:304-310.
- Foulds HJ, Shubair MM, Warburton DE. A review of the cardiometabolic risk experience among Canadian Metis populations. *Can J Cardiol*. 2013;29:1006-1013.
- Campbell DJ, Ronskley PE, Hemmelgarn BR, et al. Association of enrolment in primary care networks with diabetes care and outcomes among First Nations and low-income Albertans. *Open Med*. 2012;6:e155-e165.
- Bhattacharyya OK, Rasooly IR, Naqshbandi M, et al. Challenges to the provision of diabetes care in first nations communities: Results from a national survey of healthcare providers in Canada. *BMC Health Serv Res*. 2011;11:283.
- Rice K, Te Hiwi B, Zwarenstein M, et al. Best practices for the prevention and management of diabetes and obesity-related chronic disease among indigenous peoples in Canada: A review. *Can J Diabetes*. 2016;40:216-225.
- Kakegagumick KE, Naqshbandi Hayward M, Harris SB, et al. Sandy Lake health and diabetes project: A community-based intervention targeting type 2 diabetes and its risk factors in a first nations community. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2013;4:170.
- Perry RC, Shankar RR, Fineberg N, et al. HbA1c measurement improves the detection of type 2 diabetes in high-risk individuals with nondiagnostic levels of fasting plasma glucose: The Early Diabetes Intervention Program (EDIP). *Diabetes Care*. 2001;24:465-471.

69. Jin AJ, Martin D, Maberley D, et al. Evaluation of a mobile diabetes care telemedicine clinic serving Aboriginal communities in Northern British Columbia, Canada. *Int J Circumpolar Health*. 2004;63(Suppl. 2):124-128.
70. Panagiotopoulos C, Rozmus J, Gagnon RE, et al. Diabetes screening of children in a remote First Nations community on the west coast of Canada: Challenges and solutions. *Rural Remote Health*. 2007;7:771.
71. Vassalotti JA, Li S, McCullough PA, et al. Kidney early evaluation program: A community-based screening approach to address disparities in chronic kidney disease. *Semin Nephrol*. 2010;30:66-73.
72. Oster RT, Shade S, Strong D, et al. Improvements in indicators of diabetes-related health status among first nations individuals enrolled in a community-driven diabetes complications mobile screening program in Alberta, Canada. *Can J Public Health*. 2010;101:410-414.
73. Marley JV, Oh MS, Hadgraft N, et al. Cross-sectional comparison of point-of-care with laboratory HbA1c in detecting diabetes in real-world remote Aboriginal settings. *BMJ Open*. 2015;5:e006277.
74. Shephard M, O'Brien C, Burgoyne A, et al. Review of the cultural safety of a national Indigenous point-of-care testing program for diabetes management. *Aust J Prim Health*. 2016;22:368-374.
75. Rudnisky CJ, Wong BK, Virani H, et al. Risk factors for progression of diabetic retinopathy in Alberta First Nations communities. *Can J Ophthalmol*. 2012;47:365-375.
76. Tapp RJ, Svoboda J, Fredericks B, et al. Retinal photography screening programs to prevent vision loss from diabetic retinopathy in rural and urban Australia: A review. *Ophthalmic Epidemiol*. 2015;22:52-59.
77. Davis TM, Hunt K, Bruce DG, et al. Prevalence of depression and its associations with cardio-metabolic control in Aboriginal and Anglo-Celt patients with type 2 diabetes: The Fremantle diabetes study phase II. *Diabetes Res Clin Pract*. 2015;107:384-391.
78. Metzger BE, Gabbe SG, Persson B, et al. International association of diabetes and pregnancy study groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. *Diabetes Care*. 2010;33:676-682.
79. Chamberlain C, McNamara B, Williams ED, et al. Diabetes in pregnancy among indigenous women in Australia, Canada, New Zealand and the United States. *Diabetes Metab Res Rev*. 2013;29:241-256.
80. Chamberlain C, Fredericks B, McLean A, et al. Associations with low rates of postpartum glucose screening after gestational diabetes among Indigenous and non-Indigenous Australian women. *Aust N Z J Public Health*. 2015;39:69-76.
81. Jones EJ, Peercy M, Woods JC, et al. Identifying postpartum intervention approaches to reduce cardiometabolic risk among American Indian women with prior gestational diabetes, Oklahoma, 2012-2013. *Prev Chronic Dis*. 2015;12:E45.
82. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med*. 2002;346:393-403.
83. Diabetes Prevention Program Research Group. The 10-year cost-effectiveness of lifestyle intervention or metformin for diabetes prevention: An intent-to-treat analysis of the DPP/DPPOS. *Diabetes Care*. 2012;35:723-730.
84. Santé Canada. Initiative sur le diabète chez les Autochtones - Cadre de programme 2010-2015. Ottawa, ON: Ministère de la Santé. 2011. https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/fniah-spnia/alt_formats/pdf/pubs/diseases-maladies/diabete/2010-2015-frame-cadre/2010-2015-adi-frame-cadre_ida-fra.pdf. N° au catalogue : H34-156/2011E 110146.
85. Gaudreau S, Michaud C. Cultural factors related to the maintenance of health behaviours in Algonquin women with a history of gestational diabetes. *Chronic Dis Inj Can*. 2012;32:140-148.
86. Narayan KM, Hoskin M, Kozak D, et al. Randomized clinical trial of lifestyle interventions in Pima Indians: A pilot study. *Diabet Med*. 1998;15:66-72.
87. Dill EJ, Manson SM, Jiang L, et al. Psychosocial predictors of weight loss among American Indian and Alaska Native participants in a diabetes prevention translational project. *J Diabetes Res*. 2016;2016:1546939.
88. Satterfield D, DeBruyn L, Santos M, et al. Health promotion and diabetes prevention in American Indian and Alaska Native communities—traditional foods project, 2008-2014. *MMWR Suppl*. 2016;65:4-10.
89. Nazarea VD, Rhoades RE, Andrews-Swann JE. Seeds of resistance, seeds of hope: Place and agency in the conservation of biodiversity. Tucson: University of Arizona Press, 2013.
90. Waters E, de Silva-Sanigorski A, Hall BJ, et al. Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;Cd001871.
91. Eskicioglu P, Halas J, Senechal M, et al. Peer mentoring for type 2 diabetes prevention in first nations children. *Pediatrics*. 2014;133:e1624-e1631.
92. Macaulay AC, Ing A, Salsberg J, et al. Community-based participatory research: sharing results with the community. An example of knowledge translation from the Kahnawake Schools Diabetes Prevention Project. *Progress in Community Health Partnerships: Research, Education, and Action*. 2007;1:143-152.
93. National farm to school network. Chicago, IL: National Farm to School Network (NFSN). 2017 [mise à jour en 2017]. Adresse : <http://www.farmtoschool.org/>.
94. Ritenbaugh C, Teufel-Shone NI, Aickin MG, et al. A lifestyle intervention improves plasma insulin levels among Native American high school youth. *Prev Med*. 2003;36:309-319.
95. Young T, Martens PJ, Taback SP, et al. Type 2 diabetes mellitus in children: Prenatal and early infancy risk factors among native Canadians. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002;156:651-655. <http://dx.doi.org/10.1001/archpedi.156.7.651>.
96. Sina M, Hoy WE, Callaway L, et al. The associations of anthropometric measurements with subsequent gestational diabetes in Aboriginal women. *Obes Res Clin Pract*. 2015;9:499-506.
97. Sinclair KA, Makahi EK, Shea-Solatorio C, et al. Outcomes from a diabetes selfmanagement intervention for Native Hawaiians and Pacific People: Partners in care. *Ann Behav Med*. 2013;45:24-32.
98. Townsend CKM, Dillard A, Hosoda KK, et al. Community-based participatory research integrates behavioral and biological research to achieve health equity for native Hawaiians. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;13.
99. Aspin C, Brown N, Jowsey T, et al. Strategic approaches to enhanced health service delivery for Aboriginal and Torres Strait Islander people with chronic illness: A qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:143.
100. Sherifali D, Shea N, Brooks S. Exploring the experiences of urban first nations people living with or caring for someone with type 2 diabetes. *Can J Diabetes*. 2012;364:175-180.
101. Jacklin KM, Henderson RI, Green ME, et al. Health care experiences of Indigenous people living with type 2 diabetes in Canada. *CMAJ*. 2017;189:E106-E112.
102. Crowshoe LL, Henderson RI, Green ME, et al. Exploring Canadian physicians' experiences with diabetes care for Indigenous patients. *Can J Diabetes*. 2017;30803-6. pii: S1499-S267116.
103. Naqshbandi Hayward M, Kuzmina E, Dannenbaum D, et al. Room for improvement in diabetes care among First Nations in northern Quebec (Eyouy Itchee): Reasonable management of glucose but poor management of complications. *Int J Circumpolar Health*. 2012;71:1-8.
104. Schoen DE, Norman PE. Diabetic foot disease in Indigenous people. *Diabetes Manag*. 2014;46:489-500. <http://dx.doi.org/10.2217/dmt.14.43>.
105. Curtis J, Lipke S, Efland S, et al. Effectiveness and safety of medication adjustments by nurse case managers to control hyperglycemia. *Diabetes Educ*. 2009;35:851-856.
106. Pylpichuk G, Vincent L, Wentworth J, et al. Diabetes risk evaluation and microalbuminuria (DREAM) studies: Ten years of participatory research with a First Nation's home and community model for type 2 diabetes care in Northern Saskatchewan. *Int J Circumpolar Health*. 2008;67:190-202.
107. McDermott RA, Schmidt B, Preece C, et al. Community health workers improve diabetes care in remote Australian Indigenous communities: Results of a pragmatic cluster randomized controlled trial. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:68.
108. Beckham S, Bradley S, Washburn A, et al. Diabetes management: Utilizing community health workers in a Hawaiian/Samoan population. *J Health Care Poor Underserved*. 2008;19:416-427.
109. Hotu C, Bagg W, Collins J, et al. A community-based model of care improves blood pressure control and delays progression of proteinuria, left ventricular hypertrophy and diastolic dysfunction in Maori and Pacific patients with type 2 diabetes and chronic kidney disease: A randomized controlled trial. *Nephrol Dial Transplant*. 2010;25:3260-3266.
110. Gibson OR, Segal L. Limited evidence to assess the impact of primary health care system or service level attributes on health outcomes of indigenous people with type 2 diabetes: A systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:154.
111. McDermott RA, Schmidt BA, Sinha A, et al. Improving diabetes care in the primary healthcare setting: A randomised cluster trial in remote Indigenous communities. *Med J Aust*. 2001;174:497-502.
112. McDermott R, Tulip F, Schmidt B, et al. Sustaining better diabetes care in remote indigenous Australian communities. *BMJ*. 2003;327:428-430.
113. Bailie R, Si D, Dowden M, et al. Improving organisational systems for diabetes care in Australian Indigenous communities. *BMC Health Serv Res*. 2007;7:67.
114. Segal L, Nguyen H, Schmidt B, et al. Economic evaluation of Indigenous health worker management of poorly controlled type 2 diabetes in north Queensland. *Med J Aust*. 2016;204:1961e-1969e.
115. Gibson-Helm ME, Teede HJ, Rumbold AR, et al. Continuous quality improvement and metabolic screening during pregnancy at primary health centres attended by Aboriginal and Torres Strait Islander women. *Med J Aust*. 2015;203:369-370.
116. Harch S, Reeve D, Reeve C. Management of type 2 diabetes—a community partnership approach. *Aust Fam Physician*. 2012;41:73-76.
117. Harris SB, Green ME, Brown JB, et al. Impact of a quality improvement program on primary healthcare in Canada: A mixed-method evaluation. *Health Policy (New York)*. 2015;119:405-416.
118. Kotecha J, Brown JB, Han H, et al. Influence of a quality improvement learning collaborative program on team functioning in primary healthcare. *Fam Syst Health*. 2015;33:222-230.
119. Paquette-Warren J, Roberts SE, Fournie M, et al. Improving chronic care through continuing education of interprofessional primary healthcare teams: A process evaluation. *J Interprof Care*. 2014;28:232-238.
120. Ibiebele I, Coory M, Smith GCS, et al. Gestational age specific stillbirth risk among Indigenous and non-Indigenous women in Queensland, Australia: A population based study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16:159.
121. Educating for equity ~ a tri-nations initiative. New Zealand; 2013 [mise à jour en 2013]. Adresse : <http://www.educating4equity.net>.
122. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry. Los Angeles: University of California Press, 1981.
123. Kumari M, Head J, Marmot M. Prospective study of social and other risk factors for incidence of type 2 diabetes in the Whitehall II study. *Arch Intern Med*. 2004;164:1873-1880.
124. Gorringe S, Ross J, Forde C. "Will the real Aborigine please stand up": strategies for breaking the stereotypes and changing the conversation. *Australian Institute of Aboriginal and Torres Strait Islander Studies*. 2010. Adresse : https://aiatsis.gov.au/sites/default/files/products/discussion_paper/gorringe-ross-forde-dp28-real-aborigines-stereotypes.pdf.
125. Stewart M, Brown JB, Weston W, et al. Patient-centred medicine: Transforming the clinical method. UK: Radcliffe Medical Press, 2003.
126. Brascoupe S, Waters S. Cultural Safety. Exploring the applicability of the concept of cultural safety to Aboriginal health and community wellness. *J Aborig Health*. 2009;52: http://www.naho.ca/jah/english/jah05_02/V5_I2_Cultural_01.pdf.
127. Metz J, Hansen H. Structural competency: Theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Soc Sci Med*. 2014;103:126-133.
128. Esmail A. The prejudices of good people. *BMJ*. 2004;328:1448-1449.
129. Wear D, Zaroni J, Aultman JM, et al. Remembering Freddie Gray: Medical education for social justice. *Acad Med*. 2017;92:312-317.
130. Ekong G, Kavookjian J. Motivational interviewing and outcomes in adults with type 2 diabetes: A systematic review. *Patient Educ Couns*. 2016;99:944-952.
131. Kezelman C, Stavropoulos P. Adults Surviving Child Abuse (ASCA). "The last frontier" practice guidelines for treatment of complex trauma and trauma informed care and service delivery. Kirribilli. Australia: Australian Government Department of Health and Ageing, 2012 http://www.recoveryonpurpose.com/upload/ASCA_Practice%20Guidelines%20for%20the%20Treatment%20of%20Complex%20Trauma.pdf.
132. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Med*. 2009;67:e100097.

Diagramme de flux de la recherche documentaire pour le chapitre 38 : Le diabète de type 2 chez les Autochtones



* Raisons de l'exclusion : population, intervention/exposition, comparateur/témoins, ou protocole de l'étude.

D'après : Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med. 6(6):e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097¹³².

Pour en savoir plus, visitez le site www.prisma-statement.org. [en anglais seulement]