A photograph showing several large salmon hanging vertically on a wooden spit, being smoked over a fire. The fish are arranged in a row, and the background is dark and smoky. The text is overlaid on the left side of the image.

LA PRÉVALENCE DU DIABÈTE DE TYPE 2 CHEZ LES PREMIÈRES NATIONS ET UNE RÉFLEXION SUR LA PRÉVENTION

Regine Halseth

NATIONAL COLLABORATING CENTRE
FOR ABORIGINAL HEALTH



CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE
DE LA SANTÉ AUTOCHTONE

SANTÉ DES ENFANTS, DES JEUNES ET DES FAMILLES

© 2019 Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). Cette publication a été financée par le CCNSA et sa réalisation a été possible grâce à la contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada. Les opinions exprimées dans ce document ne reflètent pas forcément celles de l'Agence de la santé publique du Canada.

Remerciements

Le CCNSA fait appel à un processus externe d'analyse axé sur la neutralité en ce qui concerne la documentation fondée sur la recherche, qui suppose une évaluation des publications ou une synthèse des connaissances, ou qui prend en considération l'évaluation de lacunes dans les connaissances. Nous souhaitons remercier nos réviseurs pour leur généreuse contribution en matière de temps et d'expertise dans l'élaboration de ce document.

Cette publication peut être téléchargée à l'adresse ccnsa.ca. Tous les documents du CCNSA sont libres d'utilisation et peuvent être reproduits, tout ou en partie, avec mention appropriée de sources et de références. L'utilisation des documents du CCNSA ne doit servir qu'à des besoins non commerciaux seulement. Merci de nous informer de l'utilisation que vous faites de nos documents afin de nous permettre d'évaluer l'étendue de leur portée.

An English version is also available at nccah.ca, under the title: *The prevalence of Type 2 diabetes among First Nations and considerations for prevention.*

Référence : Halseth, R. (2019). *La prévalence du diabète de type 2 chez les Premières Nations et une réflexion sur la prévention*. Prince George, C.-B. : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.

Pour plus d'information ou pour commander des copies supplémentaires, prière de contacter :

Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA)
3333, University Way
Prince George, C.-B., V2N 4Z9
Tél. : 250 960 5250
Télec. : 250 960 5644
Courriel : cnsa@unbc.ca
Web : ccnsa.ca

ISBN (imprimée) : 978-1-77368-207-5
ISBN (en ligne) : 978-1-77368-208-2

TABLE DES MATIÈRES



1.0 INTRODUCTION -----	5
2.0 LES TENDANCES DE LA PRÉVALENCE EN MATIÈRE DE DIABÈTE CHEZ LES PREMIÈRES NATIONS -----	7
3.0 DÉTERMINANTS DU DIABÈTE DE TYPE 2 ET DES COMPLICATIONS QUI LUI SONT ASSOCIÉES CHEZ LES PREMIÈRES NATIONS -----	11
4.0 CONSIDÉRATIONS DANS L'ÉLABORATION D'INTERVENTIONS DE PRÉVENTION EFFICACES CONTRE LE DIABÈTE DANS LES COMMUNAUTÉS DES PREMIÈRES NATIONS -----	15
5.0 PROMOTION DE LA SANTÉ ET INTERVENTIONS DE PRÉVENTION DU DIABÈTE DANS LES COMMUNAUTÉS DES PREMIÈRES NATIONS -----	19
6.0 CONCLUSION -----	22
7.0 RESSOURCES -----	23
BIBLIOGRAPHIE (anglais seulement) -----	24




Download publications at
nccah.ca/34/Publication_Search



Télécharger des publications à
nccah.ca/524/Recherche_de_publication



issuu.com/nccah-ccnsa/stacks



Au Canada, les peuples autochtones subissent le fardeau du diabète de manière disproportionnée en raison de l'interaction complexe entre les multiples déterminants de la santé, certains étant enracinés dans des structures et des processus coloniaux qui ont altéré les systèmes socioéconomiques, politiques et culturels.

1.0 INTRODUCTION



Le diabète sucré, mieux connu sous le terme de diabète, est l'une des maladies chroniques les plus fréquentes au Canada en plus d'être une cause importante de morbidité et de mortalité. Depuis 2006, la maladie s'est rapidement étendue et on s'attend à ce qu'elle poursuive son expansion à grande vitesse pour au moins la prochaine décennie (Canadian Diabetes Association [CDA], 2016)¹. On prévoit que le diabète accroîtra le fardeau du système de santé du Canada avec une augmentation attendue des coûts passant de 3,4 milliards de dollars en 2016 à 5 milliards de dollars d'ici 2026 (CDA, 2016). La prévalence du diabète varie selon l'âge, la situation géographique, le groupe ethnique, le statut socioéconomique et l'état de santé. Au Canada, les peuples autochtones² subissent le fardeau du diabète de manière disproportionnée en raison de l'interaction complexe entre les multiples déterminants de la santé, certains étant enracinés dans des structures et des processus coloniaux qui ont altéré les systèmes socioéconomiques, politiques et culturels. Ces déterminants ont engendré des inégalités en matière de santé et des disparités socioéconomiques en plus d'être associés à des facteurs de risques liés au mode de vie qui contribuent au développement du diabète de type 2 et qui font obstacle à la prise en charge de la maladie (Ghosh, 2012).

Compte tenu de la gravité du diabète comme enjeu de santé publique, des efforts intensifs ont été déployés à de multiples niveaux afin de mettre en œuvre des politiques, des pratiques de soins de santé de même que des programmes de prévention et de contrôle en lien avec le diabète qui soient appropriés et efficaces. Par exemple, le gouvernement du Canada a mis en place une stratégie pancanadienne du diabète afin de prendre en charge la maladie au sein de la population canadienne en général tout en ciblant une stratégie du diabète chez les peuples autochtones, entraînant un financement pour de nombreuses activités de prévention et de contrôle. Malgré ces efforts, les interventions réalisées auprès des populations autochtones se sont montrées d'une efficacité limitée jusqu'à maintenant (Harris, Tompkins, & Te Hiwi, 2017; Office of the Auditor General of Canada, 2013). On observe actuellement une insuffisance de données probantes sur l'efficacité des interventions de prévention ou de traitement du diabète en plus d'un manque de données de surveillance et de nombreux obstacles aux soins du diabète qui continuent d'entraver une prévention, une gestion et un contrôle efficaces du diabète chez les populations autochtones (Guariguata et al., 2014; Harris et al., 2017; McNamara, Sanson-Fisher, D'Este, & Eades, 2011).

Par contre, le diabète n'affecte pas tous les peuples autochtones de la même façon, les Premières Nations portant une plus large part du fardeau de la maladie que les populations inuites et métisses. À ce titre, le présent article a pour but d'offrir une vue d'ensemble du diabète chez les Premières Nations. Plus particulièrement, il traite des connaissances actuelles en matière de prévalence du diabète et ses tendances chez les Premières Nations³, des facteurs qui augmentent le risque de contracter la maladie, des obstacles et des facilitateurs aux interventions de prévention contre le diabète dans les communautés des Premières Nations et certains aspects des interventions qui ont donné des résultats positifs. L'article se fonde sur un examen de la documentation, révisée ou non par les pairs, publiée jusqu'au mois d'octobre 2018. La documentation a été répertoriée à l'aide de recherches dans les moteurs de recherche Google, Google Scholar, PubMed et Medline à l'aide des mots-clés « diabetes + Aboriginal/First Nation/Indigenous + Canada » (soit « diabète + Autochtone/Première Nation/Indigène + Canada »).

¹ Toutes les références bibliographiques citées dans ce rapport sont en anglais seulement.

² Les expressions « Autochtones » ou « peuples autochtones » font référence inclusivement aux premiers habitants du Canada et à leurs descendants, y compris les Premières Nations, les Inuits et les Métis, selon la définition de ces peuples dans l'article 35 de la Constitution canadienne de 1982. Lorsqu'on ne fait pas référence collectivement à l'ensemble des peuples autochtones, les termes « Premières Nations », « Inuit » et « Métis » seront utilisés.

³ Le terme Premières Nations est défini tout au long du présent article comme comprenant l'ensemble des Premières Nations, peu importe si elles ont ou non le statut d'Indien ou qu'elles résident ou non sur une réserve.



2.0 LES TENDANCES DE LA PRÉVALENCE EN MATIÈRE DE DIABÈTE CHEZ LES PREMIÈRES NATIONS



Le diabète est le résultat de la production ou de l'utilisation insuffisante de l'insuline par le corps pour absorber le sucre et il peut se présenter sous trois formes : le diabète de type 1, le diabète de type 2 et de diabète gestationnel (Office of the Auditor General of Canada, 2013). Le diabète de type 2 et le diabète gestationnel (qui peut se développer au cours de la grossesse) sont considérés comme étant en grande partie évitables par l'adoption de modes de vie sains, bien que des facteurs génétiques peuvent aussi jouer un rôle. Le type 2 est la forme de diabète la plus fréquente, représentant de 90 à 95 % des cas (Public Health Agency of Canada [PHAC], 2011). Pour cette raison, le présent article se concentre principalement sur l'évolution du diabète de type 2 chez la population des Premières Nations. Il est cependant important de noter que la

documentation associée au diabète chez cette population ne fait pas nécessairement la distinction entre les différentes formes de diabète.

On considère les Premières Nations comme l'une des populations canadiennes les plus à risque de développer le diabète et les complications qui lui sont associées (Crowshoe et al., 2018; Ghosh & Gomes, 2011; First Nations Information Governance Centre [FNIGC], 2012, 2018; Gionet & Roshanafshare, 2013). Chez certaines communautés des Premières Nations, on considère que le diabète de type 2 est au stade épidémique (Harris, Bhattacharyya, Dyck, Naqshbandi Hayward, & Toth, 2013). Selon la troisième phase de l'Enquête régionale sur la santé, la prévalence du diabète chez les personnes adultes issues des Premières Nations et vivant

en réserve, normalisée selon l'âge, était de 19,2 %, un taux légèrement inférieur à celui mesuré lors des deux phases précédentes (First Nations Information Governance Centre [FNIGC], 2018). Comparativement aux personnes adultes non autochtones, la prévalence du diabète de type 1 et de type 2 combinés est presque trois fois supérieure chez les personnes adultes issues des Premières Nations et vivant en réserve et dans les communautés du Nord et deux fois supérieure à celle de ces mêmes personnes vivant hors réserve⁴ (PHAC, 2018). Par contre, les données tirées d'un certain nombre d'études locales et régionales à l'échelle du Canada montrent des variations significatives de la prévalence du diabète chez les communautés des Premières Nations et des régions, même parmi les communautés vivant en grande proximité et partageant le même

⁴ La prévalence du diabète chez les Métis était une fois et demie supérieure à celle des personnes adultes non autochtones, alors que les taux des Inuits étaient légèrement inférieurs aux taux des personnes adultes non autochtones.

héritage culturel. Ces études laissent entendre qu'en général, les taux de diabète sont moins élevés chez les Premières Nations vivant en Colombie-Britannique et en Alberta (Johnson, Martin, & Sarin, 2002; Oster, Grier, Lightning, Mayan, & Toth, 2014a; Oster, Johnson, Balko, Svenson, & Toth, 2012; Oster et al., 2011), comparativement à celles vivant au Manitoba, en Ontario et au Québec (Chateau-Degat et al., 2009; Dannenbaum, Kuzmina, Lejeune, Torrie, & Gangbe, 2008; Imbeault et al., 2011; Johnson-Down et al., 2015; Kahnawahere Horn et al., 2007; Ley et al., 2008, 2009, 2010, 2012; Martens, Martin, O'Neil, & Mackinnon, 2007; Philibert, Schwartz, & Mergler, 2009; Riediger, Lix, Lukianchuk, & Bruce, 2014).

Les tendances mises en lumière par les études actuelles indiquent que :

- Le taux de diabète augmente plus rapidement chez les Premières Nations comparativement à la population en général (Dyck, Osgood, Lin, Gao, & Stang, 2010a, 2012; Oster et al., 2012; Sellers, Wicklow, & Dean, 2012; Wahi, Zorzi, Macnab, & Panagiotopoulos, 2009; Zorzi, Wahi, Macnab, & Panagiotopoulos, 2009).
- Bien que le diabète tende généralement à être davantage prévalent chez les personnes âgées de 50 ans et plus, le déclenchement du diabète

survient plus tôt chez les personnes issues des Premières Nations (Chowdhury Turin et al., 2016; Crowshoe et al., 2018; Maar, Gzik, & Larose, 2010; Pelletier et al., 2012; Zheng, Ley, & Hu, 2018).

- La prévalence du diabète chez les enfants et les adolescents issus des Premières Nations a aussi augmenté rapidement (Dyck et al., 2012; Harris et al., 2013; Sellers et al., 2012).
- Les femmes des Premières Nations sont affectées de manière disproportionnée par le diabète comparativement aux hommes des Premières Nations et aux femmes non autochtones (FNIGC, 2018; Harris et al., 2013); cette différence est associée, du moins en partie, au taux élevé de diabète sucré de la grossesse chez les femmes des Premières Nations (Dyck, Klomp, Tan, Turnell, & Boctor, 2002; Oster, King, Morrish, Mayan et Toth, 2014b; Oster, Mayan & Toth, 2014c; Porter, Skinner et Ellis, 2012; Saad, Wilson et Donovan, 2015; Shen et al., 2016).
- Les membres des Premières Nations sont plus susceptibles de développer des complications⁵ associées au diabète que les personnes non autochtones (Dyck, Jiang, & Osgood, 2014; Dyck, Osgood, Lin, Gao, & Stang, 2010b; Mansuri & Hanley, 2017; Sellers et al., 2016a), d'être hospitalisés

pour des maladies liées au diabète (Booth, Hux, Fang, & Chan, 2005; Campbell et al., 2012; Jin, Martin, & Sarin, 2002a) et par la suite décéder des suites de ces complications (Deved et al., 2013; Jiang, Osgood, Lim, Stang, & Dyck, 2014; Jin, Martin, & Sarin, 2002b). Ces faits laissent suggérer que le contrôle et les soins du diabète sont possiblement sous-optimaux pour les Premières Nations.

- Les effets néfastes sur la santé sont généralement plus importants chez les populations des Premières Nations vivant en milieux ruraux ou en régions éloignées⁶, ce qui est possiblement associé à un accès réduit aux soins de santé (Booth et al., 2005; Crowshoe et al., 2018; Martens et al., 2007).
- Les hommes et les femmes issus des Premières Nations font face à des types différents de complications associées au diabète. Les femmes présentent un risque plus élevé de maladies cardiovasculaires alors que les hommes sont plus à risque de développer des problèmes rénaux, de l'hypertension, des complications aux membres et de la rétinopathie (Oster, Virani, Strong, Shade, & Toth, 2009; Rudnisky, Wong, Virani, & Tennant, 2012; Zacharias, Young, Riediger, Roulette, & Bruce, 2012).

⁵ Les complications associées au diabète peuvent comprendre les maladies cardiovasculaires, l'hypertension, l'amputation des membres inférieurs, la rétinopathie, la neuropathie et la néphropathie.

⁶ Comme démontré par Maar et al. (2010), certaines exceptions existent.


Entre 1980 et 2005, le taux de diabète a augmenté de 10,8 % chez les femmes issues des Premières Nations et 4,2 % chez les hommes de ces communautés (Dyck et al., 2010b). Étant donné que ce taux augmente de plus en plus vite, on s'attend à ce qu'une importante majorité de la population souffre du diabète à un moment ou un autre (Chowdhury Turin et al., 2016), hypothéquant lourdement sur leur qualité de vie.

De nombreuses lacunes sont encore présentes dans les données de surveillance associées au diabète et aux complications qui en découlent chez les Premières Nations. Actuellement, il n'existe

pas de système de surveillance national pour la collecte de données sur le diabète chez les Premières Nations et les données administratives en matière de santé, qui sont généralement utilisées pour la surveillance du diabète dans population canadienne dans son ensemble, ne contiennent habituellement pas d'identifiants autochtones (Naqshbandi Hayward et al., 2012a; PHAC, 2011). Il en résulte que la plupart des données sont tirées d'études réalisées chez des populations adultes issues des Premières Nations provenant de communautés ou de régions sélectionnées à un moment précis dans le temps, entraînant un manque de données qui permettrait

une compréhension globale de l'évolution de ce problème de santé dans le temps ou de réaliser des comparaisons utiles selon la géographie, l'âge, le groupe autochtone ou le sexe. Le manque de revues systématiques et de méta-analyses reliées au diabète et aux complications associées chez les Premières Nations contribue aussi au problème des données. Les enjeux liés aux limites des données de surveillance doivent être abordés afin d'améliorer les soins contre le diabète et de guider les initiatives de prévention et de contrôle de la maladie dans les communautés des Premières Nations.





La colonisation, avec ses impacts sur les cultures et les identités autochtones, peut être comprise comme étant le déterminant le plus large et le plus fondamental de la santé des peuples autochtones et celui qui demeure une « force active » qui fait la différence dans leur vie

(de Leeuw, Lindsay, & Greenwood, 2015, p. xxii).

3.0 DÉTERMINANTS DU DIABÈTE DE TYPE 2 ET DES COMPLICATIONS QUI LUI SONT ASSOCIÉES CHEZ LES PREMIÈRES NATIONS



Les facteurs qui contribuent à la forte prévalence du diabète de type 2 chez les Premières Nations sont complexes et peuvent être situés dans des cadres de référence biomédicaux et autochtones. La perspective biomédicale est fondée sur l'hypothèse que toutes les maladies n'ont qu'une seule cause sous-jacente, que l'élimination de cette cause entraînera un retour à la santé et que la santé est simplement l'absence de la maladie (Wade & Halligan, 2004). Dans le cas du diabète, cette approche se focalise en premier lieu sur les facteurs de risque physiques comme la vieillesse, les antécédents familiaux, une tension artérielle élevée, des antécédents de maladie cardiaque ou d'accident vasculaire cérébral, l'obésité, la susceptibilité génétique, la dépression, une mauvaise alimentation et la sédentarité (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 2016; Steyn et al. 2004). Selon cette perspective, les taux élevés de diabète de type 2 observés chez les Premières Nations pourraient possiblement être expliqués par la forte prévalence de l'obésité chez ces populations comparativement à la population générale, par les

taux élevés de diabète sucré de la grossesse chez les femmes des Premières Nations qui sont associés à des taux de poids élevé à la naissance entre les générations et par une activité physique et une alimentation déficientes (Dyck et al., 2010b; Harris et al., 2013; Millar & Dean, 2012). Alors que ce point de vue contribue à une compréhension générale des raisons expliquant pourquoi les Premières Nations sont plus à risque de développer le diabète de type 2, il omet les causes fondamentales sous-jacentes des stressors sociaux et des facteurs de risque associés au mode de vie qui influencent les perceptions, les actions et les expériences d'une personne aux prises avec le diabète (Barton, 2008a; Wade & Halligan, 2004).

La perspective autochtone est fondée sur une compréhension globale de la santé. Cette perception de la santé englobe les dimensions physiques, mentales, émotionnelles et spirituelles dans un contexte d'interrelations entre les personnes, les familles, les communautés, les nations, le territoire, les écosystèmes locaux et le Créateur de même que les relations passées, présentes

et futures avec les siens (Howell, Auger, Gomes, Brown, & Young Leon, 2016; Smylie, Olding, & Ziegler, 2014). De ce point de vue, le diabète est perçu comme étant intimement connecté aux processus de colonisation historiques et contemporains, dont la perte des modes de vie et de la spiritualité traditionnels, le déplacement, la marginalisation basée sur le territoire, le bouleversement socioculturel, l'assimilation, le désavantage systémique, la marginalisation socioéconomique, la perte de contrôle sur son propre style de vie, la perte d'un bien-être communautaire général, le déséquilibre du pouvoir, le stress, le racisme, la discrimination et le traumatisme intergénérationnel (FNIGC, 2018; Iwasaki, Bartlett, & O'Neil, 2005, 2011; Manitowabi & Maar, 2013). La colonisation, avec ses impacts sur les cultures et les identités autochtones, peut être comprise comme étant le déterminant le plus large et le plus fondamental de la santé des peuples autochtones et celui qui demeure une « force active » qui fait la différence dans leur vie (de Leeuw, Lindsay, & Greenwood, 2015, p. xxii).



Les processus coloniaux ont entraîné des taux élevés fort troublants de pauvreté, d'insécurité alimentaire, de chômage et un faible niveau d'instruction, contribuant au fardeau disproportionné d'expériences de mauvaise santé vécues par les peuples autochtones (Greenwood, de Leeuw, & Lindsay, 2018). Ces déterminants de la santé s'entrecroisent et se manifestent différemment chez les personnes et les communautés issues des Premières Nations, tout au long de la vie et entre de multiples générations, de telle sorte qu'ils influencent les facteurs de risque et de protection associés à l'état de santé (Reading & Wien, 2009). Ils influencent directement l'accès à des aliments sains et à des occasions d'activités physiques formelles, de même que la diversité de ces options, au sein des communautés issues des Premières Nations, de même qu'à la littératie en matière de santé, qui joue un rôle crucial dans l'habileté des personnes à prendre en charge la maladie chronique (van der Heide et al., 2018). Les processus de colonisation mettent en place une transition rapide d'un mode de vie physiquement actif, tournant autour de la chasse, de la pêche et d'autres activités de cueillette de nourriture et du recours à une alimentation à

haute densité nutritionnelle fondée sur les aliments traditionnels, à un mode de vie sédentaire et à la dépendance à des aliments transformés moins nutritifs qui contiennent de grandes quantités de sucres simples et de gras saturés (Haman et al., 2010). Cette transition a contribué aux taux élevés d'obésité, d'hypertension, de syndromes métaboliques, de troubles de la glycémie à jeun ou d'une résistance accrue à l'insuline chez les peuples des Premières Nations, des facteurs de risque clés dans l'apparition du diabète de type 2 (Chateau-Degat et al., 2009; Daniel & Cargo, 2003; Daniel, Marion, Sheps, Hertzman, & Gamble, 1999a; Kaler et al., 2006; Lazzinnaro, Plourde, Johnson-Down, Dewailly, & Egeland, 2012; Wahi et al., 2009; Young, Dean, Flett, & Wood-Steiman, 2000; Zorzi et al., 2009). Pour plusieurs Premières Nations, la perte de la langue et de la culture, couplée au traumatisme intergénérationnel, a aussi mené à une perte de l'estime de soi, de l'identité et de la valeur personnelle, de même qu'à des troubles de santé mentale et de toxicomanie (Maar, Maniwabwi, Gzik, McGregor, & Corbiere, 2011; Martens et al., 2007; McGregor, Gzik, Maniwabwi, Maar, & Corbiere, 2011). Ces impacts peuvent

affecter la capacité d'une personne à adopter des comportements sains qui réduisent le risque de développer le diabète de type 2 de même que sa capacité à autogérer la maladie après son apparition, entraînant un risque accru de problèmes de santé en raison de la maladie (Maniwabwi, & Maar, 2013).

La géographie et différents obstacles à l'accès aux soins contribuent aussi à la haute prévalence du diabète et aux complications associées à la maladie chez les Premières Nations. Plusieurs personnes issues des Premières Nations vivent dans des communautés éloignées et isolées où les options pour un mode de vie sain sont limitées par le manque de disponibilité, de variété et d'accessibilité d'aliments sains, d'infrastructures physiques pour la pratique de sports et d'activités récréatives et des capacités locales à organiser des programmes sportifs et récréatifs (Skinner, Hanning, & Tsuji, 2006; Stout, 2018). Ces obstacles sont exacerbés par le désavantage socioéconomique (Beaumier, & Ford, 2010; Lambden, Receveur, Marshall, & Kuhnlein, 2006). Les communautés rurales et éloignées n'ont souvent pas accès à des services de santé complets et à un large éventail de documentation sur la santé, ce qui peut affecter leurs connaissances sur le diabète et la qualité des soins qu'elles reçoivent pour le diabète (Ho et al., 2008a; Oster et al., 2009). Dans les communautés isolées, le manque de capacité des services infirmiers et l'absence de dossiers de santé électroniques peuvent aussi mener à des « approches de soins du diabète qui sont réactives et désorganisées pour plusieurs peuples des Premières Nations » (Eurich, et al., 2017, p. 1). Bien que le corpus des recherches qui documentent la qualité des soins du diabète chez les Premières Nations soit plutôt limité (McNamara et al., 2011),

la documentation actuelle laisse entendre que bien que des lignes directrices de pratiques cliniques soient disponibles et que des progrès aient été accomplis dans l'offre de programmes culturellement appropriés et leur intégration dans les soins du diabète chez certaines communautés des Premières Nations (consultez Booth et al., 2005; Maar et al., 2010, par exemple), plusieurs patients diabétiques issus des Premières Nations pourraient ne pas recevoir des soins cliniques répondant à la norme idéale des soins cliniques (Harris et al., 2011; Naqshbandi Hayward et al., 2012b; Si, Bailie, Wang, & Weeramanthri, 2010). Les lacunes observées dans la gestion du diabète et des services de soins comprennent un accès limité à un dépistage du diabète et de ses complications associées réalisé en milieu communautaire, à des professionnels de la santé spécialisés, à des médicaments permettant de contrôler le diabète et ses complications de même que des services de santé et une documentation en matière de santé qui soient culturellement appropriés.


Les personnes issues des Premières Nations qui vivent dans les centres urbains peuvent faire face à des obstacles différents dans leur processus d'accès aux soins de santé. Ces services de santé peuvent passer outre la diversité linguistique, culturelle, économique et légale qui existe au sein des peuples autochtones et entre les peuples ou offrir des services qui adoptent des stratégies pan-autochtones

qui ne peuvent répondre à leurs besoins que partiellement (Ghosh, 2012). Les personnes issues des Premières Nations vivant dans les centres urbains peuvent éprouver des difficultés à obtenir des services de santé non assurés⁷, ce qui peut poser un important défi au ralentissement de la progression du diabète ou à sa gestion de façon efficace (Ghosh & Spitzer, 2014). Dans un contexte de pauvreté, cet obstacle peut restreindre l'accès aux médicaments contre le diabète ou limiter les choix d'aliments sains, forçant les personnes à choisir l'une de ces options plutôt que l'autre (Drewnowski & Darmon, 2005; Jetter & Cassady, 2006). Les personnes des Premières Nations vivant dans les centres urbains peuvent faire face à des défis additionnels associés aux soins de santé en lien avec le diabète, comme subir du racisme ou de la discrimination lors des rendez-vous de santé, ne pas avoir suffisamment accès en temps opportun à des soins à long terme et à de la formation continue qui soient adaptés aux différences culturelles ou devoir se rendre à de multiples endroits pour recevoir des soins, entraînant des absences lors des rendez-vous et de la frustration lors de la prestation des soins (Goodman et al., 2017; Levin & Herbert, 2004; Ontario Federation of Indigenous Friendship Centres, 2017; Sherifali, Shea, & Brooks, 2012). Les rencontres à connotations négatives avec le système de soins de santé de même que le manque de services de santé et de renseignements sur la santé qui soient adaptés et

pertinents à la culture peuvent influencer l'engagement des peuples des Premières Nations envers le système de santé, la qualité des soins du diabète, la capacité de s'autoadministrer des soins et de modifier ses comportements en matière de santé, l'acquisition de connaissances en lien avec la santé et l'adhésion aux protocoles de traitements (Crowshoe et al., 2017, 2018; Maar et al., 2011; Tait Neufeld, 2011, 2014).

Finalement, on croit que le diabète sucré de la grossesse est un important vecteur de l'épidémie de diabète chez les Premières Nations puisqu'il augmente le risque de diabète de type 2 chez les descendants (Mendelson et al., 2011; Oster et al., 2014b; Sellers et al., 2016b). On croit que les effets intergénérationnels du diabète seraient associés à une déficience de la réponse insulinaire aiguë chez les enfants qui ont été exposés au diabète pendant la grossesse (Bogardus & Tataranni, 2002; Gautier et al., 2001; Osgood, Dyck, & Grassman, 2011), de même qu'à de possibles modifications épigénétiques induites par l'environnement utérin, entraînant une programmation fœtale qui prédispose les nourrissons à développer de l'obésité et du diabète de type 2 en vieillissant (Battista, Hivert, Duval, & Baillargeon, 2011). Cependant, le lien entre le diabète sucré de la grossesse et le diabète intergénérationnel n'est pas encore bien compris.

⁷ Les services de santé non assurés sont disponibles pour les personnes issues des Premières Nations qui sont inscrites, qu'elles résident dans une réserve ou hors réserve; par contre, il arrive parfois que les patients issus des Premières Nations situés en milieu urbain éprouvent des difficultés à accéder aux indemnités puisque les médecins et les pharmaciens ne sont pas toujours informés que le programme des services de santé non assurés est disponible aux membres des Premières Nations qui ne résident pas en réserve (Aboriginal Sexual Health.ca, 2010). Par ailleurs, les Premières Nations non inscrites (les Premières Nations qui ne sont pas inscrites, mais qui s'identifient comme appartenant aux Premières Nations inscrites) n'ont pas droit à ces avantages sociaux.



Le besoin de réexaminer l'ensemble des politiques qui affectent les multiples facteurs qui augmentent la vulnérabilité des peuples et des communautés des Premières Nations face à la mauvaise santé et qui influencent leur capacité à choisir des options de vie plus saines est bien réel.

4.0 CONSIDÉRATIONS DANS L'ÉLABORATION D'INTERVENTIONS DE PRÉVENTION EFFICACES CONTRE LE DIABÈTE DANS LES COMMUNAUTÉS DES PREMIÈRES NATIONS



Étant donnée la prévalence du diabète de type 2 chez les peuples des Premières Nations et de ses impacts sur les personnes, les familles et les communautés des Premières Nations, des interventions de prévention efficaces contre le diabète sont nécessaires afin de briser le cycle intergénérationnel de la maladie et de favoriser de meilleurs résultats en matière de santé. Alors que plusieurs communautés des Premières Nations ont mis en œuvre des interventions de promotion de la santé pour lutter contre le diabète, leurs impacts ont été limités par d'importants obstacles sous-jacents. Le besoin de réexaminer l'ensemble des politiques qui affectent les multiples facteurs qui augmentent la vulnérabilité des peuples et des communautés des Premières Nations face à la mauvaise santé et qui influencent leur capacité à choisir des options de vie plus saines est bien réel. Il comprend de s'attaquer aux problèmes sociaux et physiques sous-jacents au fait de manger sainement et de pratiquer des activités physiques dans les communautés des Premières Nations, y compris la marginalisation socioéconomique, l'offre limitée d'activités physiques, les contraintes géographiques à

l'obtention d'aliments sains et abordables, la santé mentale et la toxicomanie, le manque de capacité pour organiser et faire fonctionner des programmes de prévention et des activités en lien avec le diabète au sein des communautés de même que le financement inéquitable et non durable des programmes de prévention. Des efforts sont aussi nécessaires afin de changer la perception des membres des Premières Nations que le diabète est une maladie inévitable (Bisset, Cargo, Delormier, Macaulay & Potvin, 2004; Oster et al., 2014c) et de les responsabiliser afin qu'ils fassent des choix de modes de vie sains et qu'ils prennent le contrôle sur les déterminants qui influencent sa santé (Brooks, Darroch, & Giles, 2013; Bruce, 2016; Macaulay et al., 2003; Skinner et al., 2006). Des politiques publiques multisectorielles sont nécessaires pour faire face aux interactions complexes entre les facteurs qui contribuent aux inégalités frappantes en matière de santé qui existent entre les peuples des Premières Nations et la population canadienne en général (Brooks et al., 2013). En l'absence de changements de politiques à grande échelle pour s'attaquer à ces facteurs, les interventions de prévention du

diabète continueront à avoir un impact limité (Brooks et al., 2013; Kakekagumick et al., 2013; Mead, Gittelsohn, Roache, Corriveau, & Sharma, 2012). Pour les membres des Premières Nations qui sont dépassés par de multiples facteurs de stress, le diabète peut n'être qu'un ennui de santé parmi tant d'autres qui ne représente pas forcément la plus grande priorité. De telle sorte qu'une approche intégrée est aussi nécessaire afin de résoudre de manière collective l'ensemble des problèmes de santé et les risques présents au sein d'une communauté plutôt que de se focaliser sur le diabète pris isolément (Maar et al., 2010; Toth, 2012). Également, étant donné que les différents facteurs augmentant le risque de diabète de type 2 chez les Premières Nations varient selon l'âge et interviennent à de multiples niveaux, les interventions de prévention du diabète doivent aussi cibler les personnes à tous les stades de la vie de même que les communautés dans leur ensemble.

L'efficacité des interventions de prévention du diabète dans les communautés des Premières Nations dépend aussi de la mesure selon laquelle elles sont adaptées à la population ciblée. Par exemple, les

interventions qui se concentrent uniquement sur l'obésité comme cause sous-jacente du diabète et sur des modifications au mode de vie comme solution de lutte contre la maladie pourraient ne pas être efficaces dans les communautés des Premières Nations. Les interventions doivent être adaptées à la culture et taillées sur mesure afin de répondre aux besoins spécifiques des communautés. Ceci comprend d'intégrer le point de vue des Premières Nations en matière de santé, de guérison et des causes fondamentales du diabète (Barton, 2008a; Giles et al., 2007), en plus de tirer parti des forces et de la résilience de ces peuples, y compris les forces des familles, des communautés et des cultures qui les soutiennent dans l'adoption de comportements sains (Barton, 2008a). Ces forces sont importantes pour réduire les facteurs de stress qui peuvent augmenter la prédisposition à la maladie, amortir les impacts de la maladie sur les personnes et fournir des milieux propices au maintien de comportements sains (Berkman & Glass, 2000; Gaudreau & Michaud, 2012). En intégrant le savoir, les valeurs et le point de vue des Premières Nations dans les interventions de prévention du diabète, dont l'intégration de réseaux de soutien étendus de familles et de communautés, la valorisation de l'alimentation ancestrale et la participation à des activités culturelles sans oublier l'adoption d'approches de guérison holistiques, ces interventions peuvent être présentées de façon plus pertinente, plus compréhensible et plus acceptable pour ces peuples (Barton, 2008b; Gaudreau &

Michaud, 2012; Ministry of Health & Long Term Care, n.d., Johnston Research Inc., 2015; Ofori & Unachukwu, 2015; Pilon, 2015). Les interventions doivent aussi être adaptées afin d'intégrer les différents outils et les différentes ressources disponibles afin de prévenir et gérer le diabète dans des communautés des Premières Nations spécifiques.

Afin de s'assurer que les interventions de lutte contre le diabète soient adaptées à la culture, les personnes et les communautés issues des Premières Nations doivent être impliquées dans tous les aspects de la recherche, de la planification et de la prestation des interventions, car elles ont des connaissances précieuses sur les conditions, les ressources et les atouts locaux qui devraient être employés dans l'élaboration et la mise en œuvre des interventions (Maple-Brown et al., 2012; Tobe, Maar, Roy, & Warburton, 2015). Les méthodologies de décolonisation peuvent aider à restaurer l'autodétermination des personnes et des communautés des Premières Nations afin de renverser l'expérience collective négative du traumatisme en résilience (Howard, 2014). Comme la capacité locale d'organiser et de mettre en œuvre des interventions efficaces peut être limitée dans certaines communautés, les interventions doivent aussi s'appuyer sur les forces et les atouts locaux, ce qui exige d'entretenir de bonnes relations entre tous les membres de la communauté, les chercheurs et les autres parties prenantes⁸, dont les gouvernements et les organismes fédéraux et provinciaux (Barton, 2008b;

Macaulay et al., 2003; Macridis et al., 2016). Surmonter le manque de confiance et d'assurance qui prévaut chez plusieurs Premières Nations à l'égard des représentants du gouvernement colonial (Leung, 2016) sera primordial à la mise en place de partenariats de coopération efficaces.

L'efficacité des interventions de prévention du diabète dépend aussi de la qualité des renseignements sur la santé et des programmes d'éducation. Ceci est lié non seulement au contenu des messages qui sont transmis, mais aussi à l'aisance et l'accessibilité des renseignements, aux façons dont les renseignements sont transmis et à la pertinence de ces renseignements pour la population ciblée. Les renseignements sur la santé et les programmes d'éducation nécessitent des renseignements sur les facteurs de risque du diabète, comme l'obésité, le tabagisme, l'inactivité, le stress et l'alimentation malsaine afin de lutter contre toutes idées fausses néfastes à propos de la maladie (Maar et al., 2011; McGregor et al., 2011). Ils nécessitent aussi des renseignements sur la prévention et les stratégies de gestion du diabète de même que du soutien et des ressources disponibles localement afin de soutenir les comportements sains. Ces renseignements sur la santé doivent refléter le contexte culturel local et être adaptés afin de répondre aux besoins des personnes et des communautés en tenant compte des différences linguistiques et culturelles, des différents niveaux de connaissances en matière de santé et des différences dans les modes d'apprentissage privilégiés

⁸ Les parties prenantes représentent toutes les personnes ou les organismes qui pourraient être intéressées par les interventions de promotion de la santé ou qui y ont un intérêt. Elles pourraient comprendre, entre autres, des organismes de santé locaux et sociaux, des clubs de loisirs, des gestionnaires de programme et les membres de leur personnel, des clients, des membres de la communauté, des organismes de financement, des groupes de défense et des élus.



Afin de s'assurer que les interventions de lutte contre le diabète soient adaptées à la culture, les personnes et les communautés issues des Premières Nations doivent être impliquées dans tous les aspects de la recherche, de la planification et de la prestation des interventions, car elles ont des connaissances précieuses sur les conditions, les ressources et les atouts locaux qui devraient être employés dans l'élaboration et la mise en œuvre des interventions

(Maple-Brown et al., 2012; Tobe, Maar, Roy, & Warburton, 2015).

(Chetty, 2013; Cloutier et al., 2014; Gaudreau & Michaud, 2012; Kreuter & McClure, 2004; Sampson, 2007). Par exemple, l'emploi de la tradition orale et des récits peut être un outil fort utile dans la communication des renseignements de prévention en matière de santé chez les communautés des Premières Nations (Barton, 2008a; Kakekagumick et al., 2013). De même, les renseignements en matière de santé doivent aussi être exacts, provenir d'une source de confiance en plus d'être clairs et simples afin de faciliter l'acquisition des connaissances et augmenter la compréhension et l'acceptation de ce savoir (Cloutier et al., 2014; Freeman, 2017; McGregor et al., 2011). Un large éventail de méthodes ont été utilisées afin de faciliter l'acquisition de connaissances en matière de santé et de changements dans les comportements liés à la santé chez les Premières Nations et

d'autres milieux autochtones, dont des éducateurs et des professionnels de la santé locaux (Eskicioglu et al., 2014; Foulds, Bredin, & Warburton, 2011; Gibson et al., 2015; McGregor et al., 2011; Naqshbandi Hayward et al., 2016; Viswanathan et al., 2010), des visites à domicile (Harvey-Berino & Rourke, 2003; Levin Martin, Williams, Huerth, & Robinson, 2015) et des éducateurs de pairs (Eskicioglu et al., 2014; Harvey-Berino & Rourke, 2003).

Finalement, les interventions de prévention du diabète doivent être durables pour être efficaces. Un financement et des ressources adéquats et stables sur une longue période sont nécessaires si on veut employer du personnel dédié à temps plein pour mettre en œuvre les programmes (Ho, Gittelsohn, & Rimal, 2008b); le personnel local peut être formé en nutrition

et sur le diabète pour renforcer le soutien; la coordination entre les travailleurs de la santé et le personnel du programme peut être améliorée (Rosencrans et al., 2008); suffisamment de soutien institutionnel peut être recueilli afin de procéder aux changements nécessaires dans le milieu afin de s'assurer que toutes les parties prenantes importantes de la communauté soutiennent la réussite des interventions par leurs actions (Ho et al., 2008b). De plus, le financement et les ressources doivent être suffisants pour que la direction soutienne le personnel dans ses rôles et minimise la rotation du personnel, ce qui a été relevé comme étant un problème important dans le cadre de plusieurs interventions de prévention du diabète chez les Autochtones⁹.

⁹ Par exemple, dans le cadre du programme Alimentation saine dans le Nord, la rotation du personnel a affecté la capacité des magasins locaux à s'approvisionner en aliments sains (Mead et al., 2012). De la même façon, le projet BRAID-Kids, une initiative de prévention du diabète basée dans les écoles et organisée par un partenariat université-communauté entre l'Université de l'Alberta et la Première Nation de Driftpile en Alberta, a souffert des lacunes en ressources humaines en santé communautaire pour soutenir le travail de l'équipe d'intervention locale, ce qui a limité l'efficacité du programme (Toth, 2012).



5.0 PROMOTION DE LA SANTÉ ET INTERVENTIONS DE PRÉVENTION DU DIABÈTE DANS LES COMMUNAUTÉS DES PREMIÈRES NATIONS



Bien qu'un certain nombre d'interventions de promotion de la santé et de prévention du diabète aient été implantées dans des communautés issues des Premières Nations, il existe bien peu de travaux de recherche sur leur efficacité. Ceci peut être dû à la difficulté de mesurer les retombées de ces interventions en termes de prévention et de contrôle du diabète en raison de différents facteurs, dont le manque d'infrastructure, d'expertise ou de ressources locales; des systèmes de surveillance inadéquats; la difficulté de déterminer si une retombée mesurée est bien le résultat de l'intervention; et le fait que les impacts de ces interventions ne sont peut-être pas visibles à court terme (Leung, 2016; Rice et al., 2016). Néanmoins, certaines de ces initiatives ont démontré les résultats encourageants et positifs dans ces communautés.

Un exemple de retombées positives est l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones du gouvernement fédéral, lancée en 1999 dans le cadre de la Stratégie canadienne du diabète. Cette initiative adopte

une approche communautaire, collaborative, multidimensionnelle et multisectorielle afin d'améliorer l'état de santé des personnes, des familles et des communautés issues des Premières Nations et des Inuits. Elle finance des projets locaux de promotion de la santé et de prévention du diabète, dont des projets qui : sensibilisent sur la nature du diabète, ses facteurs de risques et ses complications, qui soutiennent des activités propres à un mode de vie sain, accroissent la détection précoce et le dépistage de la maladie et des complications qui lui sont associées et augmentent la capacité de prévenir et de gérer le diabète (Indigenous and Northern Affairs Canada, 2016). Ce financement a soutenu un large éventail d'activités communautaires de prévention de la maladie et de promotion de la santé, adaptées à la culture et situées dans des centaines de communautés inuites ou issues des Premières Nations, a augmenté le dépistage et le traitement du diabète en lançant des initiatives de dépistage mobiles dans quatre provinces (Alberta, Colombie-Britannique, Manitoba et Québec),

a contribué à augmenter la capacité locale en formant des centaines de travailleurs communautaires en prévention du diabète, a soutenu activement la recherche sur le diabète et a augmenté la surveillance de la maladie (Leung, 2016). Mises en œuvre initialement comme une stratégie sur cinq ans, les résultats majoritairement positifs de l'initiative ont mené à des phases additionnelles et à un financement prolongé.

Plusieurs interventions de promotion de la santé et de prévention du diabète ont eu des impacts considérables sur des communautés spécifiques issues des Premières Nations. Elles comprennent le Projet de prévention du diabète dans les écoles de Kahnawake (PPDEK), le Programme de mentorat destiné aux jeunes Autochtones de la Première nation de Garden Hill, le programme Biim-Maa-Sii-Win (Style de vie) de Anishnawabe Health Toronto, le programme Hearts in Training en Colombie-Britannique, le projet portant sur la santé et le diabète de la Première Nation de Sandy Lake et le programme Zhiiwapenewin Akino'maagewin:

Teaching to Prevent Diabetes implanté dans le nord de l'Ontario. Bien que ces interventions ne soient pas directement liées à des retombées positives en matière de diabète, elles ont débouché sur certaines améliorations concernant les facteurs de risque du diabète en enrichissant les connaissances et les comportements en matière de santé, certaines contribuant aussi à des améliorations, du moins à court terme, dans la réduction de l'obésité (Macaulay et al., 2003; Rice et al., 2016; Saksvig et al., 2005). De plus, à partir des résultats d'évaluation du Projet de prévention du diabète dans les écoles de Kahnawake, Macaulay et al. (2003) ont noté que la réussite peut aussi être mesurée en termes de la durabilité du programme, des indicateurs individuels d'autodétermination,

du développement d'aptitudes, de l'auto-efficacité, de la participation et de l'étendue du programme de même que du développement des compétences et de l'autonomisation collective de la communauté face aux autres enjeux de santé. Les éléments qui ont été considérés comme vitaux à la réussite de ces interventions dans les communautés issues des Premières Nations comprenaient :

- un soutien communautaire fort et l'impression d'une propriété collective (Cargo et al., 2003; Daniel et al., 1999b; Eskicioglu et al., 2014; Foulds et al., 2011; Ho, Gittelsohn, Harris, & Ford, 2006; Macaulay et al., 2003; Potvin, Cargo, McComber, Delormier, & Macaulay, 2003; Naqshbandi Hayward et al., 2016);
- une philosophie de responsabiliser les personnes et rendre le contrôle aux communautés au sujet de leur santé et de ses déterminants (Macaulay et al., 2003);
- des partenariats solides et un processus de décision partagé entre les Premières Nations et les parties prenantes n'en faisant pas partie (Cargo et al., 2003; Ho et al., 2006; Kakegagumick et al., 2013; Macaulay et al., 2003; Potvin et al., 2003);
- une adéquation avec les besoins et les priorités de la communauté (Kakegagumick et al., 2013);
- des services sécuritaires et adaptés à la culture (Gibson et al., 2015);





- résoudre les problèmes qui font obstacle aux soins comme l'aide au transport et à l'hébergement (Gibson et al., 2015);
- puiser dans les ressources humaines locales la direction des initiatives et l'animation des interventions afin d'établir la confiance et de faire en sorte que les valeurs traditionnelles locales soient intégrées (Eskicioglu et al., 2014; Foulds et al., 2011; Gibson et al., 2015; Naqsbandi Hayward et al., 2016; Rice et al., 2016);
- employer une approche complexe, à couches et stratégies multiples, au sein de différents milieux et avec de nombreux organismes et partenaires (écoles, commerces et communauté) afin d'atteindre la communauté dans son ensemble (Ho et al., 2006; Macaulay et al., 2003; Rosencrans et al., 2008);

- soutenir l'intervention à long terme (Kakekagumick et al., 2013), ce qui requiert un financement suffisant (Gibson et al., 2015) et un personnel adéquat et stable (Gibson et al., 2015; Ho et al., 2008b; Shubair, & Tobin, 2010).

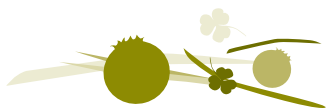
D'autres interventions ont employé une approche systémique dans le but d'améliorer la santé des peuples autochtones. Healthy Weights Connection, une intervention collaborative et multisectorielle implantée à London, Canada, en 2010, en est un exemple. Le mandat de l'intervention était au départ limité à la prévention des maladies chroniques comme le diabète par la réduction des risques d'obésité chez les enfants métis ou issus des Premières Nations et leurs familles qui vivent en milieu urbain. Cependant, en 2011, ses objectifs ont été élargis afin d'améliorer la capacité des systèmes de santé

publics locaux de desservir ces enfants et leurs familles par la coordination des organismes locaux qui offrent des programmes de promotion d'un poids santé, mais aussi des organismes qui offrent des programmes et des services de lutte contre d'autres déterminants de l'obésité comme la sécurité alimentaire et l'alphabétisme nutritionnel. Bien que ces retombées n'ont pas encore été évaluées, on prévoit que l'intervention fournira une meilleure connaissance des besoins des familles autochtones locales et une sensibilisation à leur culture chez les praticiens de la santé en plus d'améliorer les attitudes face à la collaboration et au travail en collégialité (Wilk & Cooke, 2015).



6.0 CONCLUSION

Prévenir l'apparition du diabète est une étape cruciale dans le but de briser le cycle intergénérationnel de la maladie au sein des communautés des Premières Nations. Des interventions de promotion de la santé et de prévention du diabète efficaces et durables, qui prennent en charge un large éventail de facteurs contribuant au développement du diabète de type 2 au sein des communautés des Premières Nations et entravant la capacité des personnes à prendre le contrôle de leur santé, doivent être mises en place. Elles requièrent des approches communautaires multisectorielles et multidimensionnelles ciblant la promotion de la santé et la prévention du diabète au niveau individuel et collectif. De telles approches peuvent mieux mettre à profit les forces de la communauté, développent la capacité communautaire et l'autonomisation collective, harmonisent les priorités et les besoins communautaires, augmentent l'acceptabilité et le soutien de l'intervention par la communauté, assurent que les interventions sont enracinées dans les contextes sociaux, culturels et sanitaires spécifiques de la communauté et font en sorte que la plus grande fraction possible de la population de la communauté soit touchée. Les interventions doivent aussi être soutenues avec un financement suffisant à long terme. Avant tout, des politiques multisectorielles sont nécessaires pour résoudre les facteurs structureaux qui contribuent aux inégalités en matière de santé chez les personnes et les communautés issues des Premières Nations. Ce qui comprend de surmonter les obstacles socioéconomiques, politiques, géographiques, culturels et de l'environnement bâti à la santé et au bien-être des communautés issues des Premières Nations en plus de permettre à la communauté d'accroître sa capacité d'atteindre un mode de vie plus sain par l'autodétermination. Sans ces changements de politique à large échelle, l'impact des interventions de prévention du diabète continuera d'être limité dans ces communautés.





7.0 RESOURCES

Ressources, boîtes à outils et stratégies pour la prévention et la gestion du diabète chez les personnes et les communautés issues des Premières Nations

Diabetes Canada. (Diabetes Canada, 2018). Le diabète dans la communauté autochtone, ressources vidéos et imprimées en inuktitut, ojibwé, inuinnaqtun, cri des plaines, anglais et français, diabetes.ca/diabetes-and-you/healthy-living-resources/multicultural-resources/diabetes-in-the-aboriginal-community (AN)

Healthy Weights Connection. (Healthy Weights Connections, 2013). Ressources et fiches d'information pour les organismes travaillant à améliorer la santé des enfants et des familles métis ou issus des Premières Nations, healthyweightsconnection.ca/resources (AN)

Association des femmes autochtones du Canada. (Native Women's Association of Canada, 2012). Boîte à outils d'auto-contrôle du diabète pour les femmes autochtones. nwac.ca/wp-content/uploads/2015/05/2012-NWAC-Diabetes-Toolkit.pdf (AN)

Association nationale autochtone diabète. (National Aboriginal Diabetes Association, 2016) Répertoire des ressources sur le diabète de l'Association nationale autochtone diabète, 2016, nada.ca/wp-content/uploads/2016/pdfs/NADA%20Resources/Diabetes-Resource-Directory-2016.pdf (AN)

BIBLIOGRAPHIE

(anglais seulement)



- Aboriginal Sexual Health.ca (2010). *Non-Insured health benefits for Aboriginals* fact sheet. <http://www.aboriginalsexualhealth.ca/documents/NonInsuredHealthBenefits.pdf>
- Barton, S. (2008a). Using narrative inquiry to elicit diabetes self-care experience in an Aboriginal population. *Canadian Journal of Nursing Research*, 40, 16-36.
- Barton, S. (2008b). Discovering the literature on Aboriginal diabetes in Canada: A focus on holistic methodologies. *Canadian Journal of Nursing Research*, 40, 26-54.
- Battista, M.-C., Hivert, M.-F., Duval, K., & Baillargeon, J.-P. (2011). Intergenerational cycle of obesity and diabetes: How can we reduce the burdens of these conditions on the health of future generations? *Experimental Diabetes Research*, 596060. DOI: 10.1155/2011/596060.
- Beaumier, M.C., & Ford, J.D. (2010). Food insecurity among Inuit women exacerbated by socioeconomic stresses and climate change. *Canadian Journal of Public Health*, 101(3), 196-201.
- Berkman, L.F., & Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support, and health. In L.F. Berkman & I. Kawachi (eds.), *Social epidemiology* (pp. 137-173). New York, NY: Oxford University Press.
- Bisset, S., Cargo, M., Delormier, T., Macaulay, A.C., & Potvin, L. (2004). Legitimizing diabetes as a community health issue: A case analysis of an Aboriginal community in Canada. *Health Promotion International*, 19(3), 317-326.
- Bogardus, C., & Tataranni, A. (2002). Reduced early insulin secretion in the etiology of type 2 diabetes mellitus in Pima Indians. *Diabetes*, 51(Suppl 1), S262-264.
- Booth, G.L., Hux, J.E., Fang, J., & Chan, B.T.B. (2005). Time trends and geographic disparities in acute complications of diabetes in Ontario, Canada. *Diabetes Care*, 28(5), 1045-50.
- Brooks, L.A., Darroch, F.E., & Giles, A.R. (2013). Policy (mis)alignment: Addressing type 2 diabetes in Aboriginal communities in Canada. *International Indigenous Policy Journal*, 4(2), Article 3.
- Bruce, K. (2016). *Access to the Aboriginal Diabetes Initiative in three First Nations communities in Yukon Territory, Canada*. Unpublished MA thesis, University of Manitoba, Winnipeg, Manitoba.
- Campbell, D.J.T., Ronksley, P.E., Hemmelgarn, B.R., Zhang, J., Barnabe, C., Tonelli, M., & Manns, B. (2012). Association of enrolment in primary care networks with diabetes care and outcomes among First Nations and low-income Albertans. *Open Medicine*, 6(4), e155-e165.
- Canadian Diabetes Association. (2016). *Diabetes in Canada*. Retrieved August 9, 2018 from <https://www.diabetes.ca/getmedia/513a0f6c-b1c9-4e56-a77c-6a492bf7350f/diabetes-charter-backgroundunder-national-english.pdf.aspx>
- Cargo, M., Lévesque, L., Macaulay, A.C., McComber, A., Desroisiers, S., Delormier, T., Potvin, L. et al. (2003). Community governance of the Kahnawake Schools Diabetes Prevention Project, Kahnawake Territory, Mohawk Nation, Canada. *Health Promotion International*, 18(3), 177-187.
- Chateau-Degat, M.-L., Pereg, D., Egeland, G.M., Nieboer, E., Bonnier-Viger, Y., Laouan-Sidi, E.A., Dannenbaum, D. et al. (2009). Diabetes and related metabolic conditions in an Aboriginal Cree community of Quebec, Canada. *Canadian Journal of Diabetes*, 33(3), 156-162.
- Chetty, A.A. (2013). *Understanding the cultural health beliefs in diabetes education amongst the Aboriginal population within a city in Southern Ontario*. Unpublished Masters of Education thesis, Brock University, St. Catharines, Ontario.
- Chowdhury Turin, T., Saad, N., Jun, M., Tonelli, M., Ma, Z., Barnabe, C.C.M., Manns, B. et al. (2016). Lifetime risk of diabetes among First Nations and non-First Nations people. *Canadian Medical Association Journal*, 188(16), 1147-1153.
- Cloutier, M., Vaillancourt, R., Phynn, D., Wade, J., Preston, C., Turpin, P.-M., & Hansra, A. (2014). Design and development of culture-specific pictograms for type 2 diabetes mellitus education and counselling. *Canadian Journal of Diabetes*, 38, 379-392.
- Crowshoe, L., Henderson, R.I., Green, M.E., Jacklin, K.M., Walker, L.M., & Calam, B. (2017). Exploring Canadian physicians' experiences with type 2 diabetes care for adult Indigenous patients. *Canadian Journal of Diabetes*, 42(3), 281-288.
- Crowshoe, L., Dannenbaum, D., Green, M., Henderson, R., Naqshbandi Hayward, M., & Toth, E. (2018). Type 2 diabetes and Indigenous peoples. *Canadian Journal of Diabetes*, 42, S296-S306.
- Daniel, M., & Cargo, M.D. (2003). Association between smoking, insulin resistance and β -cell function in a northwestern First Nation. *Diabetic Medicine*, 21(2), 188-193.
- Daniel, M., Green, L.W., Marion, S.A., Gamble, D., Herbert, C.P., Hertzman, C., & Sheps, S.B. (1999b). Effectiveness of community-directed diabetes prevention and control in a rural Aboriginal population in British Columbia, Canada. *Social Science & Medicine*, 48(6), 815-832.

- Daniel, M., Marion, S.A., Sheps, S.B., Hertzman, C., & Gamble, D. (1999a). Variation by body mass index and age in waist-to-hip ratio associations with glycemic status in an Aboriginal population at risk for type 2 diabetes in British Columbia, Canada. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 69(3), 455-460.
- Dannenbaum, D., Kuzmina, E., Lejeune, P., Torrie, J., & Gangbe, M. (2008). Prevalence of diabetes and diabetes-related complications in First Nations communities in northern Quebec (Eyou Istchee), Canada. *Canadian Journal of Diabetes*, 32(1), 46-52.
- de Leeuw, S., Lindsay, N.M., & Greenwood, M. (2015). Introduction - Rethinking determinants of Indigenous peoples' health in Canada. In M. Greenwood, S. de Leeuw, N.M. Lindsay, & C. Reading (eds.), *Determinants of Indigenous peoples' health in Canada: Beyond the social* (pp. xi-xxix). Toronto, ON: Canadian Scholars' Press.
- Deved, V., Jette, N., Quan, H., Tonelli, M., Manns, B., Soo, A., Barnabe, C. et al. (2013). Quality of care for First Nations and non-First Nations people with diabetes. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 8, 1-7.
- Drewnowski, A., & Darmon, N. (2005). Food choices and diet costs: An economic analysis. *The Journal of Nutrition*, 135(4), 900-904.
- Dyck, R.F., Jiang, Y., & Osgood, N.D. (2014). The long-term risks of end stage renal disease and mortality among First Nations and non-First Nations people with youth-onset diabetes. *Canadian Journal of Diabetes*, 38(4), 237-243.
- Dyck, R., Klomp, H., Tan, L.K., Turnell, R.W., & Boctor, M.A. (2002). A comparison of rates, risk factors and outcomes of gestational diabetes between Aboriginal and non-Aboriginal women in the Saskatoon health district. *Diabetes Care*, 25(3), 487-493.
- Dyck, R.F., Naqshbandi Hayward, M., Harris, S.B., on behalf of the CIRCLE study group. (2012). Prevalence, determinants and co-morbidities of chronic kidney disease among First Nations adults with diabetes: Results from the CIRCLE study. *BMC Nephrology*, 13, 57.
- Dyck, R.F., Osgood, N.D., Lin, T.H., Gao, A., & Stang, M.R. (2010b). End stage renal disease among people with diabetes: A comparison of First Nations people and other Saskatchewan residents from 1981 to 2005. *Canadian Journal of Diabetes*, 34(4), 324-333.
- Dyck, R., Osgood, N., Lin, T.H., Gao, A., & Stang, M.R. (2010a). Epidemiology of diabetes mellitus among First Nations and non-First Nations adults. *Canadian Medical Association Journal*, 182(3), 249-256.
- Eskicioglu, P., Halas, J., Sénéchal, M., Wood, L., McKay, E., Villeneuve, S., Shen, G.X. et al. (2014). Peer mentoring for type 2 diabetes prevention in First Nations children. *Pediatrics*, 133(6), e1624-e1631.
- Eurich, D.T., Majumdar, S.R., Wozniak, L.A., Soprovich, A., Meneen, K., Johnson, J.A., & Samanani, S. (2017). Addressing the gaps in diabetes care in First Nations communities with the reorganizing the approach to diabetes through the application of registries (RADAR): The project protocol. *BMC Health Services*, 17, 117. DOI: 10.1186/s12913-017-2049-y
- First Nations Information Governance Centre [FNIGC]. (2012). *First Nations Regional Health Survey (RHS) 2008/10: National report on adults, youth and children living in First Nations communities*. Ottawa, ON: Author.
- First Nations Information Governance Centre [FNIGC]. (2018). *National report of the First Nations Regional Health Survey Phase 3: Volume 1*. Ottawa, ON: Author.
- Foulds, H.J.A., Bredin, S.S.D., & Warburton, D.E.R. (2011). The effectiveness of community-based physical activity interventions with Aboriginal peoples. *Preventative Medicine*, 53, 411-416.
- Freeman, L.J. (2017). *Culturally responsive diabetes interventions within the context of American Indian and Alaska Native Health*. Portland, OR: Portland State University, University Honors, Theses, Paper 393.
- Gaudreau, S., & Michaud, C. (2012). Cultural factors related to the maintenance of health behaviours in Algonquin women with a history of gestational diabetes. *Chronic Disease and Injuries in Canada*, 32(3), 140-148.
- Gautier, J.-F., Wilson, C., Weyer, C., Mott, D., Knowler, W.C., Cavaghan, M., Polonsky, K.S. et al. (2001). Low acute insulin secretory responses in adult offspring of people with early onset type 2 diabetes. *Diabetes*, 50(8), 1828-1833.
- Gibson, O., Lisy, K., Davy, C., Aromataris, E., Kite, E., Lockwood, C., Riitano, D. et al. (2015). Enablers and barriers to the implementation of primary health care interventions for Indigenous people with chronic diseases: A systematic review. *Implementation Science*, 10, 71.
- Giles, B.G., Findlay, S., Haas, G., LaFrance, B., Laughing, W., & Pembleton, S. (2007). Integrating conventional science and aboriginal perspectives on diabetes using fuzzy cognitive maps. *Social Science & Medicine*, 64(3), 562-576.
- Ghosh, H. (2012). Urban reality of type 2 diabetes among First Nations of Eastern Ontario: Western Science and Indigenous perceptions. *Journal of Global Citizenship & Equity Education*, 2(2), 158-81.
- Ghosh, H., & Gomes, J. (2011). Type 2 diabetes among Aboriginal peoples in Canada: A focus on direct and associated risk factors. *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, 9(2), 245-275.
- Ghosh, H., & Spitzer, D. (2014). Inequities in diabetes outcomes among urban First Nation and Métis communities: Can addressing diversities in preventive services make a difference? *The International Indigenous Policy Journal*, 5(1), Article 2.

- Gionet, L., & Roshanafshar, S. (2013). Select health indicators of First Nations people living off reserve, Métis and Inuit. *Health at a Glance*. Ottawa, ON: Statistics Canada – Catalogue no. 82-624-X.
- Goodman, A., Fleming, K., Markwick, N., Morrison, T., Lagimodiere, L., Kerr, T., & Western Aboriginal Harm Reduction Society. (2017). “They treated me like crap and I know it was because I was Native”: The healthcare experiences of Aboriginal peoples living in Vancouver’s inner city. *Social Science & Medicine*, 178, 87-94.
- Greenwood, M., de Leeuw, S., & Lindsay, N. (2018). Challenges in health equity for Indigenous peoples in Canada. *The Lancet*, 391(10131), 1645-48.
- Guariguata, L., Whiting, D.R., Hambleton, I., Beagley, J., Linnenkamp, U., & Shaw, J.E. (2014). Global estimates of diabetes prevalence for 2013 and projections for 2035. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 103, 137-139. DOI: 10.1016/j.diabres.2013.11.002
- Haman, F., Fontaine-Bisson, B., Batal, M., Imbeault, P., Blais, J.M., & Robidoux, M.A. (2010). Obesity and type 2 diabetes in northern Canada’s remote First Nations communities: The dietary dilemma. *International Journal of Obesity*, 34, S24-S31.
- Harris, S.B., Bhattacharyya, O., Dyck, R., Naqshbandi Hayward, M., & Toth, E.L. (2013). Type 2 diabetes in Aboriginal peoples. *Canadian Journal of Diabetes*, 37, S191-S196.
- Harris, S.B., Naqshbandi, M., Bhattacharyya, O., Hanley, A.J.G., Esler, J.G., Zinman, B., on behalf of the CIRCLE Study Group. (2011). Major gaps in diabetes clinical care among Canada’s First Nations: Results of the CIRCLE Study. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 92(2), 272-279.
- Harris, S.B., Tompkins, J.W., & Te Hiwi, B. (2017). Call to action: A new path for improving diabetes care for Indigenous peoples, a global review. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 123, 120-133. DOI: 10.1016/j.diabres.2016.11.022
- Harvey-Berino, J., & Rourke, J. (2003). Obesity prevention in preschool Native-American children: A pilot study using home visiting. *Obesity Research*, 11(5), 606-11.
- Ho, L.S., Gittelsohn, J., Harris, S.B., & Ford, E. (2006). Development of an integrated diabetes prevention program with First Nations in Canada. *Health Promotion International*, 21(2), 88-97.
- Ho, L.S., Gittelsohn, J., & Rimal, R. (2008b). An integrated multi-institutional diabetes prevention program improves knowledge and healthy food acquisition in northwestern Ontario First Nations. *Health Education & Behavior*, 35(4), 561-73.
- Ho, L., Gittelsohn, J., Sharma, S., Cao, X., Treuth, M., Rimal, R., Ford, E. et al. (2008a). Food-related behavior, physical activity, and dietary intake in First Nations – A population at high risk for diabetes. *Ethnicity & Health*, 13(4), 335-349.
- Howard, H.A. (2014). Canadian residential schools and urban Indigenous knowledge production about diabetes. *Medical Anthropology*, 33(6), 529-545.
- Howell, T., Auger, M., Gomes, T., Brown, F.L., & Young Leon, A. (2016). Sharing our wisdom: A holistic Aboriginal health initiative. *International Journal of Indigenous Health*, 11(1), 111-132.
- Imbeault, P., Haman, F., Blais, J.M., Pal, S., Seabert, T., Krümmel, E.M., & Robidoux, M.A. (2011). Obesity and type 2 diabetes prevalence in adults from two remote First Nations communities in northwestern Ontario, Canada. *Journal of Obesity*, Article ID 267509.
- Indigenous and Northern Affairs Canada. (2016). Chronic disease prevention and management – Aboriginal Diabetes Initiative (ADI) – Terms and Conditions, Objectives and Activities. *Health Canada – First Nations and Inuit Health Programs – 2017-2018*. Ottawa, ON: Author. Retrieved August 21, 2018 <https://www.aadnc-aandc.gc.ca/eng/1479910817225/1479910878106>
- Iwasaki, Y., Bartlett, J., & O’Neil, J. (2005). Coping with stress among Aboriginal women and men with diabetes in Winnipeg, Canada. *Social Science & Medicine*, 60(5), 977-88.
- Iwasaki, Y., Bartlett, J., & O’Neil, J. (2011). An examination of stress among Aboriginal women and men with diabetes in Manitoba, Canada. *Ethnicity & Health*, 9(2), 189-212.
- Jetter, K.M., & Cassady, D.L. (2006). The availability and cost of healthier food alternatives. *American Journal of Preventive Medicine*, 30(1), 38-44.
- Jiang, Y., Osgood, N., Lim, H.-J., Stang, M.R., & Dyck, R. (2014). Differential mortality and the excess burden of end-stage renal disease among First Nations people with diabetes mellitus: A competing-risks analysis. *Canadian Medical Association Journal*, 186(20), 103-9.
- Jin, A., Martin, J.D., & Sarin, C. (2002a). Diabetes mellitus in the First Nations population in British Columbia, Canada. Part 1. Mortality. *International Journal of Circumpolar Health*, 61(3), 251-3.
- Jin, A., Martin, J.D., & Sarin, C. (2002b). Diabetes mellitus in the First Nations population of British Columbia, Canada. Part 2. Hospital morbidity. *International Journal of Circumpolar Health*, 61(3), 254-9.
- Johnson, S., Martin, D., & Sarin, C. (2002). Diabetes mellitus in the First Nations population of British Columbia, Canada. Part 3. Prevalence of diagnosed cases. *International Journal of Circumpolar Health*, 61(3), 260-4.
- Johnson-Down, L., Labonte, M.E., Martin, I.D., Tsuji, L.J.S., Nieboer, E., Dewailly, E., Egeland, G. et al. (2015). Quality of diet is associated with insulin resistance in the Cree (Eeyouch) Indigenous population of northern Québec. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 25(1), 85-92.
- Johnston Research Inc. (2015). *Aboriginal diabetes in south west Ontario: Winning the fight against diabetes*. Toronto, ON: South West Local Health Integration Network.

- Kakekagumick, K.E., Naqshbandi Hayward, M., Harris, S.B., Saksvig, B., Gittelsohn, J., Manokeesick, G., Goodman, S. et al. (2013). Sandy Lake health and diabetes project: A community-based intervention targeting type 2 diabetes and its risk factors in a First Nations community. *Frontiers in Endocrinology*, 4, 170.
- Kahnawahere Horn, O., Jacobs-Whyte, H., Ing, A., Bruegl, A., Paradis, G., & Macaulay, A.C. (2007). Incidence and prevalence of type 2 diabetes in the First Nation community of Kahnawá:ke, Quebec, Canada, 1986-2003. *Canadian Journal of Public Health*, 98(6), 438-43.
- Kaler, S.N., Ralph-Campbell, K., Pohar, S., King, M., Laboucan, R., & Toth, E. (2006). High rates of metabolic syndrome in a First Nations community in western Canada: Prevalence and determinants in adults and children. *International Journal of Circumpolar Health*, 65(5), 389-402.
- Kreuter, M.W., & McClure, S.M. (2004). The role of culture in health communication. *Annual Review of Public Health*, 25, 439-55.
- Lambden, J., Receveur, O., Marshall, J., & Kuhnlein, H. (2006). Traditional and market food access in Arctic Canada is affected by economic factors. *International Journal of Circumpolar Health*, 65(4), 331-40.
- Lazzinnaro, R., Plourde, H., Johnson-Down, L., Dewailly, E., & Egeland, G.M. (2012). High-sugar drink consumption: An associate of obesity and impaired fasting glucose in Canadian Indigenous (Cree) communities. *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Disease*, 22(8), e17-e19.
- Levin, R., & Herbert, M. (2004). The experience of urban Aboriginals with health care services in Canada: Implications for social work practice. *Social Work in Health Care*, 39(1), 165-79.
- Levin Martin, S., Williams, E., Huerth, B., & Robinson, J.D. (2015). A pharmacy student-facilitated interprofessional diabetes clinic with the Penobscot Nation. *Preventing Chronic Diseases*, 12, E190.
- Leung, L. (2016). Diabetes mellitus and the Aboriginal Diabetes Initiative in Canada: An update review. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 5(2), 259-65.
- Ley, S.H., Harris, S.B., Connelly, P.W., Mamakeesick, M., Gittelsohn, J., Hegele, R.A., Retnakaran, R. et al. (2008). Adipokines and incident type 2 diabetes in an Aboriginal Canadian population: The Sandy Lake Health and Diabetes Project. *Diabetes Care*, 31(7), 1410-5.
- Ley, S.H., Harris, S.B., Connelly, P.W., Mamakeesick, M., Gittelsohn, J., Wolever, T.M., Hegele, R.A. et al. (2010). Association of apolipoprotein B with incident type 2 diabetes in an Aboriginal Canadian population. *Clinical Chemistry*, 56(4), 666-70.
- Ley, S.H., Harris, S.B., Connelly, P.W., Mamakeesick, M., Gittelsohn, J., Wolever, T.M., Hegele, R.A. et al. (2012). Utility of non-high-density lipoprotein cholesterol in assessing incident type 2 diabetes risk. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 14(9), 821-5.
- Ley, S.H., Harris, S.B., Mamakeesick, M., Noon, T., Fiddler, E., Gittelsohn, J., Wolever, T.M.S. et al. (2009). Metabolic syndrome and its components as predictors of incident type 2 diabetes mellitus in an Aboriginal community. *Canadian Medical Association Journal*, 180(6), 617-24.
- Maar, M., Gzik, D., & Larose, T. (2010). Beyond expectations: Why do Aboriginal and Euro-Canadian patients with type 2 diabetes on a northern rural island demonstrate better outcomes for glycemic, blood pressure and lipid management than comparison populations? *Canadian Journal of Diabetes*, 34(2), 127-35.
- Maar, M.A., Manitowabi, D., Gzik, D., McGregor, L., & Corbiere, C. (2011). Serious complications for patients, care providers and policy makers: Tackling the structural violence of First Nations people living with diabetes in Canada, *The International Indigenous Policy Journal*, 2(1), Article 6.
- Macaulay, A.C., Harris, S.B., Lévesque, L., Cargo, M., Ford, E., Salsberg, J., McComber, A. et al. (2003). Primary prevention of type 2 diabetes: Experiences of 2 Aboriginal communities in Canada. *Canadian Journal of Diabetes*, 27(4), 464-75.
- Macridis, S., Gengoechea, E.G., McComber, A.M., Jacobs, J., Macaulay, A.C., & Members of the Kahnawake Schools Diabetes Prevention Project-School Travel Planning Committee. (2016). Active transportation to support diabetes prevention: Expanding school health promotion programming in an Indigenous community. *Evaluation and Program Planning*, 56, 99-108.
- Manitowabi, D., & Maar, M. (2013). Coping with colonization: Aboriginal diabetes on Manitoulin Island, In J. Fear-Seagal, & R. Tillett (eds.), *Indigenous bodies: Reviewing, relocating, reclaiming* (pp. 145-62). Albany, NY: SUNY Press.
- Mansuri, S., & Hanley, A.J. (2017). Diabetes among Indigenous Canadians. In S. Dagogo-Jack (ed.), *Diabetes mellitus in developing countries and underserved communities* (pp. 235-250). Springer, Cham.
- Maple-Brown, L.J., Cunningham, J., Zinman, B., Mamakeesick, M., Harris, S.B., Connelly, P.W., Shaw, J., et al. (2012). Cardiovascular disease risk profile and microvascular complications of diabetes: Comparison of Indigenous cohorts with diabetes in Australia and Canada. *Cardiovascular Diabetology*, 11, 30.
- Martens, P.J., Martin, B.D., O'Neil, J.D., & MacKinnon, M. (2007). Diabetes and adverse outcomes in a First Nations population: Associations with healthcare access, and socioeconomic and geographical factors. *Canadian Journal of Diabetes*, 31(3), 223-32.
- McGregor, L., Gzik, D., Manitowabi, D., Maar, M.A., & Corbiere, C. (2011). Serious complications for patients, care providers and policy makers: Tackling the structural violence of First Nations people living with diabetes in Canada. *International Indigenous Policy Journal*, 2(1), Article 6.

- McNamara, B.J., Sanson-Fisher, R., D'Este, C., & Eades, S. (2011). Type 2 diabetes in Indigenous populations: Quality of intervention research over 20 years. *Preventive Medicine, 52*(1), 3-9.
- Mead, E.L., Gittelsohn, J., Roache, C., Corriveau, A., & Sharma, S. (2012). A community-based, environmental chronic disease prevention intervention to improve healthy eating psychosocial factors and the behaviors in Indigenous populations in the Canadian Arctic. *Health Education Behaviour, 4*(5), 592-602.
- Mendelson, M., Cloutier, J., Spence, L., Sellers, E., Taback, S., & Dean, H. (2011). Obesity and type 2 diabetes mellitus in a birth cohort of First Nation children born to mothers with pediatric-onset type 2 diabetes. *Pediatric Diabetes, 12*(3p52), 219-28.
- Millar, K., & Dean, H.J. (2012). Developmental origins of type 2 diabetes in Aboriginal youth in Canada: It is more than diet and exercise. *Journal of Nutrition and Metabolism*, Article ID 127452.
- Ministry of Health and Long-term Care [MHLTC]. (n.d.). *Ontario Aboriginal Diabetes Strategy*. Toronto, ON: Government of Ontario. Retrieved May 25, 2018 from <http://www.ontla.on.ca/library/repository/mon/14000/251251.pdf>
- Naqshbandi Hayward, M., Harris, S.B., Esler, J., Caruso, R., Thind, A., Hanley, A.J., Bhattacharyya, O. et al. (2012a). Results of a pilot national diabetes surveillance system for First Nations. *Canadian Journal of Diabetes, 36*(Suppl 5), S21.
- Naqshbandi Hayward, M., Kuzmina, E., Dannenbaum, D., Torrie, J., Huynh, J., & Harris, S. (2012b). Room for improvement in diabetes care among First Nations in northern Quebec (Eeyou Istchee): Reasonable management of glucose but poor management of complications. *International Journal of Circumpolar Health, 71*, 18418. DOI: 10.3402/ijch.v71i0.18418.
- Naqshbandi Hayward, M., Paquette-Warren, J., Harris, S.B., and the FORGE AHEAD Program Team. (2016). Developing community-driven quality improvement initiatives to enhance chronic disease care in Indigenous communities in Canada: The FORGE AHEAD program protocol. *Health Research Policy and Systems, 14*, 55.
- National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. (2016). *Risk factors for Type 2 diabetes*. Bethesda, Maryland: Author. Retrieved January 30, 2019 from <https://www.niddk.nih.gov/health-information/diabetes/overview/risk-factors-type-2-diabetes>
- Office of the Auditor General of Canada. (2013). Chapter 5 – Promoting diabetes prevention and control. *2013 Spring Report of the Auditor General of Canada*. Ottawa, ON: Author. Retrieved August 9, 2018 from http://www.oag-bvg.gc.ca/internet/English/parl_oag_201304_05_e_38190.html
- Ofori, S.N., & Unachukwu, C.N. (2014). Holistic approach to prevention and management of type 2 diabetes mellitus in a family setting. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy, 7*, 159-68.
- Ontario Federation of Indigenous Friendship Centres. (2017). *Access to health services in Ontario for the urban Indigenous population*. Toronto, ON: Author. Retrieved February 4, 2017 from <http://ofifc.org/sites/default/files/docs/2017-04-18%20OFIFC%20Access%20to%20Health%20Services%20in%20Ontario%20for%20the%20Urban%20Indigenous%20Population%20Report.pdf>
- Osgood, N.D., Dyck, R.F., & Grassman, W.K. (2011). The inter-and intragenerational impact of gestational diabetes on the epidemic of type 2 diabetes. *American Journal of Public Health, 101*(1), 173-9.
- Oster, R.T., Grier, A., Lightning, R., Mayan, M.J., & Toth, E.L. (2014a). Cultural continuity, traditional Indigenous language, and diabetes in Alberta First Nations: A mixed methods study. *International Journal for Equity in Health, 13*, 92.
- Oster, R.T., Johnson, J.A., Balko, S.U., Svenson, L.W., & Toth, E.L. (2012). Increasing rates of diabetes among status Aboriginal youth in Alberta, Canada. *International Journal of Circumpolar Health, 71*(1), 18501.
- Oster, R.T., Johnson, J.A., Hemmelgarn, B.R., King, M., Balko, S.U., Svenson, L.W., Crowshoe, L. et al. (2011). Recent epidemiologic trends of diabetes mellitus among Status Aboriginal adults. *Canadian Medical Association Journal, 183*(12), E803-E808.
- Oster, R.T., King, M., Morrish, D.W., Mayan, M.J., & Toth, E.L. (2014b). Diabetes in pregnancy among First Nations women in Alberta, Canada: A retrospective analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth, 14*, 136.
- Oster, R.T., Mayan, M.J., & Toth, E.L. (2014c). Diabetes in pregnancy among First Nations women. *Qualitative Health Research, 24*(11), 1469-80.
- Oster, R.T., Virani, S., Strong, D., Shade, S., & Toth, E.L. (2009). Diabetes care and health status of First Nations individuals with type 2 diabetes in Alberta. *Canadian Family Physician, 55*, 386-93.
- Pelletier, C., Dai, S., Roberts, K.C., Bienek, A., Onysko, J., & Pelletier, L. (2012). Report summary. Diabetes in Canada: Facts and figures from a public health perspective. *Chronic Diseases and Injuries in Canada, 33*(1), 53-4.
- Philibert, A., Schwartz, H., & Mergler, D. (2009). An exploratory study of diabetes in a First Nations community with respect to serum concentrations of *p,p'*-DDM and PCBs and fish consumption. *International Journal of Environmental Research & Public Health, 6*(12), 3179-89.
- Pilon, R.S. (2015). *Promoting a decolonized model of type II diabetes care for Aboriginal peoples living along the north shore of Lake Huron*. Unpublished PhD dissertation, Laurentian University, Sudbury, Ontario.

- Porter, C., Skinner, T., & Ellis, I. (2012). The current state of Indigenous and Aboriginal women with diabetes in pregnancy: A systematic review. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 98(2), 209-25.
- Potvin, L., Cargo, M., McComber, A.M., Delormier, T., & Macaulay, A.C. (2003). Implementing participatory intervention and research in communities: Lessons from the Kahnawake Schools Diabetes Prevention Project in Canada. *Social Science & Medicine*, 56(6), 1295-1305.
- Public Health Agency of Canada [PHAC]. (2011). *Diabetes in Canada: Facts and figures from a public health perspective*. Ottawa, ON: Author.
- Public Health Agency of Canada [PHAC]. (2018). *Health inequalities in Canada: A national portrait*. Ottawa, ON: Author.
- Reading, C., & Wien, F. (2009). *Health inequalities and social determinants of Aboriginal peoples' health*. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
- Rice, K., Te Hiwi, B., Zwarenstein, M., Lavalley, B., Barre, D.E., Harris, S.B., & FORGE AHEAD Program Team. (2016). Best practices for the prevention and management of diabetes and obesity-related chronic disease among Indigenous peoples in Canada: A review. *Canadian Journal of Diabetes*, 40(3), 216-25.
- Riediger, N.D., Lix, L.M., Lukianchuk, V., & Bruce, S. (2014). Trends in diabetes and cardiometabolic conditions in a Canadian First Nation community. *Preventing Chronic Disease*, 11, 1-8.
- Rosencrans, A.M., Gittelsohn, J., Ho, L.S., Harris, S.B., Naqshbandi, M., & Sharma, S. (2008). Process evaluation of a multi-institutional community-based program for diabetes prevention among First Nations. *Health Education Research*, 23(2), 272-86.
- Rudnisky, C.J., Wong, B.K., Virani, H., & Tennant, M.T.S. (2012). Risk factors for progression of diabetic retinopathy in Alberta First Nations communities. *Canadian Journal of Ophthalmology*, 47(4), 365-75.
- Saad, N., Wilson, D., & Donovan, L.E. (2015). Solving the mystery: The true prevalence of gestational diabetes in Indigenous women. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 31, 476-8.
- Saksvig, B., Gittelsohn, J., Harris, S.B., Hanley, A.J., Valente, T.W., & Zinman, B. (2005). A pilot school-based healthy eating and physical activity intervention improves diet, food knowledge, and self-efficacy for native Canadian children. *Journal of Nutrition*, 135(10), 2392-8.
- Sampson, A. (2007). *Culturally and linguistically appropriate health education materials: Access, networks, and initiatives for the future*. Seattle, WA: The Cross Cultural Health Care Program.
- Sellers, E.A.C., Dean, H.J., Shafer, L.A., Martens, P.J., Whillips-Beck, W., Heaman, M., Prior, H.J. et al. (2016b). Exposure to gestational diabetes mellitus: Impact on the development of early-onset type 2 diabetes in Canadian First Nations and non-First Nations offspring. *Diabetes Care*, 39(12), 2240-46.
- Sellers, E.A.C., Hadjiyannakis, S., Amed, S., Dart, A.B., Dyck, R.F., Hamilton, J., Langlois, V. et al. (2016a). Persistent albuminuria in children with type 2 diabetes: A Canadian paediatric surveillance program study. *The Journal of Paediatrics*, 168, 112-7.
- Sellers, E.A.C., Wicklow, B.A., & Dean, H.J. (2012). Clinical and demographic characteristics of type 2 diabetes in youth at diagnosis in Manitoba and northwestern Ontario (2006-2011). *Canadian Journal of Diabetes*, 36(3), 114-8.
- Shen, G.X., Shafer, L.A., Martens, P.J., Sellers, E., Torshizi, A.A., Ludwig, S., Phillips-Beck, W. et al. (2016). Does First Nations ancestry modify the association between gestational diabetes and subsequent diabetes: A historical prospective cohort study among women in Manitoba, Canada. *Diabetic Medicine*, 33(9), 1245-52.
- Sherifali, D., Shea, N., & Brooks, S. (2012). Exploring the experiences of urban First Nations people living with or caring for someone with type 2 diabetes. *Canadian Journal of Diabetes*, 36(4), 175-80.
- Shubair, M., & Tobin, P. (2010). Type 2 diabetes in the First Nations population: A case example of clinical practice guidelines. *Rural and Remote Health*, 10(4), 1505.
- Si, D., Bailie, R., Wang, Z., & Weeramanthri, T. (2010). Comparison of diabetes management in five countries for general and indigenous populations: An internet-based review. *BMC Health Services Research*, 10, 169.
- Skinner, K., Hanning, R., & Tsuji, L. (2006). Barriers and supports for healthy eating and physical activity for First Nations youths in northern Canada. *International Journal of Circumpolar Health*, 65(2), 148-61.
- Smylie, J., Olding, M., & Ziegler, C. (2014). Sharing what we know about living a good life: Indigenous approaches to knowledge translation. *Journal of the Canadian Health Librarian Association*, 35, 16-23. DOI: 10.5596/c14-009.
- Steyn, N.P., Mann, J., Bennett, P.H., Temple, N., Zimmet, P., Tuomilehto, J., Lindström, J. et al. (2004). Diet, nutrition and the prevention of type 2 diabetes. *Public Health Nutrition*, 7(1A), 147-65.
- Stout, R. (2018). *The build environment: Understanding how physical environments influence the health and well-being of First Nations peoples living on-reserve*. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
- Tait Neufeld, H. (2011). Food perceptions and concerns of Aboriginal women coping with gestational diabetes in Winnipeg, Manitoba. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 43(6), 482-91.
- Tait Neufeld, H. (2014). Patient and caregiver perspectives of health provision practices for First Nations and Métis women with gestational diabetes mellitus accessing care in Winnipeg, Manitoba. *BMC Health Services Research*, 14, 440.

- Tobe, S.W., Maar, M., Roy, M.A., & Warburton, D.E.R. (2015). Preventing cardiovascular and renal disease in Canada's Aboriginal populations. *Canadian Journal of Cardiology*, 31(9), 1124-9.
- Toth, E. (2012). *BR/ID-Kids: Prevention of obesity & diabetes in children and families: Early trend towards improving fitness amongst children – a final project report to the Alberta Centre for Child, Family and Community Outreach*. Edmonton, AB: Department of Medicine, University of Alberta.
- Van der Heide, I., Poureslami, I., Mitic, W., Shum, J., Rootman, I., & FitzGerald, J.M. (2018). Health literacy in chronic disease management: A matter of interaction. *Journal of Clinical Epidemiology*, 102, 134-8. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2018.05.010.
- Viswanathan, M., Kraschnewski, J.L., Nishikawa, B., Morgan, L.C., Honeycutt, A.A., Thieda, P., Lohr, K.N. et al. (2010). Outcomes and costs of community health worker interventions: A systematic review. *Medical Care*, 48(9), 792-808.
- Wade, D.T., & Halligan, P.W. (2004). Do biomedical models of illness make for good healthcare systems? *British Medical Journal*, 329(7479), 1398-1401.
- Wahi, G., Zorzi, A., & Macnab, A., & Panagiotopoulos, C. (2009). Prevalence of type 2 diabetes, obesity and the metabolic syndrome among Canadian First Nations children in a remote Pacific Coast community. *Paediatrics & Child Health*, 14(2), 79-83.
- Wilk, P., & Cooke, M. (2015). Collaborative public health system interventions for chronic disease prevention among urban Aboriginal peoples. *The International Indigenous Policy Journal*, 6(4), Article 3.
- Young, T.K., Dean, H.J., Flett, B., & Wood-Steiman, P. (2000). Childhood obesity in a population at high risk for type 2 diabetes. *The Journal of Pediatrics*, 136(3), 365-9.
- Zacharias, J.M., Young, T.K., Riediger, N.D., Roulette, J., & Bruce, S.G. (2012). Prevalence, risk factors and awareness of albuminuria on a Canadian First Nation: A community-based screening study. *BMC Public Health*, 12, 290.
- Zheng, Y., Ley, S.H., & Hu, F.B. (2018). Global aetiology and epidemiology of type 2 diabetes mellitus and its complications. *Nature Reviews Endocrinology*, 14, 88-98.
- Zorzi, A., Wahi, G., Macnab, A.J., & Panagiotopoulos, C. (2009). Prevalence of impaired glucose tolerance and the components of metabolic syndrome in Canadian Tsimshian Nation youth. *Canadian Journal of Rural Medicine*, 14(2), 61-7.





