

COMPRENDRE LA SANTÉ CARDIAQUE DES FEMMES DES PREMIÈRES NATIONS

Linda Diffey, MSc, Lorena Fontaine, Ph.D. et Annette S.H. Schultz, Ph.D., RN

National Collaborating Centre
for Indigenous Health



Centre de collaboration nationale
de la santé autochtone

PRIORITÉS ÉMERGENTES

© 2019 Le 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 (ASPC). Les opinions exprimées dans ce document ne reflètent pas forcément celles de l'ASPC.

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 nccih.ca, under the title: *Understanding First Nations women's heart health.*

Référence : Diffey, L., Fontaine, L. & Schultz, A.H.S. (2019). *Comprendre la santé cardiaque des femmes des Premières Nations*. 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 : ccnsa@unbc.ca
Web : ccnsa.ca

ISBN (en ligne) : 978-1-77368-222-8

TABLE DES MATIÈRES



Download publications at
nccih.ca/34/Publication_Search.nccih



Télécharger des publications à
ccnsa.ca/524/Recherche_de_publication.nccih



issuu.com/nccah-ccnsa/stacks

1.0 INTRODUCTION	4
2.0 LES FEMMES DES PREMIÈRES NATIONS AU CANADA	6
3.0 DÉFINIR LE CONTEXTE : COLONISATION, RACISME ET GENRE	7
4.0 LE FARDEAU DES MALADIES CARDIAQUES CHEZ LES FEMMES DES PREMIÈRES NATIONS	10
5.0 LES FACTEURS DE RISQUE ASSOCIÉS AUX MALADIES CARDIOVASCULAIRES	12
6.0 LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT	14
7.0 LES PERSPECTIVES DES FEMMES DES PREMIÈRES NATIONS SUR LA SANTÉ CARDIAQUE	15
8.0 SOUTENIR LA SANTÉ CARDIAQUE CHEZ LES FEMMES DES PREMIÈRES NATIONS	21
9.0 CONCLUSION	24
10.0 RESSOURCES	25
BIBLIOGRAPHIE (anglais seulement)	26

1.0 INTRODUCTION



Comparativement à l'ensemble de la population canadienne, les populations autochtones¹ connaissent un taux disproportionné de maladies chroniques et de facteurs de risque connexes tout au long de leur vie (First Nations Information Governance Centre [FNIGC], 2018; Gracey & King, 2009)². Ces différences sont d'autant plus prononcées chez les femmes autochtones, car elles ont tendance à présenter des taux plus élevés de maladies chroniques et sont moins susceptibles de déclarer que leur santé est excellente ou très bonne par rapport aux hommes autochtones (Arriagada, 2016; Bourassa, McKay-McNabb, & Hampton, 2004). Bien que les taux de maladies cardiovasculaires aient diminué pour la plupart des groupes d'âge de la population canadienne en général, les populations autochtones connaissent des taux croissants de maladies cardiovasculaires et de décès (Reading, 2015).

Particulièrement parmi les populations des Premières Nations, les résultats de plusieurs phases

de l'*Enquête régionale sur la santé des Premières Nations* indiquent que les taux de maladies cardiaques sont plus élevés chez les Premières Nations que chez les autres Canadiens et que les disparités en matière de santé cardiaque sont particulièrement prononcées chez les femmes des Premières Nations (First Nations Centre, 2005; FNIGC, 2012; Reading et al., 1999). La mortalité associée aux maladies cardiovasculaires est plus élevée chez les femmes des Premières Nations, en particulier celles vivant dans les réserves, que chez leurs homologues canadiennes (Tjepkema, Wilkins, Pennock, & Goedhuis, 2011). De plus, les femmes des Premières Nations sont plus susceptibles que les hommes des Premières Nations d'être atteintes de deux problèmes de santé chroniques, comme les maladies cardiaques et le diabète, ce qui complique davantage les problèmes en matière de gestion clinique et de besoins en soins de santé (FNIGC, 2018; Valderas, Starfield, Sibbald, Salisbury, & Roland, 2009).

Un examen systématique effectué en 2018 des recherches existantes sur la santé cardiovasculaire chez les femmes autochtones du Canada a permis d'identifier un certain nombre de lacunes en matière de connaissances (Prince et al., 2018). Plus précisément, des analyses fondées sur le sexe, des comparaisons avec des femmes non autochtones, des données longitudinales complètes, des recherches sur les interventions et une meilleure compréhension du rôle de la culture et des traditions dans le contexte de la santé cardiaque sont manquantes (Prince et al., 2018). En règle générale, les études sur les maladies cardiovasculaires tiennent compte du rôle des facteurs de risque, comme le tabagisme, l'hypertension, le taux de cholestérol sérique, le diabète, l'inactivité physique et le stress (Reading et al., 1999). Toutefois, pour comprendre les disparités en matière de santé cardiaque chez les femmes des Premières Nations, les facteurs de risque associés aux maladies cardiovasculaires doivent être examinés par rapport aux effets historiques et continus du colonialisme au Canada.

¹ Les expressions « Autochtones » ou « peuples autochtones » sont utilisées dans ce document pour signifier les Premières Nations, les Inuits et les Métis, selon la définition de ces peuples dans l'article 35 de la Constitution canadienne de 1982. Les termes « Peuples autochtones » et « Autochtones » seront utilisés pour refléter leur utilisation particulière dans la littérature traitée. Lorsque cela est possible, des noms culturellement spécifiques sont utilisés.

² Toutes les références bibliographiques citées dans cette rapport sont en anglais seulement.

Ce document examinera le contexte de la santé cardiaque des femmes des Premières Nations, particulièrement le rôle de la colonisation dans la prévalence et les facteurs de risque associés aux maladies cardiaques, ainsi que dans le diagnostic et le traitement de ces femmes. Comme il s'agit d'un sujet qui n'a pas fait l'objet d'études approfondies, certaines informations ont été incluses à partir d'études publiées qui portaient sur plusieurs décennies. Dans un premier temps, le document examinera le rôle de la colonisation en tant que déterminant de la santé cardiaque des femmes des Premières Nations et les liens avec d'autres déterminants de la santé. Deuxièmement, le fardeau que représentent les maladies cardiaques chez les Premières Nations sera décrit à l'aide de données provenant d'études épidémiologiques. Troisièmement, le document explorera la compréhension de la santé cardiovasculaire du point de vue des femmes des Premières Nations en s'inspirant des récits provenant de deux études qualitatives récentes. Enfin, il conclura en identifiant un certain nombre de stratégies possibles pour combler l'écart en matière de santé cardiovasculaire chez les femmes des Premières Nations, ainsi que les défis et les obstacles qui doivent encore être résolus.



Bien que les taux de maladies cardiovasculaires aient diminué pour la plupart des groupes d'âge de la population canadienne en général, les populations autochtones connaissent des taux croissants de maladies cardiovasculaires et de décès

(Reading, 2015).

2.0 LES FEMMES DES PREMIÈRES NATIONS AU CANADA

Les femmes des Premières Nations constituent un secteur croissant de la population canadienne. Selon les dernières données du recensement, 5 % de la population féminine totale du Canada s'est identifiée comme autochtone et, de ce groupe, 58 % ou 505 725 personnes ont déclaré appartenir aux Premières Nations (Statistics Canada, 2016). Entre 2006 et 2011, la croissance démographique des femmes des Premières Nations a été de 23 %, soit près de cinq fois plus que la croissance de 5 % enregistrée pour leurs homologues non autochtones (Arriagada, 2016). On prévoit que le nombre total de femmes des Premières Nations atteindra entre 630 000 et 801 000 personnes d'ici 2036 (Arriagada, 2016). L'âge médian des femmes des Premières Nations est de 27,6 ans, ce qui est considérablement plus jeune que l'âge médian de la population féminine non autochtone (41,5 ans). Cela est dû, en partie, à des taux de fécondité plus élevés et à une espérance de vie plus courte chez les femmes des Premières Nations (Arriagada, 2016). Seulement 6 % des femmes des Premières Nations ont plus de 65 ans, malgré une croissance accrue de 45 % dans ce groupe d'âge depuis 2006 (Arriagada, 2016). Il y a aussi plus de femmes des Premières Nations que d'hommes dans cette catégorie d'âge.



3.0 DÉFINIR LE CONTEXTE : COLONISATION, RACISME ET GENRE

Le lien entre la colonisation et les inégalités en matière de santé vécues par les peuples autochtones est bien établi (King, Smith, & Gracey, 2009; Reading & Wien, 2013), mais ce lien n'est pas souvent pris en compte lors de l'examen de problèmes de santé spécifiques, comme les maladies cardiovasculaires. Au lieu de cela, les facteurs qui contribuent aux problèmes cardiaques des peuples autochtones sont présentés dans les discours biomédicaux en tant que facteurs de risque comme le stress, la génétique et les choix de mode de vie individuels, sans toutefois expliquer les profondes inégalités systémiques et structurelles qui façonnent ces déterminants (McGibbon, Waldron, & Jackson, 2013). La colonisation a eu un impact direct sur la capacité des communautés des Premières Nations à avoir accès à des aliments sains et à maintenir un mode de vie actif, ce qui a contribué à l'augmentation d'un certain nombre de maladies, notamment le diabète et les cancers (McGibbon et al., 2013; Medved, Brockmeier, Morach, & Chartier-Courchene, 2013). Bien qu'il s'agisse d'une partie importante de l'histoire, il est également essentiel d'examiner la manière dont d'autres facteurs liés à la colonisation, tels que l'exclusion sociale, les oppressions multiples et la perturbation de l'ordre social ont contribué à la montée des problèmes de santé cardiaque chez les femmes des Premières Nations.





Par ses nombreux mécanismes, le colonialisme privilégie les idéologies, les valeurs et les visions euro-occidentales et les impose aux peuples autochtones. Les conséquences sont marquantes, avec un ensemble de désavantages matériels et sociaux qui continuent de nuire à la santé et au bien-être

(King et al., 2009; McGibbon et al., 2013; Reading & Wien, 2013).

Par ses nombreux mécanismes, le colonialisme privilégie les idéologies, les valeurs et les visions euro-occidentales et les impose aux peuples autochtones. Les conséquences sont marquantes, avec un ensemble de désavantages matériels et sociaux qui continuent de nuire à la santé et au bien-être (King et al., 2009; McGibbon et al., 2013; Reading & Wien, 2013). Par exemple, une étude a révélé que les membres des Premières Nations qui fréquentaient des pensionnats indiens avaient des taux de diagnostics en matière de maladies cardiaques (8,3 %) et d'hypertension (23,0 %) beaucoup plus élevés que ceux qui n'avaient pas fréquenté ces écoles (4,0 % et 13,0 % respectivement) (FNIGC, 2007). Les traumatismes intergénérationnels, le deuil collectif et les pertes liées à la colonisation historique et continue des peuples autochtones ont

entraîné de profondes blessures physiques, psychologiques et spirituelles, et les maladies cardiovasculaires sont l'une des répercussions sur la santé qui en ont résulté (McGibbon et al., 2013).

Le racisme est une caractéristique de l'oppression coloniale qui a alimenté la privation du droit de vote, l'assimilation et le génocide des peuples autochtones (Czyzewski, 2011; Reading & Wien, 2013). Il se manifeste sous diverses formes, du racisme interpersonnel au systémique, et produit un degré élevé de stress chronique chez les populations racialisées (McGibbon et al., 2013; Reading & Wien, 2013). Bien qu'elle soit un facteur prédictif puissant des résultats sanitaires et sociaux, la relation entre le stress lié au racisme et les maladies cardiovasculaires n'a pas été examinée ni prise en compte dans les lignes directrices

de pratique clinique ni dans les politiques de santé (McGibbon et al., 2013). McGibbon et ses collaborateurs (2013) soutiennent que le traumatisme intergénérationnel de la colonisation, associé à l'expérience du racisme quotidien continu, crée un fardeau de stress durable qui suffit à surmener les mécanismes de défense du corps conçus pour combattre le stress et à causer une maladie cardiovasculaire importante, même en l'absence d'autres facteurs de risque. De plus, la colonisation a rompu le lien avec les identités culturelles et les pratiques spirituelles, comme la participation à des cérémonies et l'utilisation de pratiques de guérison traditionnelles, qui peuvent aider à atténuer le stress et à favoriser la santé cardiaque (Medved et al., 2013; Walters, 2002).

La situation se complique davantage une fois que l'interaction entre le genre et le colonialisme est prise en compte. Tout comme la colonisation qui a perturbé les structures et les relations communautaires traditionnelles, elle a également introduit un ordre social plus patriarcal qui dépouillait les femmes de leurs identités et de leurs positions d'influence (Medved et al., 2013; Walters, 2002). Les femmes, en particulier les femmes âgées, jouaient traditionnellement un rôle important en conseillant les jeunes membres de la communauté et servaient de modèles à suivre et de symboles d'autorité (Dickson, 2000). Le changement d'équilibre entre les sexes et les responsabilités fondées sur le sexe qui ont

résulté du colonialisme ont eu des conséquences sur la santé des femmes des Premières Nations, ainsi que sur celle des familles et des communautés (Medved et al., 2013). À l'instar du racisme, le sexisme fonctionne par le biais de structures de pouvoir externes pour créer et perpétuer les inégalités structurelles qui influent sur l'état de santé (Bourassa et al., 2004). Le processus dynamique du racisme, du sexisme et du colonialisme se croisent et fonctionnent en synergie, ce qui a pour conséquence que les femmes des Premières Nations vivent de multiples oppressions qui ont des conséquences matérielles sur leur santé et leur bien-être (Bourassa et al., 2004).

C'est dans ce contexte que l'augmentation du nombre de maladies cardiaques chez les femmes des Premières Nations doit être examinée. Se concentrer uniquement sur les facteurs liés au mode de vie sans explorer plus en profondeur la « cause des causes » est non seulement dépassé, mais aussi éthiquement déficient, étant donné que la relation entre la colonisation et les inégalités en matière de santé est bien établie (McGibbon et al., 2013).

Le processus dynamique du racisme, du sexisme et du colonialisme se croisent et fonctionnent en synergie, ce qui a pour conséquence que les femmes des Premières Nations vivent de multiples oppressions qui ont des conséquences matérielles sur leur santé et leur bien-être

(Bourassa et al., 2004).



© Crédit : iStockPhoto.com, réf. 172155632



4.0 LE FARDEAU DES MALADIES CARDIAQUES CHEZ LES FEMMES DES PREMIÈRES NATIONS

Les maladies liées au cœur englobent un large éventail de pathologies, notamment celles qui impliquent le système cardiaque et circulatoire, les maladies liées aux accidents vasculaires cérébraux (AVC) et les problèmes liés au rythme cardiaque. Le texte qui suit résume l'état actuel des connaissances sur ces catégories de maladies cardiaques, les facteurs de risque sous-jacents, ainsi que leur diagnostic et leur traitement chez les femmes des Premières Nations du Canada. Comme il s'agit d'un sujet qui a reçu peu d'attention à ce jour, cette section s'appuie sur des études portant sur plusieurs décennies.

Les maladies cardiovasculaires

Les maladies cardiovasculaires (MCV), ou maladies du système circulatoire constituent un groupe hétérogène de maladies du cœur et des vaisseaux sanguins (Reading et al., 1999). Ce terme est généralement utilisé pour décrire des conditions impliquant des vaisseaux sanguins rétrécis ou bloqués qui peuvent entraîner des douleurs thoraciques (angine) ou une crise cardiaque (Mayo Clinic, 2019a).

Parmi les études qui font rapport sur les MCV chez les femmes des Premières Nations, la prévalence des maladies cardiaques variait de 4,2 % (FNIGC, 2012) à 54 % chez les femmes atteintes de

diabète (Montour, Macaulay, & Adelson, 1989). Dans deux études, la prévalence des MCV chez les femmes des Premières Nations s'est avérée nettement plus basse que chez les hommes des Premières Nations (Bombak, 2010; FNIGC, 2012). Cependant, Montour, Macaulay, and Adelson (1989) on a constaté que chez les membres des Premières Nations atteints de diabète, la prévalence était plus élevée chez les femmes que chez les hommes. En ce qui concerne la prévalence des maladies cardiaques chez les femmes des Premières Nations et les femmes dans la population en général, MacMillan et al. (2003) n'ont constaté aucune différence significative, tandis que l'*Enquête longitudinale régionale sur la santé des Premières Nations* de 2002-2003



faisait état de taux plus élevés chez les femmes des Premières Nations (First Nations Centre, 2005). Les données de Statistique Canada (Statistique Canada, n.d.) indiquent que le taux d'hypertension artérielle, de maladies cardiaques et d'effets des AVC chez les femmes des Premières Nations était de 17,8 % entre 2011 et 2014, soit 2,5 % de plus que le taux total de la population féminine canadienne. Dans une étude, le risque de mourir d'une MCV était 76 % plus élevé chez les femmes des Premières Nations que chez les femmes non autochtones (Tjepkema, Wilkins, Urb, Goedhuis, & Penneck, 2012).

Les maladies cérébrovasculaires

Les maladies cérébrovasculaires font référence aux maladies qui affectent les vaisseaux sanguins du cerveau et la circulation cérébrale, comme les AVC. On a constaté que les femmes des Premières Nations

présentaient des taux plus élevés de maladie cérébrovasculaire par rapport à leurs homologues non autochtones (Mao, 1992; Tjepkema, Wilkins, Sénécal, Guimond, & Penney, 2009). La prévalence de la maladie cérébrovasculaire s'est avérée plus élevée chez les membres des Premières Nations atteints de diabète (Montour et al., 1989; Tjepkema et al., 2011). En revanche, FNIGC (FNIGC, 2012) la prévalence des effets de l'AVC était plus faible chez les femmes (1,5 %) que chez les hommes (2,5 %).

L'arythmie

L'arythmie fait référence à tout changement dans la séquence normale des impulsions électriques du cœur, ce qui entraîne alors un battement du cœur trop rapide, trop lent ou irrégulier (Heart and Stroke Foundation of Canada, 2018). À ce jour, peu de recherches ont été publiées sur la prévalence des troubles du rythme cardiaque

chez les femmes des Premières Nations. Une étude menée auprès d'une communauté Gitksan dans le nord de la Colombie-Britannique a révélé que davantage de femmes que d'hommes portaient une mutation génétique associée au syndrome du QT long, un trouble du rythme cardiaque pouvant provoquer des battements cardiaques rapides et irréguliers (Arbour et al., 2008; Mayo Clinic, 2019b). De plus, chez les Cris de la Baie James, Del Gobbo et ses collaborateurs (2012) ont constaté que les femmes présentaient une prévalence plus faible de contractions ventriculaires prématurées que les hommes.





5.0 LES FACTEURS DE RISQUE ASSOCIÉS AUX MALADIES CARDIOVASCULAIRES

En plus d'examiner certaines conditions particulières, la littérature relative à la santé cardiaque des Premières Nations traite également de deux grandes catégories de facteurs de risque biologiques associés aux maladies cardiovasculaires : l'hypertension et la dyslipidémie.

L'hypertension

De nombreuses études ont fait état des taux de prévalence de l'hypertension artérielle ou de l'hypertension artérielle chez les femmes des Premières Nations. Dans la plupart des études, l'hypertension est définie comme une pression artérielle systolique de ≥ 140 mm Hg ou une pression artérielle diastolique de ≥ 90 mm Hg (Prince et al., 2018). Les taux

d'hypertension déclarés allaient de 2,2 % chez un échantillon de femmes enceintes des Premières Nations (Oliveira et al., 2013) à 75 % chez les femmes autochtones atteintes de diabète (Montour et al., 1989). On a signalé que la prévalence de l'hypertension augmentait avec l'âge (Dai et al., 2009). Comparativement aux femmes non autochtones, on a constaté que les femmes des Premières Nations présentaient une prévalence de l'hypertension nettement plus élevée (Dai et al., 2009; First Nations Centre, 2005; MacMillan et al., 2003; Statistique Canada, n.d.).

Les comparaisons de la prévalence de l'hypertension entre les hommes et les femmes des Premières Nations ont donné des résultats

contradictoires. Certaines études n'ont signalé aucune différence significative dans la prévalence entre les sexes (Bombak, 2010; Riediger, Lix, Lukianchuk, & Bruce, 2014), tandis que d'autres ont montré des taux plus faibles chez les femmes des Premières Nations (Foulds, Bredin, & Warburton, 2012; Oster, Shade, Strong, & Toth, 2010; Oster, Virani, Strong, Shade, & Toth, 2009). McIntyre et Shah (1986) ont constaté que la prévalence de l'hypertension était plus basse chez les femmes des Premières Nations que chez les hommes de 15 à 64 ans, mais qu'après 65 ans, davantage de femmes étaient hypertendues. Dans une étude transversale répétée au Manitoba en 2002-2003, aucune différence n'a été constatée dans la prévalence



Crédit : iStockPhoto.com, réf. 499568722

brute de l'hypertension chez les hommes et les femmes des Premières Nations. Toutefois, en 2011-2012, les femmes des Premières Nations avaient deux fois moins de risques de développer de l'hypertension que les hommes des Premières Nations (Riediger, Lukianchuk, & Bruce, 2015).

Seules deux études ont fait état de maladies liées à l'hypertension qui survient pendant la grossesse chez les femmes des Premières Nations. Brennand, Dannembaum, et Willows (2005) ont constaté que les taux d'hypertension et de pré-éclampsie causée par la grossesse étaient respectivement de 3,2 % et 6,5 % chez un échantillon de femmes cries de la baie James. Dans une étude menée dans une communauté des Premières Nations de l'Ontario, Oliveira et ses collaborateurs (2013) ont indiqué que 3,3 % des femmes avaient souffert d'hypertension causée par la grossesse.

La dyslipidémie

La dyslipidémie, ou le niveau anormal de graisses (lipides) dans le sang, est un autre facteur de risque qui est fréquemment signalé dans les études sur les maladies cardiovasculaires. Ceci implique un taux de cholestérol total élevé, un taux de cholestérol des lipoprotéines de basse densité élevé ou de faibles niveaux de cholestérol des lipoprotéines de haute densité (Prince et al., 2018). On a signalé que la prévalence de la dyslipidémie était plus élevée chez les femmes des Premières Nations que chez les femmes non autochtones (Barr & Kuhnlein, 1985; Bruce, Riediger, Zacharias, & Young, 2010). Comme pour l'hypertension, les taux entre hommes et femmes n'étaient pas cohérents dans les recherches publiées. Certaines études n'ont signalé aucune différence significative entre les hommes et les femmes des Premières Nations quant à l'hypercholestérolémie (Bombak, 2010; Foulds et al.,

2012), tandis que d'autres ont constaté que la prévalence chez les femmes était nettement plus élevée (Delisle, Dsilets, Vargas, & Garrel, 2008; Riediger et al., 2015) ou plus faible (Oster et al., 2009; Oster et al. 2010) à celle des hommes. Deux études ont examiné les facteurs physiopathologiques sous-jacents à la dyslipidémie et au risque cardiovasculaire. Riediger, Bruce, et Young (2010) ont constaté qu'un plus grand nombre de femmes des Premières Nations (60 %) que d'hommes (35 %) présentaient des valeurs élevées d'apolipoprotéine A1, un marqueur associé à un risque cardiovasculaire plus élevé. Dans une étude réalisée par Hegele et ses collaborateurs (1997) auprès d'une communauté de Premières Nations du nord de l'Ontario, une variation génétique du génotype C/C de la position -455 d'APOC3 était associée à une hypertriglycéridémie chez les hommes et les femmes.

6.0 LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT

L'accès à des services de diagnostic et de soins actifs en temps opportun peut s'avérer particulièrement difficile pour les femmes des Premières Nations qui résident dans des régions rurales ou éloignées. Les services de cardiologie sont généralement offerts dans les grands hôpitaux urbains, ce qui oblige les patients à quitter leur communauté et les réseaux de soutien afin d'avoir accès à des spécialistes et à des installations spécialisées pour le diagnostic et le traitement (Canadian Institute for Health Information [CIHI], 2013; National Collaborating Centre for Aboriginal Health, 2011).

Bien qu'aucune étude n'ait été publiée sur les méthodes de diagnostic des maladies cardiovasculaires chez les femmes des Premières Nations du Canada, il existe peu de données sur le traitement des maladies cardiovasculaires. Comme l'origine ethnique n'est pas systématiquement consignée dans les dossiers des hôpitaux, l'Institut canadien d'information sur la santé [ICIS] (CIHI, 2013) a utilisé une approche régionale pour identifier les zones présentant une proportion relativement élevée de résidents auto-identifiés des Premières Nations. Les femmes de ces régions étaient plus susceptibles d'être admises dans des hôpitaux de soins de courte durée pour une crise cardiaque et de parcourir de plus longues distances pour des soins cardiaques que les femmes (CIHI, 2013) résidant dans des régions où la proportion d'autochtones déclarées était faible. Les femmes vivant dans des régions ayant des proportions élevées de résidents des Premières Nations présentaient également des taux plus faibles d'angiographie coronaire (46 %) et de revascularisation (31 %) par rapport à leurs homologues des régions où le pourcentage de peuples autochtones était faible (55 % et 39 % respectivement; Wei-Randall, Davidson, Jin, Mathur, & Oliver, 2013).



7.0 LES PERSPECTIVES DES FEMMES DES PREMIÈRES NATIONS SUR LA SANTÉ CARDIAQUE

La façon dont les femmes des Premières Nations perçoivent leur cœur et leur santé cardiaque est façonnée par un certain nombre de facteurs, notamment les conceptions traditionnelles de la santé, le colonialisme, les relations et les rôles qu'elles jouent dans leur famille et leur communauté. Cette perspective contraste avec la vision euro-occidentale dominante qui définit les maladies cardiovasculaires uniquement en termes biomédicaux et vise à localiser les maladies à l'intérieur d'un corps individuel (McGibbon et al., 2013; Medved et al., 2013). En conséquence, la recherche s'est largement concentrée sur les disparités et les inégalités en matière de santé, tout en ignorant comment les femmes autochtones se comprennent elles-mêmes dans le contexte de leur vie, de leur vision du monde et de leurs relations (Fontaine, Wood, Forbes, & Schultz, 2019; Medved et al., 2013). Privilégier le savoir euro-occidental dans l'étude de la santé cardiaque des femmes autochtones perpétue la dynamique de l'oppression coloniale en faisant taire les vérités historiques profondes et les savoirs traditionnels (Fontaine et al., 2019). Pour comprendre la santé cardiaque chez les femmes des Premières Nations, il faut donc remettre en question les récits dominants et privilégier les récits et les voix des femmes des Premières Nations.

Dans cette section, nous examinerons la santé cardiaque avec les connaissances découlant des récits de femmes des Premières Nations. La narration fait partie intégrante du processus de guérison, car elle aide à donner un sens à des événements marquants de la vie, comme la maladie (Charon, 2006). Les récits de femmes des Premières Nations donnent donc une image complète de la façon dont elles comprennent la santé, la guérison et leur vie dans la complexité de leur contexte social et culturel (Medved et al., 2013). Les récits sur lesquels s'appuie cette section proviennent de deux études récentes qui ont recueilli les récits de femmes portant sur leur cœur et leur santé cardiaque (Fontaine et al., 2019; Medved et al., 2013).





Les vues traditionnelles de la santé et du cœur

Traditionnellement, la santé était vue de façon holistique et ses dimensions physiques, émotionnelles, intellectuelles et spirituelles étaient considérées dans le contexte des relations réciproques entre la famille, la communauté et la terre (Earle, 2011). Pour de nombreux peuples autochtones, on pense que la maladie reflète des déséquilibres chez soi ou par rapport aux autres membres de la communauté (Henderson, 2000). Ainsi, l'équilibre dans ces relations est essentiel à la santé et au bien-être, y compris aux soins du cœur (Fontaine et al., 2019). Le langage

donne un aperçu de la manière dont les peuples et les cultures des Premières Nations perçoivent le cœur. Par exemple, dans le dialecte cri des Marais du Manitoba, *mite achimowin* se traduit par « discours du cœur », et les enseignements qui en découlent soulignent l'importance de mener un mode de vie holistique qui respecte les besoins physiques, émotionnels et spirituels de la personne ainsi que ses relations avec la famille, la communauté, la terre et le Créateur (Fontaine et al., 2019).

La colonisation et les maladies cardiaques

Les maladies cardiovasculaires sont relativement nouvelles dans

la plupart des communautés autochtones et ont été qualifiées de « maladies de l'homme blanc » (Garro, 1988, p. 613). La colonisation a perturbé les liens entre les peuples autochtones et avec la terre, ce qui a entraîné un éloignement des modes de vie traditionnellement actifs qui contribuaient au maintien d'une bonne santé cardiaque (Fontaine et al., 2019). Les interférences avec les régimes alimentaires, comme l'introduction et la dépendance à l'égard des aliments transformés, sont enracinées dans le colonialisme et considérées comme préjudiciables à la santé cardiaque dans les communautés des Premières Nations (Fontaine et al., 2019; Medved et al., 2013). Les mécanismes d'assimilation ont fracturé les relations entre les générations par la perte des structures familiales, le contrôle et l'autodétermination, l'érosion des langues et la capacité de communiquer avec les générations plus âgées (Fontaine et al., 2019; Medved et al., 2013). Comme l'ont fait remarquer Fontaine et ses collaborateurs (2019), les multiples traumatismes collectifs associés à la colonisation ont créé des conditions de solitude et de stress qui ont eu une incidence négative sur la santé cardiaque sur les plans physique, spirituel et émotionnel.

La colonisation a également fait en sorte que la santé ne soit pas considérée de manière holistique (Fontaine et al., 2019). Les perturbations des approches traditionnelles en matière de santé et de guérison deviennent évidentes lorsqu'on examine la manière dont les femmes des Premières Nations déclarent faire

face à leurs problèmes cardiaques. Étant donné que les maladies cardiaques sont construites dans une vision du monde biomédicale occidentale, Medved et ses collaborateurs (2013) ont constaté que les approches traditionnelles en matière de santé ne correspondaient pas à la compréhension qu'ont les femmes des Premières Nations de la maladie cardiaque. Parmi les femmes des Premières Nations qu'ils ont abordé, peu d'entre elles avaient recours à des approches de guérison en dehors de la médecine occidentale et bon nombre d'entre elles ont exprimé un degré élevé de confiance en l'efficacité des produits pharmaceutiques (Medved et al., 2013). Néanmoins, les femmes respectaient énormément les pratiques spirituelles

traditionnelles et beaucoup choisissaient de ne pas y participer, car leur mode de vie ne leur donnait pas le temps, l'énergie et la persévérance nécessaires pour réaliser les bénéfices pour leur santé cardiaque (Medved et al., 2013).

La santé cardiaque et la récupération des rôles traditionnels

Malgré les effets dévastateurs de la colonisation sur les façons traditionnelles de savoir, d'être et de faire, les récits de femmes autochtones témoignent des nombreux aspects de cette philosophie de vie qui n'ont pas été perdus. Par exemple, les femmes

considéraient que leur cœur leur avait été transmis par le Créateur par l'intermédiaire de leurs parents et que les battements de leur cœur continuaient de vivre au travers de leurs enfants et petits-enfants (Fontaine et al., 2019). Elles ont également mentionné que le tambour constituait le battement de cœur pour la communauté et la nation et que cet enseignement du cœur était plus important à transmettre aux jeunes générations que les enseignements sur le cœur physique (Fontaine et al., 2019). Même lorsqu'elles parlaient de problèmes physiques relatifs à leurs cœurs, les femmes interrogées dans le cadre de l'étude de Medved et ses collaborateurs (2013) situaient leurs expériences dans le contexte des antécédents de maladie de leur famille. Ainsi, leurs propres



... les femmes considéraient que leur cœur leur avait été transmis par le Créateur par l'intermédiaire de leurs parents et que les battements de leur cœur continuaient de vivre au travers de leurs enfants et petits-enfants

(Fontaine et al., 2019).

problèmes cardiaques étaient compris grâce à ce lien avec les ancêtres plutôt qu'à être localisés dans leurs vies individuelles.

En plus de comprendre leurs problèmes cardiaques dans le contexte de leurs relations intergénérationnelles, les femmes des Premières Nations considéraient également ces liens comme une source importante de guérison holistique. Les échanges avec les enfants et les petits-enfants ont créé des possibilités de devenir plus actifs physiquement, de se connecter à la terre et de transmettre des connaissances sur les modes de vie sains (Fontaine et al., 2019). Créer des liens avec les jeunes générations était un moyen pour le cœur d'être rempli. Lorsque ces relations sont perdues, le cœur « meurt de nombreuses façons » sans la joie qui accompagne les bonnes relations (Fontaine et al., 2019, p. 7).

L'importance accordée aux relations intergénérationnelles s'est également reflétée dans la façon dont les femmes des Premières Nations percevaient leurs rôles et leurs responsabilités. Medved et ses collaborateurs (2013) ont constaté que les femmes des Premières Nations menaient des vies très exigeantes et mouvementées, qui consistaient à prendre soin de leurs familles et de leur communauté sans beaucoup de soutien extérieur. Bien que ce haut niveau de responsabilité peut être stressant, il peut aussi être une source de sens et de satisfaction, car les femmes percevaient leur capacité à assumer ce fardeau comme un signe de force et de résilience (Medved et al., 2013). Assumant la responsabilité de tant d'autres, les femmes ont déclaré qu'elles n'avaient pas le temps d'avoir de problèmes cardiaques (Medved et al., 2013). En somme, les récits

de femmes des Premières Nations décrivent un mode de vie qui met l'accent sur les besoins des autres plutôt que sur leurs propres problèmes cardiaques.

Recadrer les discours de non-conformité

Le fait de se concentrer principalement sur les besoins des autres a des conséquences sur la façon dont les femmes des Premières Nations pourraient aborder la gestion de leur santé cardiaque. Sans examiner la vie des femmes dans leur contexte relationnel, leur approche peut être interprétée comme un désintérêt, un déni ou une non-conformité. Medved et ses collaborateurs (2013) ont constaté que, même si les femmes des Premières Nations étaient très conscientes de leurs problèmes cardiaques,





L'expérience vécue de la colonisation, et plus particulièrement des pensionnats indiens, a grandement contribué à façonner le point de vue des femmes des Premières Nations sur les recommandations relatives au mode de vie, comme la gestion de l'alimentation, une activité physique accrue et la renonciation au tabac.

elles n'occupaient pas une place importante dans leurs récits. Les problèmes cardiaques étaient plutôt perçus comme un problème personnel et une difficulté de plus dans la vie dont il ne fallait pas trop se préoccuper ou ennuyer les autres (Medved et al., 2013).

Alors que l'on croyait beaucoup en l'efficacité des médicaments pour gérer les problèmes cardiaques, les femmes des Premières Nations ont manifesté peu d'intérêt à se renseigner sur les médicaments prescrits au-delà de savoir comment les prendre (Medved et al., 2013). Medved et ses collaborateurs (2013) ont constaté que certaines femmes des Premières nations avaient l'impression que les détails du traitement médical étaient trop compliqués lorsque la terminologie leur était inconnue, et qu'il n'était pas nécessaire de le comprendre

pour que le traitement soit efficace. En outre, un participant à l'étude effectuée par Fontaine et ses collaborateurs (2019) a expliqué que, dans les pensionnats indiens, on enseignait aux enfants que la santé devait être laissée à des professionnels de la santé comme les médecins et les infirmières.

L'expérience vécue de la colonisation, et plus particulièrement des pensionnats indiens, a grandement contribué à façonner le point de vue des femmes des Premières Nations sur les recommandations relatives au mode de vie, comme la gestion de l'alimentation, une activité physique accrue et la renonciation au tabac. Sur le plan pratique, de nombreuses femmes ont trouvé ces recommandations déraisonnables face aux réalités économiques de chômage élevé, de pauvreté et d'insécurité

alimentaire (Medved et al., 2013). Les femmes des Premières Nations ont exprimé leur ambivalence, voire de l'hostilité, en réponse aux tentatives des professionnels de la santé de les inciter à adopter ces régimes, percevant ces derniers comme une autre forme de contrôle externe imposé à leur vie (Medved et al., 2013). Pour certaines femmes, les problèmes cardiaques et leur traitement évoquaient les types de contrôle imposés dans les pensionnats indiens et les processus plus vastes de colonisation destinés à assimiler les Premières Nations (Medved et al., 2013). En outre, le fait de résister à l'imposition des règles médicales occidentales (même si les travailleurs de la santé étaient eux-mêmes autochtones) était un moyen pour les femmes de reprendre le contrôle et de pouvoir faire des choix (Medved et al., 2013).



Les recherches menées auprès des femmes des Premières Nations montrent clairement que les stratégies de promotion de la santé doivent tenir compte de l'histoire et du contexte social uniques à leur vie.

8.0 SOUTENIR LA SANTÉ CARDIAQUE CHEZ LES FEMMES DES PREMIÈRES NATIONS



Les programmes de promotion de la santé cardiovasculaire sont souvent conçus pour répondre aux besoins des populations majoritaires ou appliquent un modèle d'intervention dérivé de la recherche avec des hommes (Ziabakhsh, Pederson, Prodan-Bhalla, Middagh, & Jinkerson-Brass, 2016). Cependant, les récits de femmes des Premières Nations montrent clairement que la promotion de la santé qui est fondée sur une vision biomédicale du monde et qui met l'accent sur les régimes de vie normatifs est susceptible d'être inefficace, tout en ayant le potentiel de recréer et de perpétuer l'oppression coloniale. De plus, les professionnels de la santé ne possèdent souvent pas une compréhension suffisante des contextes sociaux et historiques de la vie des femmes des Premières nations, ce qui limite leur capacité de fournir un soutien approprié.

Les recherches menées auprès des femmes des Premières Nations montrent clairement que les stratégies de promotion de la santé doivent tenir compte de l'histoire et du contexte social uniques à leur vie. Nous présenterons sept principes clés qui ont émergé de ce corpus de recherches concernant

la manière dont les stratégies d'intervention en santé cardiaque pourraient être conçues pour mieux répondre à leurs besoins.

Une approche relationnelle de la santé cardiaque

Les femmes des Premières Nations voient leurs cœurs et leurs problèmes cardiaques en fonction de leurs relations avec leurs ancêtres, leurs familles et leurs communautés (Fontaine et al., 2019; Medved et al., 2013). Les approches de la guérison de la santé cardiaque qui intègrent cette vision relationnelle peuvent être favorisées par les femmes des Premières nations. Un programme communautaire qui crée des occasions de discussion et de soutien mutuel peut être considéré comme une approche plus pertinente sur le plan culturel que l'approche descendante typique qui peut être perçue comme une autre forme colonialiste de contrôle de la vie des femmes (Medved et al., 2013). Les cercles de discussion sont un moyen de favoriser des relations tout en offrant des possibilités de soutien par les pairs qui renforcent l'autonomie des

femmes des Premières Nations par le partage et la réception de la sagesse (Ziabakhsh et al., 2016). La narration de récits dans les cercles de partage respecte les formes traditionnelles d'enseignement et d'apprentissage, qui sont vécues très différemment du fait de recevoir des recommandations descendantes d'un expert (Ziabakhsh et al., 2016). En créant un espace sacré et sûr, les cercles de discussion peuvent promouvoir le lien avec la spiritualité d'une personne, un aspect que les interventions ancrées dans un monde biomédical ne prennent généralement pas en compte (Ziabakhsh et al., 2016).

Honorer les rôles traditionnels des femmes des Premières Nations

Traditionnellement, les femmes des Premières Nations occupaient des postes d'influence au sein de leurs communautés. En particulier, les femmes âgées ont joué un rôle important en tant qu'autorités et modèles (Dickson, 2000). Récupérer ces rôles en transmettant aux jeunes

générations leurs connaissances en matière de modes de vie sains est un moyen important pour les femmes de s'occuper de leur propre cœur (Fontaine et al., 2019). Orienter les efforts de promotion de la santé vers les dirigeantes et les aînées d'une communauté aide non seulement les femmes à jouer un rôle important dans l'amélioration de leur santé cardiaque personnelle, mais leur permet aussi d'avoir un impact plus vaste grâce aux rôles de guide qu'elles assument auprès de leur famille et des membres de la communauté (Ziabakhsh et al., 2016).

Promotion de la santé adaptée au genre

La promotion de la santé qui est adaptée au genre signifie non seulement qu'elle s'adresse spécifiquement aux femmes, mais aussi que l'attention est accordée au contexte social, économique, culturel et politique de leur vie (Reid, Pederson, & Dupéré, 2012). La mise en place de programmes de promotion de la santé dans un cadre réservé aux femmes crée un espace sûr pour partager des expériences et discuter de questions délicates (Ziabakhsh et al., 2016). Les interventions doivent également tenir compte de la vie souvent exigeante et mouvementée des femmes des Premières Nations. Cela peut être réalisé grâce à la conception d'un programme flexible qui permet aux femmes de s'autodéterminer dans l'établissement d'objectifs réalistes et réalisables, de travailler à leur propre rythme et d'effectuer des changements au besoin (Ziabakhsh et al., 2016).

L'approche axée sur les traumatismes

Dans le contexte de l'oppression coloniale, les recommandations des professionnels de la santé d'adopter des changements en faveur d'un mode de vie sain pour le cœur peuvent facilement être perçues comme une imposition d'un contrôle externe (Medved et al., 2013). Les soins axés sur les traumatismes reconnaissent les répercussions psychologiques, sociales, physiques et spirituelles que les traumatismes ont sur les individus et sont guidés par les principes de sécurité, de confiance, de compassion, de collaboration, de choix et d'autonomisation (Manitoba Trauma Informed Education & Resource Centre, 2019). Cela peut impliquer d'adopter une approche non normative et non didactique du partage des connaissances (Ziabakhsh et al., 2016). Cela nécessite également une réflexion critique sur la manière dont les pratiques courantes telles que le contrôle du poids, les messages fondés sur la peur et les discussions sur l'abandon du tabac peuvent être perçues comme punitives, même si ce n'est pas l'objectif visé. Par exemple, dans l'étude de Ziabakhsh et de ses collaborateurs (2016) d'un programme de promotion de la santé adapté aux cultures des femmes des Premières Nations, des changements ont été apportés au volet éducatif du programme afin de s'éloigner de l'abandon du tabac et de se concentrer plutôt sur la façon dont le tabac peut être utilisé cérémonieusement.

Remédier aux déséquilibres de pouvoir

Le besoin de remédier aux déséquilibres de pouvoir au sein des relations cliniques est étroitement lié au fait de travailler en tenant compte des traumatismes. Ziabakhsh et ses collaborateurs (2016) ont constaté que les femmes des Premières Nations estimaient les interventions où les infirmières praticiennes abordaient leur groupe comme des femmes ou des sœurs plutôt que comme du personnel médical et qu'elles partageaient le pouvoir avec le groupe plutôt que de contrôler les participantes.

Centrer la vision du monde autochtone

S'éloigner de la perspective biomédicale pour adopter une approche fondée sur les savoirs autochtones implique l'adoption d'une perspective holistique de la santé cardiaque. Les interventions devraient donc soutenir les besoins physiques, émotionnels et spirituels des femmes des Premières Nations et leurs liens avec la famille, la communauté, la terre et le Créateur (Fontaine et al., 2019; Ziabakhsh et al., 2016). Cela peut inclure l'incorporation de cérémonies et de processus, tels que le partage de cercles, de fêtes ou la présentation de messages de promotion de la santé par le biais de récits (Ziabakhsh et al., 2016).

Mettre l'accent sur les soins personnels

L'un des défis auxquels font face les femmes des Premières Nations en matière de gestion de la santé de leur cœur consiste à trouver un équilibre entre les nombreuses responsabilités familiales et communautaires qu'elles assument (Fontaine et al., 2019; Medved et al., 2013). Les interventions qui soutiennent les facteurs de stress quotidiens de la vie et qui font la promotion des messages positifs sur la façon de prendre soin de soi peuvent jouer un rôle important dans la santé cardiaque des femmes (Medved et al., 2013; Ziabakhsh et al., 2016). Étant donné que les femmes se concentrent souvent davantage sur les besoins des autres, l'éducation aux soins personnels revêt une valeur, à

condition que cela se fasse de manière qui n'est pas normative et qui permet de faire preuve de souplesse.

Autres considérations pour appuyer la santé cardiaque des femmes des Premières Nations

En plus d'intégrer ces principes dans les stratégies de promotion de la santé, il existe également d'importants obstacles à surmonter pour améliorer la santé cardiaque des femmes des Premières Nations. L'un des domaines critiques est l'éducation des professionnels de la santé, car ils ont peu d'occasions d'en apprendre davantage sur l'influence qu'a le colonialisme sur la santé et les pratiques en matière de santé (McGibbon

et al., 2013). L'éducation dans ce domaine doit être fondée sur un examen antiraciste et antioppressif du pouvoir colonial et examiner comment cela crée et maintient les hiérarchies raciales qui alimentent les inégalités en matière de santé (McGibbon et al., 2013). Le deuxième obstacle, plus répandu, est le racisme structurel et systémique qui sous-tend les disparités en matière de santé cardiaque chez les femmes des Premières Nations. McGibbon et ses collaborateurs (2013) soutiennent que les professionnels de la santé et les décideurs ont un rôle important à jouer dans la promotion du changement dans les politiques publiques afin de promouvoir la justice sociale.

Orienter les efforts de promotion de la santé vers les dirigeantes et les aînées d'une communauté aide non seulement les femmes à jouer un rôle important dans l'amélioration de leur santé cardiaque personnelle, mais leur permet aussi d'avoir un impact plus vaste grâce aux rôles de guide qu'elles assument auprès de leur famille et des membres de la communauté

(Ziabakhsh et al., 2016).

© Crédit : iStockPhoto.com, réf. 185299043



9.0 CONCLUSION

La santé cardiaque chez les femmes des Premières Nations du Canada n'a pas encore fait l'objet d'études approfondies, bien qu'il ressort clairement des recherches existantes que cette population est fortement touchée par les maladies cardiaques. La colonisation continue d'avoir des répercussions sur la vie des femmes des Premières Nations. Ainsi, les inégalités en matière de santé cardiaque qu'elles éprouvent doivent être examinées dans ce contexte d'oppression systémique continu. Pour ce faire, il faut s'éloigner des discours biomédicaux portant sur les facteurs de risque et les choix de mode de vie qui dominent généralement la prévention, le diagnostic et la prise en charge des problèmes cardiovasculaires.

Lorsque les perspectives des femmes des Premières Nations sont centrées, leurs récits révèlent comment elles comprennent leur santé cardiaque dans le contexte de l'oppression coloniale continue. En offrant une solution de rechange à l'encadrement biomédical des maladies cardiaques, nous cherchons à repenser la façon dont les femmes des Premières Nations peuvent être soutenues de manière significative et pertinente. Les stratégies décrites partagent le principe commun sous-jacent selon lequel le droit des femmes des Premières Nations à l'autodétermination est fondamental pour leur santé cardiaque. Il s'agit là de la clé pour développer des programmes, former des professionnels de la santé et transformer des institutions et des systèmes, qui sont tous nécessaires pour combler l'écart existant en matière de santé cardiaque qui a une incidence profonde sur la vie des femmes des Premières nations.



10.0 RESSOURCES



Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada

La Fondation a mis au point une stratégie de collaboration avec les leaders en santé autochtone pour réduire l'écart entre le nombre de cas de maladies cardiaques chez les Autochtones et les non-Autochtones.

heartandstroke.ca/what-we-do/our-impact/helping-to-close-the-gap-in-indigenous-health (en anglais)

Indigenous Health Education Access Research Training (I-HEART) Centre

Le Centre appuie l'amélioration de la santé cardiovasculaire par le biais d'une éducation qui fait la promotion de la diffusion et de l'application des informations sur la santé autochtone en vue d'éclairer les politiques et les programmes.

i-heartcentre.ca (en anglais)

National Aboriginal Diabetes Association (NADA)

La NADA dispose d'un certain nombre de ressources concernant la santé cardiovasculaire qui sont à la portée des Autochtones.

nada.ca (en anglais)

mite achimowin – Vidéos sur le thème « Parler du fond du cœur »

Quatre histoires sur support numérique de *mite achimowin (parler du fond du cœur)* : *La parole des femmes des Premières Nations au sujet de la santé cardiaque*. On peut trouver les histoires en ligne sur le site Web du Centre de collaboration nationale de la santé autochtone :

Épisode 1 - « E THEE NEW ISKWEW OTE – Le cœur d'une femme crie » par Christina Baker et Mabel Horton

ccnsa.ca/525/Vid%C3%A9o___mite_achimowin_-_parler_du_fond_du_coeur_par_Christina_Baker_et_Mabel_Horton.nccih?id=208 (sous-titres français)

Épisode 2 - « Mes battements de cœur » par Eliza Beardy

ccnsa.ca/525/Vid%C3%A9o___mite_achimowin_-_parler_du_fond_du_coeur_par_Eliza_Beardy.nccih?id=209 (sous-titres français)

Épisode 3 - « NIIN INTEPACHIMOWIN - Mon histoire de cœur » par Virginia McKay

ccnsa.ca/525/Vid%C3%A9o___mite_achimowin_-_parler_du_fond_du_coeur_par_Virginia_McKay.nccih?id=210 (sous-titres français)

Épisode 4 - « MITE MEKIWIN - Cadeau du cœur » par Esther Sanderson

ccnsa.ca/525/Vid%C3%A9o___mite_achimowin_-_parler_du_fond_du_coeur_par_Esther_Sanderson.nccih?id=211 (sous-titres français)

BIBLIOGRAPHIE

(anglais seulement)



- Arbour, L., Rezazadeh, S., Idstrom, J., Weget-Simms, G., Rupps, R., Dyer, Z., Tibbits, G., et al. (2008). A *kcnq1* v205m missense mutation causes a high rate of long QT syndrome in a First Nations community of northern British Columbia: A community-based approach to understanding the impact. *Genetics in Medicine*, 10(7), 545-50. doi:10.1097/GIM.0b013e31817c6b19
- Arriagada, P. (2016). *Women in Canada: A gender-based statistical report (First Nations, Métis and Inuit women)*. Ottawa, ON: Statistics Canada, Catalogue #89-503-X. Retrieved April 9, 2019 from <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/89-503-x/2015001/article/14313-eng.pdf?st=GUj20q->
- Barr, S.I., & Kuhnlein, H.V. (1985). High density lipoprotein and total serum cholesterol levels in a group of British Columbia Native Indians. *Nutrition Research*, (8), 827-37.
- Bombak, A.E. (2010). *Predictors of self-rated health in a Manitoba First Nation community*. Unpublished Master of Arts thesis, University of Manitoba, Winnipeg, Manitoba.
- Bourassa, C., McKay-McNabb, & Hampton, M. (2004). Racism, sexism, and colonialism: The impact on the health of Aboriginal women in Canada. *Canadian Woman Studies*, 24(1), 23-30.
- Brennand, E.A., Dannenbaum, D., & Willows, N.D. (2005). Pregnancy outcomes of First Nations women in relation to pregravid weight and pregnancy weight gain. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 27(10), 936-44. doi:10.1016/S1701-2163(16)30739-3
- Bruce, S.G., Riediger, N.D., Zacharias, J.M., & Young, T.K. (2010). Obesity and obesity-related comorbidities in a Canadian First Nation population. *Chronic Diseases in Canada*, 31(1), 27-32.
- Canadian Institute for Health Information. [CIHI]. (2013). *Hospital care for heart attacks among First Nations, Inuit and Métis*. Ottawa, ON: Author. Retrieved April 9, 2019 from https://secure.cihi.ca/free_products/HeartAttacksFirstNationsEn-Web.pdf
- Charon, R. (2006). *Narrative medicine: Honoring the stories of illness*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Czyzewski, K. (2011). Colonialism as a broader social determinant of health. *International Indigenous Policy Journal*, 2(1), 1-14.
- Dai, S., Bancej, C., Bienek, A., Walsh, P., Stewart, P., & Wielgosz, A. (2009). Report summary tracking heart disease and stroke in Canada 2009. *Chronic Diseases in Canada*, 29(4), 192-3.
- Del Gobbo, L.C., Song, Y., Poirier, P., Dewailly, E., Elin, R.J., & Egeland, G.M. (2012). Low serum magnesium concentrations are associated with a high prevalence of premature ventricular complexes in obese adults with type 2 diabetes. *Cardiovascular Diabetology*, 11(1), 23. doi:10.1186/1475-2840-11-23
- Delisle, H., Dsilets, M.-C., Vargas, E.R., & Garrel, D. (2008). Metabolic syndrome in three ethnic groups using current definitions. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 33(2), 356-60. doi:10.1139/H08-003
- Dickson, G. (2000). Aboriginal grandmothers' experience with health promotion and participatory action research. *Qualitative Health Research*, 10(2), 188-213.
- Earle, L. (2011). *Understanding chronic disease and the role of traditional approaches in Aboriginal communities*. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health.

- First Nations Centre. (2005). *First Nations regional longitudinal health survey (RHS) 2002/03: Results for adults, youth and children living in First Nations communities*. Ottawa, ON: Author.
- First Nations Information Governance Centre [FNIGC]. (2007). *First Nations regional longitudinal health survey (RHS) 2002/03: Results for adults, youth and children living in First Nations communities*. Ottawa, ON: Author.
- 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 one*. Ottawa, ON: Author.
- Fontaine, L.S., Wood, S., Forbes, L., & Schultz, A. (2019). *Listening to First Nations women's expressions of heart health: Mite achimovin digital storytelling study*. *International Journal of Circumpolar Health*, 78(1), 1630233. DOI: 10.1080/22423982.2019.1630233.
- Foulds, J.A.H., Bredin, S.D.S., & Warburton, E.R.D. (2012). The relationship between hypertension and obesity across different ethnicities. *Journal of Hypertension*, 30(2), 359-67. doi:10.1097/HJH.0b013e32834f0b86
- Garro, L.C. (1988). Explaining high blood pressure: Variation in knowledge about illness. *American Ethnologist*, 15(1), 98-119.
- Gracey, M., & King, M. (2009). Indigenous health part 1: Determinants and disease patterns. *The Lancet*, 374(9683), 65-75. doi:10.1016/S0140-6736(09)60914-4
- Heart and Stroke Foundation of Canada. (2018). *Arrhythmia*. Ottawa, ON: Author. Retrieved from <https://www.heartandstroke.ca/heart/conditions/arrhythmia>
- Hegele, R.A., Connelly, P.W., Hanley, A.J.G., Sun, F., Harris, S.B., & Zinman, B. (1997). Common genomic variation in the apoc3 promoter associated with variation in plasma lipoproteins. *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology*, 17(11), 2753-8. doi:10.1161/01.ATV.17.11.2753
- Henderson, J. (2000). Ayukpachi: Empowering Aboriginal thought. In M. Battiste (Ed.), *Reclaiming Indigenous voice and vision* (pp. 248-278). Vancouver, BC: University of British Columbia Press.
- King, M., Smith, A., & Gracey, M. (2009). Indigenous health part 2: The underlying causes of the health gap. *The Lancet*, 374(9683), 76-85. doi:10.1016/S0140-6736(09)60827-8
- MacMillan, H., Walsh, C., Jamieson, E., Wong, M., Faries, E., McCue, H., MacMillan, A. et al. (2003). The health of Ontario First Nations people. *Canadian Journal of Public Health*, 94(3), 168-72. doi:10.1007/BF03405059
- Manitoba Trauma Informed Education & Resource Centre. (2019). *Trauma informed systems/organizations*. Winnipeg, MB: Author. Retrieved June 27, 2019 from <https://trauma-informed.ca/about-us/mtiec-trainings-and-webinars/trauma-informed-organizations-and-systems/>
- Mao, Y. (1992). Indian reserve and registered Indian mortality in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 83(5), 350-3.
- Mayo Clinic. (2019a). Heart disease. *Patient care & health information*. Rochester, MN: Author. Retrieved June 27, 2019 from <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/heart-disease/symptoms-causes/syc-20353118>

- Mayo Clinic. (2019b). Long QT syndrome. Patient care & health information. Rochester, MN: Author. Retrieved June 27, 2019 from <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/long-qt-syndrome/symptoms-causes/syc-20352518>
- McGibbon, E., Waldron, I., & Jackson, J. (2013). The social determinants of cardiovascular disease: Time for a focus on racism. *Diversity and Equality in Health and Care, 10*(3), 139-42.
- McIntyre, L., & Shah, C.P. (1986). Prevalence of hypertension, obesity and smoking in three Indian communities in northwestern Ontario. *Canadian Medical Association Journal, 134*(4), 345-9.
- Medved, M.I., Brockmeier, J., Morach, J., & Chartier-Courchene, L. (2013). Broken heart stories: Understanding aboriginal women's cardiac problems. *Qualitative Health Research, 23*(12), 1613-25. doi:10.1177/1049732313509407
- Montour, L.T., Macaulay, A.C., & Adelson, N. (1989). Diabetes mellitus in Mohawks of Kahnawake, PQ: A clinical and epidemiologic description. *Canadian Medical Association Journal, 141*(6), 549-52.
- National Collaborating Centre for Aboriginal Health. (2011). *Access to health services as a social determinant of First Nations, Inuit and Métis health*. Prince George, BC: Author.
- Oliveira, A.P., Kalra, S., Wahi, G., McDonald, S., Desai, D., Wilson, J., Jacobs, L. et al. (2013). Maternal and newborn health profile in a First Nations community in Canada. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, 35*(10), 905-13. doi:10.1016/S1701-2163(15)30812-4
- Oster, R., Shade, S., Strong, D., & Toth, E. (2010). 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. *Canadian Journal of Public Health, 101*(5), 410-4. doi:10.1007/BF03404863
- 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*(4), 386-93.
- Prince, S.A., McDonnell, L.A., Turek, M.A., Visintini, S., Nahwegahbow, A., Kandasamy, S., Sun, L.Y. et al. (2018). The state of affairs for cardiovascular health research in Indigenous women in Canada: A scoping review. *Canadian Journal of Cardiology, 34*(4), 437-49. doi:10.1016/j.cjca.2018.01.032
- Reading, C., & Wien, F. (2013). *Health inequalities and social determinants of Aboriginal peoples health*. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
- Reading, J. (2015). Confronting the growing crisis of cardiovascular disease and heart health among Aboriginal peoples in Canada. *Canadian Journal of Cardiology, 31*(9), 1077-80. doi:10.1016/j.cjca.2015.06.012
- Reading, J., Svenson, K., Lafontaine, C., O'Neil, J., Young, K., Elias, B., MacMillan, H. et al. (1999). *First Nations and Inuit Regional Health Survey*. First Nations and Inuit Regional Health Survey National Steering Committee. Retrieved April 9, 2019 from https://fnigc.ca/sites/default/files/ENpdf/RHS_1997/rhs_1997_final_report.pdf



- Reid, C., Pederson, A., & Dupéré, S. (2012). Addressing diversity and inequities in health promotion: The implication of intersectional theory. In I. Rootman, S. Dupéré, A. Pederson, & M. O'Neill (Eds.), *Health promotion in Canada: Critical perspectives on practice* (pp. 54-66). Toronto, ON: Canadian Scholars Press.
- Riediger, N.D., Bruce, S.G., & Young, T.K. (2010). Cardiovascular risk according to plasma apolipoprotein and lipid profiles in a Canadian First Nation. *Preventing Chronic Disease, 8*(1), 33-8.
- Riediger, N.D., Lix, L. M., Lukianchuk, V., & Bruce, S. (2014). Trends in diabetes and cardiometabolic conditions in a Canadian First Nation community, 2002-2003 to 2011-2012. *Preventing Chronic Disease, 11*(11), E198. doi:10.5888/pcd11.140334
- Riediger, N.D., Lukianchuk, V., & Bruce, S.G. (2015). Incident diabetes, hypertension and dyslipidemia in a Manitoba First Nation. *International Journal of Circumpolar Health, 74*(1), 1-7. doi:10.3402/ijch.v74.27712
- Statistics Canada. (2016). *2016 census of population*. Ottawa, ON: Statistics Canada Catalogue No. 98-400-X2016155.
- Statistics Canada. (n.d.). *Table 13-10-0099-01 Health indicator profile, by Aboriginal identity and sex, age-standardized rate, four year estimates*. Ottawa, ON: Author. Last updated June 27, 2019.
- Tjepkema, M., Wilkins, R., Pennock, J., & Goedhuis, N. (2011). Potential years of life lost at ages 25 to 74 among Status Indians, 1991 to 2001. *Health Reports, 22*(1), 25-36.
- Tjepkema, M., Wilkins, R., Senécal, S., Guimond, E., & Penney, C. (2009). Mortality of Métis and registered Indian adults in Canada: An 11-year follow-up study. *Health Reports, 20*(4), 31-51.
- Tjepkema, M., Wilkins, R., Urb, M., Goedhuis, N., & Pennock, J. (2012). Cardiovascular disease mortality among First Nations people in Canada, 1991-2001. *Chronic Diseases and Injuries in Canada, 32*(4), 200-7.
- Valderas, J.M., Starfield, B., Sibbald, B., Salisbury, C., & Roland, M. (2009). Defining comorbidity: Implications for understanding health and health services. *Annals of Family Medicine, 7*(4), 357-63. doi:10.1370/afm.983
- Walters, K.L. (2002). Reconceptualizing native women's health: An "indigenist" stress-coping model. *American Journal of Public Health, 92*(4), 520-24.
- Wei-Randall, H.K., Davidson, M.J., Jin, J., Mathur, S., & Oliver, L. (2013). Acute myocardial infarction hospitalization and treatment: Areas with a high percentage of First Nations identity residents. *Health Reports, 24*(7), 3-10.
- Ziabakhsh, S., Pederson, A., Prodan-Bhalla, N., Middagh, D., & Jinkerson-Brass, S. (2016). Women-centered and culturally responsive heart health promotion among Indigenous women in Canada. *Health Promotion Practice, 17*(6), 814-26. doi:10.1177/1524839916633238







