

# LA MÉNOPAUSE ET LES FEMMES AUTOCHTONES AU CANADA :

*l'état actuel de la recherche*

*Regine Halseth, Dre Charlotte Loppie et Nicole Robinson*

NATIONAL COLLABORATING CENTRE  
FOR ABORIGINAL HEALTH



CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE  
DE LA SANTÉ AUTOCHTONE

SANTÉ DES ENFANTS, DES JEUNES ET DES FAMILLES



© 2018 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: *Menopause and Indigenous women in Canada: The state of current research.*

Référence : Halseth, R., Loppie, C., and Robinson, N. (2018). *La ménopause et les femmes autochtones au Canada : l'état actuel de la recherche*. 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  
Télé. : 250-960-5644  
Courriel : [ccnsa@unbc.ca](mailto:ccnsa@unbc.ca)  
Web : [ccnsa.ca](http://ccnsa.ca)

ISBN (imprimée) : 978-1-77368-173-3  
ISBN (en ligne) : 978-1-77368-174-0





# TABLE DES MATIÈRES



1.0 INTRODUCTION -----	7
1.1 Méthodes -----	8
1.2 Résultats -----	8
2.0 CONNAISSANCES, PERCEPTIONS ET EXPERIENCES LIEES A LA MENOPAUSE -----	9
2.1 Connaissances -----	9
2.2 Perceptions -----	10
2.3 Expériences -----	12
3.0 PROBLEMES DE SANTE PHYSIQUE ASSOCIES A LA MENOPAUSE -----	15
3.1 Densité osseuse, fractures et ostéoporose -----	15
3.2 Prévalence du cancer chez les femmes autochtones postménopausées -----	18
3.3 Autres résultats dans le domaine de la santé -----	18
4.0 STRATEGIES POUR LA RESOLUTION DE PROBLEMES ASSOCIES A LA MENOPAUSE -----	19
4.1 Hormonothérapie substitutive -----	20
4.2 Solutions de rechange à l'hormonothérapie substitutive -----	20
4.3 Autres stratégies -----	22
4.4 Soins liés à la ménopause qui soient respectueux de la culture -----	22
5.0 CONCLUSION -----	23
5.1 Recommandations -----	24
BIBLIOGRAPHIE (anglais seulement) -----	26
ANNEXE 1 -----	30



Download publications at  
[nccah.ca/34/Publication\\_Search](http://nccah.ca/34/Publication_Search)



Télécharger des publications à  
[ccnsa.ca/524/Recherche\\_de\\_publication](http://ccnsa.ca/524/Recherche_de_publication)



[issuu.com/nccah-ccnsa/stacks](http://issuu.com/nccah-ccnsa/stacks)



# RÉSUMÉ

## Objectif

La présente étude vise à 1) relever et résumer l'état de la recherche sur la ménopause et les femmes autochtones au Canada, 2) suggérer comment les connaissances existantes peuvent être mises en pratique et 3) dégager les secteurs qui nécessitent une recherche approfondie.

## Sources de données

La revue est basée sur la recherche, examinée ou non par des pairs, publiée entre 1990 et décembre 2016, et relevée en utilisant des index pertinents aux sciences de la santé et des index généraux multidisciplinaires, y compris Academic Search Premier, EBSCOHost, Sage Premier, Science Direct, Web of Science, Google Scholar, PubMed et Medline.

## Choix de l'étude

Les critères qui ont présidé au choix de l'étude comportaient une focalisation importante sur les caractéristiques de la ménopause parmi les femmes autochtones (Premières Nations, Inuites et Métisses) au Canada; leur perception des expériences et des changements; les méthodes employées pour faire face aux problèmes; ainsi que les résultats cliniques liés à la ménopause. La revue a permis de relever 22 publications portant essentiellement sur les femmes autochtones au Canada. Cependant, pour faire ressortir les connaissances lacunaires dans le domaine, la recherche sur les femmes autochtones réalisée dans d'autres pays a également été incluse lorsqu'elle était appropriée.

## Extraction/synthèse de données

La recherche documentaire a révélé un très faible volume de parutions sur la recherche concernant la ménopause chez les femmes autochtones au Canada, la plus grande partie des documents publiés étant surtout axée sur les perceptions et l'expérience de la ménopause ainsi que la perte de densité osseuse qui lui est associée.

## Conclusion

De plus amples recherches doivent être menées sur les manifestations physiques, mentales, émotionnelles, spirituelles et sociales de la ménopause chez les femmes autochtones dans l'ensemble du Canada. Comment elles vivent et perçoivent ces manifestations, comment elles font face aux changements liés aux manifestations, comment la ménopause influence l'incidence du cancer, des maladies cardiovasculaires, de l'hypertension, du diabète sucré et d'autres maladies, et comment adapter à la culture la transmission des connaissances sur la ménopause.

# GLOSSAIRE

## Ménopause

Arrêt des menstruations et fin du cycle de reproduction chez la femme. La ménopause proprement dite se caractérise par l'absence de menstruations pendant 12 mois d'affilée (Mayo Clinic Staff, 2016a).

## Périménopause

Phénomène d'une certaine durée (d'ordinaire quelques années), précédant la ménopause, pendant lequel le corps féminin subit des transformations naturelles qui l'amène à un état permanent d'infécondité (ménopause) (Mayo Clinic Staff, 2016b).

## Postménopause

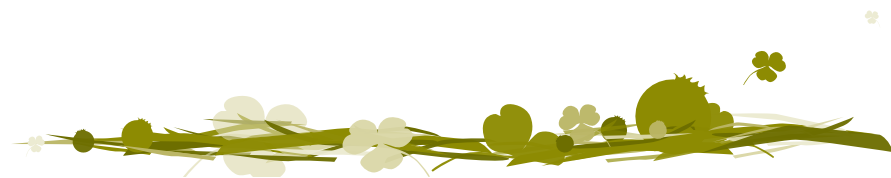
Phénomène d'une certaine durée qui se manifeste après la ménopause.

## Œstrogènes

Hormones produites par les ovaires qui « influencent l'ovulation pendant le cycle menstruel, la lactation après la grossesse, ainsi que l'humeur et le processus de vieillissement ». Après la ménopause, la production d'œstrogènes diminue considérablement (MedicineNet, 2016a).

## Progestérone

Hormone qui prépare l'utérus à recevoir les ovules fécondés et à les garder viables (MedicineNet, 2016b).





*La question visant à comprendre comment les femmes autochtones font l'expérience de la transition ménopausique et répondent aux changements et aux états de santé qui lui sont liés devrait être traitée en priorité pour cette population.*

# 1.0 INTRODUCTION



La ménopause marque la fin du potentiel reproductif de la femme. Ce n'est pas une maladie accompagnée de symptômes; il s'agit au contraire d'un processus biologique naturel, pouvant également être induit par l'ablation chirurgicale des ovaires pour traiter un cancer et des pathologies non cancéreuses (grâce à une procédure appelée ovariectomie) ou par des traitements médicaux tels que la chimiothérapie ou la radiothérapie pelvienne, qui peuvent endommager les ovaires (MedicineNet, 2016c)<sup>1</sup>.

Après la ménopause, la production d'hormones sexuelles, soit les œstrogènes et la progestérone, est considérablement réduite, ce qui peut provoquer des modifications permanentes ou temporaires sur les plans physique, mental, émotionnel et sexuel. Les femmes qui font l'expérience d'une ménopause précoce (avant l'âge de 40 ans) peuvent présenter un risque plus élevé de maladies cardiaques et d'ostéoporose, car les œstrogènes confèrent une certaine protection contre les changements liés à

l'âge qui affectent les vaisseaux sanguins et la densité osseuse (MedicineNet, 2016c).

Bien que la population autochtone<sup>2</sup> au Canada soit relativement jeune comparativement à la population non autochtone, Wilson, Rosenberg, and Abonyi (2011) ont fait remarquer que les « cohortes plus âgées dans la population autochtone croissent plus rapidement que les cohortes plus jeunes » (p. 355). De 2006 à 2016, la proportion de la population féminine et âgée de 45 à 54 ans a augmenté pour toutes les populations autochtones à l'exception des Métis, tandis que la proportion de femmes non autochtones dans cette tranche d'âge a diminué au cours de cette période (Tableau 1)<sup>3</sup>. Pourtant, la recherche sur la santé des strates plus âgées chez les populations autochtones demeure restreinte. La question visant à comprendre comment les femmes autochtones font l'expérience de la transition ménopausique et répondent aux changements et aux états de santé qui lui sont liés devrait être traitée en priorité pour cette population.

**TABLEAU 1 : PROPORTION DE LA POPULATION COMPOSÉE DE FEMMES DE 45 À 54 ANS**

Population	2006	2011	2016
Autochtones	6,5 %	7,0 %	6,7 %
Premières Nations	6,0 %	6,7 %	6,5 %
Inuites	4,5 %	5,0 %	5,5 %
Métisses	7,3 %	7,8 %	7,2 %
Non-Autochtones	8,2 %	8,3 %	7,4 %

Source : Statistique Canada (Statistics Canada), 2006, 2017a, et 2017b.

<sup>1</sup> Toutes les références bibliographiques citées dans ce rapport sont en anglais seulement.

<sup>2</sup> Les expressions « Autochtones » ou « peuples autochtones » sont utilisées dans ce document pour signifier inclusivement les premiers habitants du Canada et 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*. Les expressions « Autochtones » ou « peuples autochtones » seront utilisées pour refléter leur utilisation particulière dans la littérature traitée. Lorsque cela est possible, des noms culturellement spécifiques sont utilisés.

<sup>3</sup> Il est important de remarquer qu'en raison d'un changement survenu dans la façon dont l'*Enquête nationale auprès des ménages* réalisée en 2011 a été menée, en comparaison du recensement de 2006 (le sondage obligatoire en 2006 est passé à un sondage à participation volontaire en 2011), des problèmes liés à la qualité des données sont attribuables à des taux de participation très faibles entre ces deux sondages (l'*Enquête nationale auprès des ménages* de 2011 affichait un taux de réponse pondéré de 68,6 % comparativement à celui obtenu pour le recensement de 2006 (Smith, 2015) de 93,8 %).

Le présent document vise à :

- 1) à relever et à résumer l'état de la recherche sur la ménopause et les femmes autochtones au Canada,
- 2) à suggérer comment les connaissances existantes peuvent être mises en pratique et
- 3) à dégager les secteurs qui nécessitent une recherche approfondie. De façon particulière, le document relève et résume la recherche publiée sur les caractéristiques de la ménopause (y compris l'âge de son apparition; les expériences physiques, mentales, émotionnelles, spirituelles et sociales liées à la ménopause); les perceptions que les femmes autochtones ont de la ménopause; les approches utilisées pour comprendre les changements qui surviennent pendant la périménopause et la postménopause; et les résultats en matière de santé associés à la ménopause parmi les femmes autochtones au Canada.

## 1.1 Méthodes

La recherche publiée sur la ménopause chez les femmes autochtones au Canada a été relevée en utilisant tant des index pertinents aux sciences de la santé que des index généraux multidisciplinaires, y compris Academic Search Premier, EBSCOHost, Sage Premier, Science

Direct, Web of Science, Google Scholar ainsi que PubMed et Medline. La recherche examinée par des pairs et la littérature grise publiée entre 1990 et le 31 décembre 2016 ont été prises en compte. Les combinaisons des termes de recherche suivants ont été utilisées : Autochtones/Premières Nations/Métis/Inuits/Amérindiens/Autochtones+ménopause/vieillesse/quarantaine+femmes. En outre, plusieurs journaux ont fait l'objet d'une fouille minutieuse, y compris *Menopause* et *BMC Women's Health*, et les bibliographies des publications pertinentes ont été vérifiées afin de relever d'autres publications. Les études sont réputées pertinentes si elles mettent l'accent<sup>4</sup> de manière soutenue sur les femmes autochtones (issues d'une des Premières Nations ou de leur ensemble, d'un des peuples inuits ou métis ou de leur ensemble) au Canada en ce qui a trait à l'apparition de la ménopause; aux perceptions qu'elles ont eues de la ménopause ou aux expériences qu'elles en ont faites; aux changements associés à la ménopause et aux stratégies employées pour y faire face; ou aux résultats en matière de santé associés à la ménopause.

Il est important de remarquer que, même si un objectif du présent document consiste à établir les domaines dans lesquels il est nécessaire de poursuivre la recherche, la recherche documentaire n'était pas restreinte aux publications librement accessibles. Dans le cas de certaines publications, on ne peut y avoir accès qu'en les

achetant alors que, pour d'autres, on ne les trouve que dans certaines bibliothèques. Les informations obtenues par le biais de publications qui ne sont pas librement accessibles provenaient d'un résumé ou de sources secondaires. En outre, pour mettre en lumière les connaissances lacunaires dans le contexte des expériences vécues au Canada par les femmes autochtones qui sont ménopausées, là où c'est pertinent, le présent document comprend également la recherche auprès des femmes autochtones vivant dans d'autres pays.

## 1.2 Résultats

La fouille d'informations a permis de révéler que très peu de recherche publiée cible le thème de la ménopause chez les femmes autochtones au Canada. Bien qu'il existe un important corpus de recherche publié sur la ménopause chez les femmes autochtones dans d'autres pays, seulement 22 publications axées sur les femmes autochtones au Canada ont pu être relevées (annexe 1). Neuf d'entre elles étaient axées spécifiquement sur les femmes des Premières Nations, huit sur les femmes autochtones en général, cinq sur les Inuites et aucune ne visait spécifiquement les Métisses. La plus grande partie de cette recherche était axée sur les perceptions qu'avaient les femmes autochtones de la ménopause ou de la densité osseuse pendant la ménopause et ses implications pour ce qui des fractures et de l'ostéoporose.

---

<sup>4</sup> La publication était entièrement axée sur les femmes autochtones, soit comportait au moins une section consacrée, aux femmes autochtones.



## 2.0 CONNAISSANCES, PERCEPTIONS ET EXPERIENCES LIEES A LA MENOPAUSE



Près de la moitié des publications relevées dans cette revue de littérature étaient axées sur les connaissances en la matière, ainsi que les expériences et les perceptions de la ménopause chez les femmes autochtones au Canada. Il existe des preuves irréfutables que la transition vers la ménopause est vécue différemment selon les femmes, tout comme les menstruations ou l'accouchement. La recherche souligne également l'influence que les facteurs psychologiques, ainsi que le contexte social et culturel, jouent dans la conceptualisation de la ménopause et les expériences que les femmes en ont (Loppie, 1997, 2004). Des résultats semblables sur les contextes psychosociaux et culturels des connaissances des femmes autochtones et leurs perceptions de la ménopause ainsi que leurs attitudes face à la ménopause ont été trouvés dans la littérature internationale (Castelo-Branco, Palacios, Mostajo, Tobar, & von Held, 2005; Jones, Jurgenson, Katzenellenbogen, & Thompson. 2012; Michel, Mahady, Veliz, Soejarto, & Caceres, 2006).

### 2.1 Connaissances

Les connaissances sur la ménopause varient grandement parmi les femmes autochtones (Chadha, Chadha, Ross, & Sydora, 2016). Les femmes autochtones n'ont pas toujours accès à des informations utiles sur les changements que provoque la ménopause et les défis qu'elle suscite, ni sur la manière de mieux y faire face (Banister, 2000; Loppie, 2004, 2005; Stern & Condon, 1995). Cette lacune peut être causée par un manque d'information simple, directe et de nature autre que médicale (Loppie, 2004). Jurgenson, Jones, Haynes, Green et Thompson (2014) et Loppie (2004) remarquent que le manque de connaissances sur la ménopause chez les femmes autochtones a contribué à créer chez elles du stress et de la crainte.



*L'oppression coloniale et religieuse des peuples autochtones à l'égard de leurs mœurs sexuelles et des questions liées à la procréation avec lesquelles ils étaient traditionnellement à l'aise, en plus du climat de répression sexuelle et d'abus sexuel ayant pesé sur eux dans les pensionnats autochtones (MacDonald & Hudson, 2012), ont fait en sorte que les femmes autochtones répugnent souvent à parler de leur santé sexuelle et reproductive.*

Plusieurs études ont montré que les femmes autochtones affirment fréquemment se sentir mal à l'aise lorsqu'il est question de ménopause (Davis et al., 2003; Jurgenson et al., 2014; Michel et al., 2006) ou de « problèmes féminins » en général (Madden et al., 2010; Stern & Condon, 1995), de sorte que ce malaise peut les empêcher de solliciter des soins et du soutien. L'oppression coloniale et religieuse des peuples autochtones à l'égard de leurs mœurs sexuelles et des questions liées à la procréation avec lesquelles ils étaient traditionnellement à l'aise, en plus du climat de répression sexuelle et d'abus sexuel ayant pesé sur eux dans les pensionnats autochtones (MacDonald & Hudson, 2012), ont fait en sorte que les femmes autochtones répugnent souvent à parler de leur santé sexuelle et reproductive. En 1995, Stern et Condon ont découvert que les Inuites (nées dans les années 1940 – avant la colonisation à grande échelle dans le Nord)

obtenaient habituellement des informations sur les changements qui s'opèrent au milieu de la vie par le truchement d'autres femmes plus âgées, alors que c'est surtout la médecine occidentale, pourvoyeuse de renseignements médicaux en la matière, qui répondait aux questions de plus jeunes femmes.

## 2.2 Perceptions

Les Autochtones ont une vision holistique du monde, y compris les dimensions mentales, physiques, spirituelles et émotionnelles (Reading & Wien, 2013), de sorte que la ménopause n'est pas perçue comme une simple transition physiologique. Les contextes socio-politiques, historiques, culturels et médicaux dans lesquels les femmes autochtones font l'expérience de changements qui surviennent dans la quarantaine, y compris le contexte et l'essence de leurs relations avec les partenaires, la famille, la communauté et les réseaux familiaux, affectent leur capacité

de conserver cet équilibre au cours de la transition (Banister, 2000, Buck & Gottlieb, 1991; Chadha et al., 2016; Loppie, 1997, 2004). Par exemple, Buck et Gottlieb (1991) ont situé la ménopause dans le contexte d'autres expériences de vie et ont trouvé que les femmes mohawks qui se sentaient en « synchronie » tendaient également à se situer au bon endroit à ce moment de leur vie, tandis que celles qui se sentaient en « asynchronie » se sentaient fréquemment mal à l'aise ou malheureuses pendant cette étape de leur vie.

Certains chercheurs ont signalé avoir constaté d'énormes améliorations dans la vie des femmes autochtones au milieu de la vie. Par exemple, les Maories gagnaient beaucoup en prestige et en influence, participaient aux rituels et aux cérémonies, et occupaient le rôle d'arbitre en matière de normes communautaires (Sinclair, 1992); et chez les femmes kooris<sup>5</sup>, où l'âge est synonyme de sagesse, elles occupaient un rang

<sup>5</sup> Les Kooris sont des Autochtones des États de Nouvelle-Galles du Sud et de Victoria.

privilegié au sein de la communauté à cette étape de leur vie (Thomson, 1992). La ménopause peut également marquer la transition de la femme vers le statut de grand-mère et sa plus grande disponibilité pour les petits-enfants, ainsi que le passage de son rôle d'apprenante à celui d'enseignante de la culture; c'est également une période pendant laquelle elle gagnait un statut imposant un plus grand respect au sein de la communauté (Jurgenson et al., 2014).

Dans certaines études, la liberté, l'autodécouverte et l'autoréflexion ont été les thèmes dominants des perceptions qu'avaient les femmes autochtones de la ménopause (Buck & Gottlieb, 1991; Loppie, 2005; Meadows, Thurston, & Lagendyk, 2004; Webster, 2002). Cette réflexion s'est souvent traduite par la prise de mesures actives permettant de renforcer le bien être des femmes,

y compris la recherche de possibilités de perfectionnement éducatif, la familiarisation avec le savoir et les styles de vie traditionnels, la mise en commun d'expériences vécues et de la sagesse acquise au sein de la communauté, et l'appropriation de rôles plus actifs au sein des familles et des communautés (Meadows et al., 2004). Ces mesures ont fréquemment contribué à la guérison de traumatismes vécus par les femmes à la suite d'expériences dans lesquelles elles ont fait l'objet de discrimination; la confiance en soi des femmes s'en est trouvée rehaussée. Ces nouvelles ressources ont, par la suite, servi à créer une capacité locale et à renforcer le capital social existant au sein de leurs communautés (Meadows et al., 2004).

En ce qui concerne d'autres femmes autochtones cependant, la crainte a dominé leur perception

des changements associés à la quarantaine (Jurgenson et al., 2014; Loppie, 2004). Par exemple, certaines des femmes autochtones en Australie-Occidentale ayant participé à une étude de Jurgenson et al. (2014) ont fait part de leurs attitudes négatives face à la ménopause. Banister (2000) affirme que cela peut provenir d'attitudes négatives entretenues à l'égard du vieillissement des femmes au sein des contextes sociaux et culturels de l'Occident, ce qui peut nuire à l'estime personnelle des femmes (contrairement à un grand nombre de cultures autochtones dans lesquelles le vieillissement est perçu plus positivement). À vrai dire, d'une perspective naturaliste et holistique, les femmes autochtones peuvent être protégées contre la pathologisation de leur expérience personnelle ou la crainte du vieillissement (Loppie, 2004).



*La ménopause peut également marquer la transition de la femme vers le statut de grand-mère et sa plus grande disponibilité pour les petits-enfants, ainsi que le passage de son rôle d'apprenante à celui d'enseignante de la culture; c'est également une période pendant laquelle elle gagnait un statut imposant un plus grand respect au sein de la communauté (Jurgenson et al., 2014).*

La compréhension du contexte peut conduire à l'élaboration de stratégies permettant de communiquer les informations relatives à la ménopause des femmes autochtones et à la recommandation de mécanismes appropriés et acceptables pour la gestion des malaises liés à la ménopause. Pourtant, quelques études relevées dans le cadre de la présente revue ont mis l'accent exclusivement sur le contexte culturel, en soulignant plusieurs aspects des expériences et des perceptions des femmes autochtones. Certaines publications ont souligné la nécessité de communiquer de manière adaptée à la culture les informations relatives à la santé et ont suggéré que les fournisseurs de soins de santé n'attachent aucune acception rigide à l'expérience de la ménopause de manière à ce que les femmes autochtones puissent prendre des décisions éclairées. Par exemple, Madden et ses collègues (2010) ont remarqué que l'expression « ménopause » peut ne pas exister ou avoir la même signification dans toutes les langues autochtones, de sorte que les praticiens de la santé doivent amorcer la discussion avec la patiente en faisant allusion au « moment où les menstruations ont cessé » (p. 331).

Des suggestions figurant dans deux publications visent à améliorer les programmes et la prestation de services auprès des femmes autochtones au milieu de la vie. Banister (2000) fait valoir que les praticiens de la santé doivent être conscients de l'idée qu'ils se font des expériences vécues par les femmes autochtones qui sont dans la quarantaine, surtout comment ils entrent en relation et

interagissent avec leurs clientes. Elle allègue qu'il est nécessaire d'utiliser des stratégies qui encouragent les clientes à articuler les significations personnelles qu'elles prêtent à la ménopause et qu'elles prennent de manière plus active et signifiante la direction de leur vie. Loppie (2004) suggère en outre que les programmes et les services destinés aux Micmaques (et aux femmes autochtones de manière élargie) soient basés sur les valeurs autochtones, axés sur le développement des capacités intergénérationnelles et incorporent la possibilité d'appliquer diverses stratégies pour procurer le mieux-être et la guérison au milieu de la vie, si besoin est.

Dans l'ensemble, les conclusions de la littérature canadienne et internationale indiquent la nécessité d'explorer de manière approfondie les circonstances pouvant influencer les perceptions qu'ont les femmes autochtones de la ménopause et les façons dont l'information peut être transmise de manière plus appropriée afin d'atténuer les tracas suscités par la ménopause. Ladite recherche pourrait entraîner la mise au point de mesures de soutien permettant d'optimiser la santé et le bien-être des femmes autochtones pendant cette étape de la vie.

## 2.3 Expériences

Un autre secteur de la recherche ayant reçu une attention limitée, au Canada comme à l'étranger, a trait aux expériences liées par les femmes autochtones qui abordent la périménopause ou se trouvent en phase postménopausale. Les informations portant sur les caractéristiques (par ex., l'âge de

l'apparition et de la manifestation) de la ménopause chez les femmes autochtones au Canada se font rares. En fait, seules deux publications ont pu être relevées, et toutes deux comportent l'examen de la bibliographie, elle-même issue de bases de données médicales et non médicales, plutôt que la recherche d'origine. Une étude était principalement centrée sur des femmes autochtones du Canada, bien que d'autres femmes autochtones d'Amérique du Nord aient aussi été incluses (Webster, 2002). D'autres études portaient sur des femmes autochtones de partout dans le monde (Chadha et al, 2016).

Il existe, cependant, un imposant corpus d'ouvrages, conçus de manière étroite et selon des considérations bio-médicales, qui portent sur les expériences ménopausales de femmes autochtones de l'Amérique latine, de l'Amérique centrale et de l'Amérique du Sud, de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et des États-Unis. Selon ces études, l'âge à laquelle apparaissait la ménopause et l'inconfort provoqué par les changements associés dépendaient des facteurs sociaux (par ex., le statut socio-économique), de la composition corporelle et de la région, ainsi que de l'usage du tabac (Castelo-Branco et al., 2005; Chadha et al., 2016; Hayatbakhsh, Clavarino, Williams, Sina, & Najman, 2012; Johnston, 2001; Monterrosa-Castro et al., 2009, 2013; Palacios, Henderson, Siseles, Tan, & Villaseca, 2010; Ojeda, Monterrosa, Blümel, Escobar-López, & Chedraui, 2011; Schindler, 2006). Par exemple, dans une étude sur les femmes pieds noirs, l'âge moyen de la ménopause était 51,2

ans et corrélait les facteurs suivants : l'âge à l'apparition des premières règles, aucun contrôle des naissances, aucune utilisation de contraceptifs oraux et le fait d'avoir été allaitée (Johnston, 2001, 2003). Une analyse documentaire systématique des expériences en matière de ménopause chez les femmes autochtones à l'échelle mondiale a déterminé que la ménopause survient en moyenne à un plus jeune âge au sein de la plupart des groupes de femmes autochtones, ce qui est souvent attribué à la malnutrition et à un mode de vie plus âpre (Chadha et al, 2016).

Les données probantes relatives aux caractéristiques et à la gravité de l'inconfort ressenti associé à la ménopause chez les femmes autochtones présentent des résultats variables. Webster (2002) a indiqué des changements vasomoteurs (c'est-à-dire des bouffées de chaleur et des sueurs) chez les femmes autochtones en comparaison des femmes non autochtones de l'Amérique du Nord. En revanche, Madden et al. (2010) ont signalé que six femmes des Premières Nations dans le cadre de leur étude (n=18) ont signalé l'absence totale de bouffées de chaleur, alors que six autres ont décrit les bouffées de chaleur décrites comme étant un élément important de leur expérience ménopausale. Chez les Micmaques, certaines femmes ont signalé ne pas souffrir de sautes d'humeur, de bouffées de chaleur ni de troubles de la mémoire, alors que d'autres ont fait l'expérience de changements d'humeur et

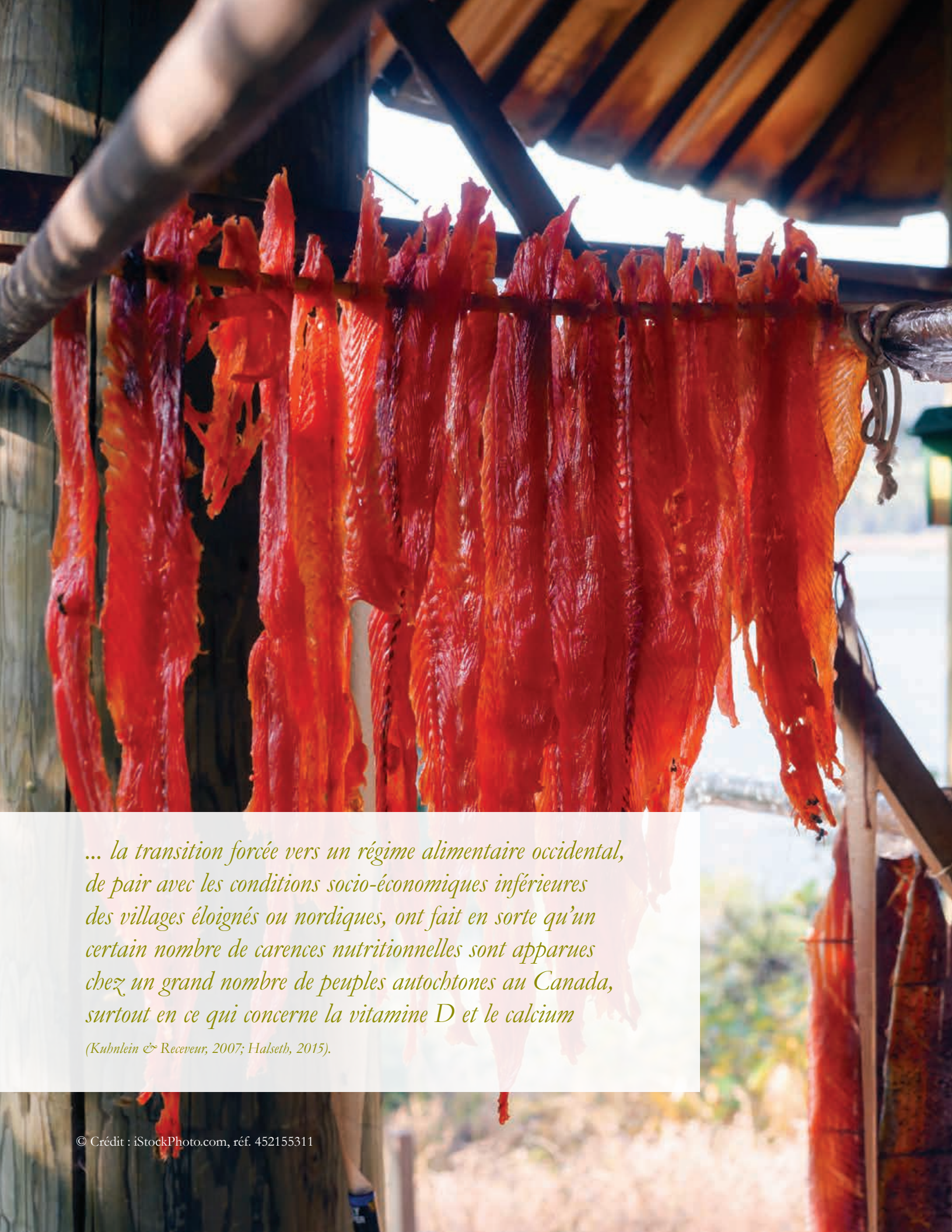
d'habitudes alimentaires, de bouffées de chaleur, d'un gain de poids, de palpitations cardiaques, de sueurs froides, de variations du désir sexuel, de sécheresse vaginale accompagnée ou non de rapports sexuels douloureux, de perturbations du sommeil, d'étourdissements, de dépression, de fatigue, de perte de mémoire, d'incontinence et d'un manque d'énergie (Loppie, 2004). Le rythme et la variation qu'elles ont vécus peuvent être considérés dans un continuum, en ce qui a trait à la fréquence, à la durée et à l'intensité de ces expériences qui sont signalées de façon similaire par des femmes non autochtones de l'Amérique du Nord (Freeman, & Sherif, 2007).

Dans un contexte mondial, comparativement aux rapports concernant les femmes non autochtones, certains chercheurs ont découvert que les femmes navajos des régions rurales (Mingo, Herman, & Jasperse, 2000), les femmes mayas du Yucatan (Carranza-Kira, Quiroz, González, Alfaro Godinez, & May Can, 2012), les femmes autochtones de l'Australie (Thomson, 1992) et les femmes mayas des régions rurales (Martin, Block, Sanchez, Arnaud, & Beyene, 1993) ont signalé souffrir d'aucun inconfort lié à la ménopause ou de peu, alors que d'autres comme Monterrosa et al. (2009) et Ojeda et al. (2011), dans leurs études sur les femmes autochtones de l'Amérique du Sud, ont trouvé qu'elles souffraient de troubles plus graves<sup>6</sup> liés à la ménopause, ce qui augmente la chance qu'elles fassent part d'une qualité de vie amoindrie.

Les études de Lynch et de ses collègues (2010) portaient sur le poids et la qualité de vie liée à l'état de santé chez les femmes postménopausées appartenant à cinq groupes ethniques aux États-Unis; les chercheurs ont trouvé que les problèmes de santé les plus fréquents étaient des troubles liés à l'obésité, de l'hypertension et de l'arthrose. Toujours selon les résultats obtenus, les femmes autochtones d'Amérique et de l'Alaska postménopausées affirment éprouver des douleurs modérées à intenses (y compris des douleurs généralisées, des douleurs au bas du dos, des douleurs cervicales et de la douleur ou de la raideur articulaire) plus fréquemment que chez les autres groupes ethniques et révèlent avoir des antécédents en matière de troubles de l'humeur et avoir vécu plus de cinq événements stressants. Monterrosa-Castro et ses collègues (2009, 2013) ont également remarqué le rôle que le tabagisme jouait par rapport à l'insomnie et à la gravité des inconforts somatiques et psychologiques, liés à la ménopause. Les recherches qui se sont particulièrement penchées sur les effets de la ménopause sur la santé mentale et le bien-être, ainsi que sur les manifestations et les résultats de santé que leur sont associés parmi les femmes autochtones, sont pratiquement absentes.

---

<sup>6</sup> La gravité de l'inconfort a été mesurée en utilisant l'échelle de classement de la ménopause, divisée en sous-échelles : somatique, psychologique et urogénitale. À chaque type d'inconfort est associée une marque sur l'échelle variant de 0 (absence) à 4 (très grave). Les valeurs supérieures à 8 (somatique), à 6 (psychologique) et à 3 (urogénital) et à 16 (total) indiquent des « symptômes » graves.



*... la transition forcée vers un régime alimentaire occidental, de pair avec les conditions socio-économiques inférieures des villages éloignés ou nordiques, ont fait en sorte qu'un certain nombre de carences nutritionnelles sont apparues chez un grand nombre de peuples autochtones au Canada, surtout en ce qui concerne la vitamine D et le calcium*

*(Kuhnlein & Receveur, 2007; Halseth, 2015).*

# 3.0 PROBLEMES DE SANTE PHYSIQUE ASSOCIES A LA MENOPAUSE



Alors qu'un grand nombre de recherches sont consacrées à la ménopause chez les femmes non autochtones, les études sur les femmes autochtones au Canada sont extrêmement limitées. La documentation disponible met surtout l'accent sur la densité osseuse, l'ostéoporose et les fractures. Toutefois, elle ne comporte aucune étude concernant les résultats dans le domaine de la santé, comme le cancer ou les maladies cardiovasculaires, et un seul article portant sur la prévalence des cas inexpliqués d'anémie.

## 3.1 Densité osseuse, fractures et ostéoporose

En dépit de certaines variations liées à l'ethnicité, les femmes en général font l'expérience d'une diminution relativement rapide de la densité osseuse au cours de la période postménopausique, ce qui est en soi un facteur de risque pour l'ostéoporose et les fractures. C'est donc à tous ces égards un important problème de santé qui vise les femmes âgées (Ohta et al., 1992; Paunescu, Dewailly, Dodin, Nieboer, & Ayotte, 2013a). Certaines recherches suggèrent que les femmes autochtones aux États-Unis présentent une masse osseuse plus élevée avant la ménopause que les femmes euro-américaines mais

la perdent plus rapidement au cours de leurs années postménopausiques (Perry, et al., 1998a/b). Neuf études dans le cadre de cette révision ont exploré la densité osseuse chez les femmes autochtones (surtout les Premières Nations) au Canada (El Hayek, Pronovost, Morin, Egeland, & Weiler, 2012; Evers, Orchard, & Haddad, 1985; Leslie et al., 2004, 2005, 2006a/b, 2008; Paunescu et al., 2013a/b). Ces études tendaient à se concentrer sur la population autochtone en général ou les femmes autochtones de tout âge, plutôt que sur les femmes postménopausées en particulier. Bien que les résultats de ces études soient quelque peu mitigés (les femmes autochtones présentant une densité osseuse relativement faible à certains endroits précis du corps et une densité osseuse supérieure à d'autres), ils soulignent la nécessité de mener de plus amples recherches sur les facteurs susceptibles de mettre les femmes autochtones plus vulnérables aux fractures pendant la postménopause, comme les contaminants environnementaux, et sur la prévalence de l'obésité, du diabète, des comorbidités et de la toxicomanie.

La recherche a montré que la vitamine D, le calcium et les acides gras sont importants pour le maintien de la solidité osseuse (Côté et al., 2004; El Hayek et al., 2012;

Paunescu et al., 2013c, 2014; Weiler, Leslie, Krahn, Steiman, & Metge, 2007). Quatre études canadiennes ont exploré le rôle de la nutrition en ce qui a trait à la densité osseuse parmi les femmes autochtones, y compris les acides gras saturés et monoinsaturés (Paunescu, Ayotte, Dewailly, & Dodin, 2014), la vitamine D (El Hayek et al., 2012; Weiler, Leslie, & Bernstein, 2008) et le calcium (Evers et al., 1985).

Les sources alimentaires traditionnelles chez les peuples autochtones, surtout le poisson et les mammifères marins, sont d'importantes sources d'acides gras et de vitamine D (El Hayek, Egeland, & Weiler, 2011; Lock, Waagbo, Wendelaar Bonga, & Flik, 2010), tandis que les fèves, les arêtes, les noix et quelques légumes verts sont de bonnes sources de calcium (Phillips, 2009). Cependant, la transition forcée vers un régime alimentaire occidental, de pair avec les conditions socio-économiques inférieures des villages éloignés ou nordiques, ont fait en sorte qu'un certain nombre de carences nutritionnelles sont apparues chez un grand nombre de peuples autochtones au Canada, surtout en ce qui concerne la vitamine D et le calcium (Kuhnlein & Receveur, 2007; Halseth, 2015).



*El Hayek et ses collègues (2012) ont trouvé que les régimes alimentaires des Inuites de 50 ans et plus, comparativement aux jeunes Inuites de 40 à 49 ans, étaient plus nutritifs et comportaient des concentrations plus élevées de vitamine D en raison de leur consommation d'aliments plus traditionnels.*

Chose très surprenante, Evers et ses collègues (1985) ont trouvé que, après avoir effectué des contrôles pendant un certain nombre d'années après l'apparition de la ménopause, l'apport réduit en calcium ne permettait pas de prédire efficacement la perte osseuse chez les Indiennes de l'Amérique du Nord<sup>7</sup>. Dans le même ordre d'idées, 25(OH)D<sup>8</sup> n'était pas un facteur significatif de prédiction de la densité osseuse selon les échantillons prélevés dans les populations d'Inuits et des Premières Nations, en dépit de son importance relativement au maintien de la densité osseuse (El Hayek et al., 2012; Weiler et al., 2008). Cela peut être attribuable à l'atteinte d'un plateau dans la concentration de l'hormone parathyroïdienne (une hormone importante pour le remodelage osseux), ce qui se produit lorsqu'une certaine concentration de 25(OH)D est atteinte (Dawson-Hughes et al., 2005).

El Hayek et ses collègues (2012) ont trouvé que les régimes alimentaires

des Inuites de 50 ans et plus, comparativement aux jeunes Inuites de 40 à 49 ans, étaient plus nutritifs et comportaient des concentrations plus élevées de vitamine D en raison de leur consommation d'aliments plus traditionnels. Paunescu et al. (2014) ont également trouvé que les concentrations plus élevées en acides gras monosaturés et saturés étaient associées à la solidité osseuse chez les Inuites du Nunavik. Cette conclusion est appuyée par d'autres recherches menées chez les Inuits du Groenland (Côté et al., 2004; Stark et al., 2002; Paunescu et al., 2013c). On peut en conclure que la transition sur le plan nutritionnel qui a entraîné la consommation réduite d'aliments traditionnels chez la population inuite plus jeune fait en sorte que son risque de souffrir d'ostéoporose et de fractures osseuses peut être plus élevé. Promouvoir la consommation d'aliments traditionnels peut conséquemment être un élément important des stratégies mises en place en matière de promotion de la santé des os.

Plusieurs études ont examiné l'obésité et les problèmes de santé chroniques, tels que le diabète, en tant que facteurs de risque pour l'ostéoporose et les fractures osseuses chez les femmes autochtones au Canada. En 2008, Leslie et ses collègues ont remarqué que les femmes des Premières Nations présentaient une densité minérale osseuse adaptée au poids corporel significativement plus faible en comparaison des femmes euro-canadiennes en ce qui concerne deux endroits du corps, ce qu'ils ont en grande partie attribué à un rapport plus faible entre la masse maigre et la masse adipeuse. Cependant, El Hayek et al. (2012) ont trouvé que l'adiposité (graisses) plus élevée permettait de prédire la densité minérale osseuse de l'avant-bras tant chez les Inuites préménopausées que celles qui sont postménopausées. Dans le même ordre d'idées, Evers et al. (1985) ont conclu que l'obésité était positivement associée à la densité osseuse chez les Indiennes de l'Amérique du Nord, et Paunescu

<sup>7</sup> L'expression utilisée par les auteurs est « Indienne de l'Amérique du Nord » alors qu'ils font référence aux femmes indiennes du Sud-Ouest de l'Ontario.

<sup>8</sup> L'acronyme fait référence à la « 25-hydroxyvitamine D », une substance biochimique produite par le foie grâce à la conversion de la vitamine D3; elle sert à déterminer la concentration en vitamine D dans l'organisme du patient (Wikipedia). Calcifediol. 2015; <https://en.wikipedia.org/wiki/Calcifediol>



et al. (2014) n'ont trouvé aucune association entre les mesures anthropométriques (la grandeur, la forme et la composition du corps humain) et l'indice de rigidité (Stiffness Index (SI))<sup>9</sup> dans un échantillon composé d'Inuites, bien qu'une grande proportion de ces femmes soient considérées obèses. Ils ont allégué que quoiqu'un taux élevé de masse adipeuse ait été associé à un facteur de risque pour l'ostéoporose et les fractures par fragilité l'obésité peut ne pas « refléter le même degré de risque métabolique » chez les Inuites que chez les autres populations en raison du fait que l'acide oléique (un acide gras contenu dans la viande) contribue à la solidité osseuse dans cette population (p. 8).

Deux études ont examiné le lien potentiel entre le diabète et la perte osseuse ou les fractures; l'une de ces études était exclusivement axée sur les femmes autochtones postménopausées. Evers et ses collègues (1985) n'ont trouvé aucune association entre le diabète et la perte osseuse chez les Indiennes de l'Amérique du Nord, alors que Leslie et al. (2006a) ont relevé qu'une prévalence plus élevée du diabète était associée à des taux plus élevés de fractures ostéoporotiques dans la population des Premières Nations en général, y compris les femmes postménopausées.

Cependant, ils ont aussi affirmé que d'autres facteurs de risque, n'ayant pas fait l'objet d'une exploration dans le cadre de leur étude, pourraient contribuer à des taux élevés de fractures ostéoporotiques dans cette population.

Certains chercheurs ont émis l'hypothèse que les contaminants environnementaux tels que le cadmium (métal toxique) et les polluants organochlorés (pesticides) sont des facteurs de risque de l'ostéoporose chez les femmes postménopausées (Alfvén et al., 2000; Järup & Åkesson, 2009; Rignell-Hydbom et al., 2009; Vahter, Berglund, & Åkesson, 2004). Deux études ont analysé le rôle des contaminants environnementaux dans le développement de l'ostéoporose chez les femmes autochtones au Canada (Paunescu et al., 2013a/b). Ces études, basées sur un échantillon composé de Cries et d'Inuites, n'ont révélé que peu de données probantes à l'appui de la thèse voulant que les contaminants environnementaux soient liés à l'ostéoporose. Les conclusions sont appuyées par les résultats d'une étude similaire menée chez les Inuits du Groenland (Côté et al., 2006). Bien que les preuves selon lesquelles les contaminants environnementaux sont associés à l'ostéoporose soient aujourd'hui encore limitées<sup>10</sup>, étant donné les taux élevés de tabagisme

et les niveaux élevés d'exposition potentielle aux contaminants environnementaux au Canada, il peut y avoir lieu d'approfondir les recherches sur cette question.

Peu d'études, dans le cadre de la présente revue, portent sur la détermination des facteurs de risque liés au mode de vie et associés à la perte de densité osseuse, à l'ostéoporose et aux risques de fracture chez les femmes autochtones, facteurs comprenant le tabagisme, l'exercice physique et la toxicomanie. Paunescu et al. (2013a) ont trouvé que le tabagisme était associé de façon négative à l'état de la densité osseuse chez les Cries de la baie James, tandis que l'exercice physique était un indicateur positif de la densité osseuse du radius (l'os long de l'avant-bras) dans cette population. En revanche, Evers et ses collègues (1985), qui ont cherché à déterminer les différences entre les facteurs de risque pour la perte osseuse chez les femmes euro-américaines et les femmes autochtones de l'Amérique du Nord, ont trouvé, après le filtrage du nombre d'années en postménopause, que le tabagisme n'était pas un bon indicateur de la perte osseuse chez les femmes autochtones de l'Amérique du Nord. Une étude a révélé que la toxicomanie<sup>11</sup> était associée aux fractures ostéoporotiques chez les adultes tant

<sup>9</sup> L'indice de rigidité (Stiffness Index) est une expression de la qualité des os en ce qui a trait à leur densité, à leur structure et à leur force. La densité osseuse est en général évaluée au moyen de l'absorptiométrie biénergétique à rayons X ou ultrason, et le pointage obtenu est présenté selon deux formats : le « T-score » qui permet de comparer votre densité osseuse à celle prévue pour une jeune personne en santé et il est utilisé pour déterminer le risque de fracture et le « Z score » qui compare votre densité osseuse à la densité osseuse moyenne d'une personne de votre âge, qui ne sert pas à établir le risque de fracture (Osteoporosis and Related Bone Diseases National Resource Center, n.d. Building Strong Bones for Life).

<sup>10</sup> Malgré certaines recherches qui indiquent une association entre le cadmium et la densité osseuse (consulter par exemple, Vahter, et al., 2004), d'autres recherches n'ont trouvé que peu ou pas de relations entre d'autres contaminants environnementaux et la densité osseuse ou l'ostéoporose.

<sup>11</sup> La toxicomanie a été définie comme toute réclamation pour soins médicaux ou frais d'hospitalisation, accompagnée d'un code correspondant à un diagnostic pertinent (c'est-à-dire psychoses alcooliques, psychoses découlant de la toxicomanie, dépendance à l'alcool ou aux drogues, toxicomanie ou abus de drogues chez des personnes non dépendantes).

autochtones que non autochtones au Manitoba (Leslie et al., 2006a).

Bien que les personnes autochtones vivant au Canada (y compris les femmes postménopausées) présentent des taux d'ostéoporose plus élevés que les personnes non autochtones (Statistics Canada, 2009), la présente revue semble indiquer que les conclusions de la recherche sur les répercussions de l'usage de substances, licites ou illicites, de l'activité physique, de la nutrition, de l'obésité et du diabète sur la densité osseuse, l'ostéoporose et les risques de fracture chez les femmes autochtones postménopausées ne sont ni cohérentes ni bien comprises. Les recherches qui aborderont tout spécialement les conditions de vie (important déterminant de l'utilisation du tabac, de la toxicomanie, du manque d'exercice physique, de l'obésité et du diabète) pourraient inspirer d'autres idées quant au risque de fractures chez cette population.

### 3.2 Prévalence du cancer chez les femmes autochtones postménopausées

Le cancer du sein est un important problème de santé chez les femmes après la ménopause, surtout celles qui utilisent l'hormonothérapie substitutive. En effet, un certain nombre d'études ont suggéré que l'hormonothérapie substitutive est associée à un risque accru de cancer du sein (Eaton et al., 1994; Printz, 2014; Wise, 2016). Malgré cela, aucune étude sur le cancer du sein ou ses risques chez les femmes autochtones postménopausées au Canada n'a été trouvée.

La recherche dans ce domaine, également très limitée relativement aux femmes autochtones vivant dans d'autres pays, est surtout consacrée aux femmes autochtones de l'Amérique du Nord (Bartow, Pathak, Mettler, Key, & Pike, 1995; Chlebowski et al., 2005; Eaton et al., 1994; McKenzie et al., 2014; Roubidoux et al., 2003; Slattery et al., 2007). Les prédicteurs de la radiotransparence du sein (présence de gras dans le sein, associée au risque accru de cancer du sein) comprenaient l'obésité, l'âge avancé ou le statut de postménopause et l'identité propre aux Autochtones nord-américaines (Bartow et al., 1995; Eaton et al., 1994). L'étude de Roubidoux et ses collègues (2003) révèle que la relation entre la densité du sein (contenant moins de tissus graisseux) et le diabète varie selon le statut attaché à la ménopause chez les femmes autochtones nord-américaines, le diabète étant corrélé avec la densité du sein chez les femmes préménopausées, mais non chez les femmes postménopausées. McKenzie et al. (2014) ont trouvé que les Maories postménopausées dont le pointage se situait dans le tiers supérieur de l'indice du mode de vie sain présentaient un risque de cancer du sein significativement plus faible que celles du tiers inférieur. Enfin, l'étude de Slattery et al. (2006) révèle que l'exercice physique était associé à un risque réduit de cancer du sein chez les femmes autochtones de l'Amérique du Nord, surtout chez les femmes postménopausées et celles qui n'ont pas été récemment exposées à l'hormonothérapie substitutive.

### 3.3 Autres résultats dans le domaine de la santé

Un seul article supplémentaire explore les associations entre la ménopause et d'autres résultats dans le domaine de la santé chez les femmes autochtones. Cet article examine et compare la prévalence des cas inexplicés d'anémie chez les hommes inuits et les femmes inuites postménopausées du nord du Labrador (Jamieson, Weiler, Kuhnlein et Egeland, 2016). Les résultats de l'étude indiquent des taux relativement stables d'anémie chez les femmes inuites de tous les groupes d'âge. Toutefois, alors que la carence en fer explique en grande partie l'anémie observée chez les femmes inuites préménopausées, elle n'explique pas les taux modérés d'anémie observés chez les femmes postménopausées, qui ont généralement des réserves adéquates de fer. Les auteurs mettent l'accent sur plusieurs facteurs qui vont au-delà de la situation relative au fer et qui pourraient contribuer à la prévalence des cas d'anémie parmi les Inuits plus âgés, dont l'inflammation, les infections et les faibles statuts socio-économiques. Ils avancent qu'il est possible que les régimes alimentaires traditionnels riches en nutriments et les modes de vie traditionnels protègent les Inuits contre l'anémie nutritionnelle, mais qu'ils contribuent à des valeurs moindres d'hémoglobine obtenues par le biais de l'exposition environnementale.

## 4.0 STRATEGIES POUR LA RESOLUTION DE PROBLEMES ASSOCIES A LA MENOPAUSE



De multiples stratégies sont proposées pour résoudre les problèmes susceptibles de se poser pendant la périménopause et la postménopause. Certaines femmes utilisent l'hormonothérapie substitutive à base d'œstrogènes et de progestérone pour réduire la fréquence des bouffées de chaleur et la perte osseuse; cependant, à la suite de préoccupations soulevées par la sécurité de ces hormones issues de sources étrangères, un grand nombre de femmes adoptent des solutions de rechange naturelles plus sécuritaires selon elles (Rees, 2009; Wuttke et al., 2014). De plus, il existe une documentation limitée concernant d'autres stratégies telles que la réduction du stress et le changement du mode de vie, qui peuvent réduire les inconforts potentiels et, conséquemment, améliorer la qualité de vie.

Quelques études ont exploré des stratégies utilisées par les femmes autochtones au Canada pour aborder la transition périménopausale. Cependant, il n'existe que peu d'informations sur la mesure avec laquelle les femmes autochtones canadiennes consultent les professionnels de la santé au sujet de la ménopause et des changements qui lui sont liés, de leur utilisation de l'hormonothérapie substitutive, des approches traditionnelles et des stratégies de rechange pour gérer les symptômes, et de l'efficacité ou de la sécurité des diverses stratégies utilisées par cette population. De même, il n'existe que très peu de documentation sur l'hormonothérapie substitutive, les compléments naturels et les autres stratégies d'adaptation que les femmes autochtones des autres contrées utilisent.



#### 4.1 Hormonothérapie substitutive

On a fait état de l'hormonothérapie substitutive dans les études effectuées auprès de Micmaques (Loppie, 2004), de Maories (Lawton, Rose, Cormack, Stanley, & Dowell, 2008), d'Autochtones australiennes (Davis et al., 2003; Jurgenson et al., 2014) et d'Autochtones nord américaines (Cowan et al., 1997; Redwood, Lanier, Johnston, Murphy, & Murtaugh, 2012). Dans toutes ces études sauf une, l'utilisation de suppléments à base d'œstrogènes par les femmes autochtones s'est révélée assez faible. Ces études suggèrent que, pour diverses raisons, les femmes autochtones n'utilisent pas ou cessent d'utiliser l'hormonothérapie substitutive. Mingo et ses collègues (2000) ont trouvé que des femmes autochtones de l'Amérique du Nord n'avaient pas entendu parler de l'hormonothérapie substitutive et, parmi celles qui avaient reçu une ordonnance, un grand nombre s'étaient dites insatisfaites en raison des effets secondaires. Les femmes peuvent également éprouver certaines craintes face à l'utilisation de

l'hormonothérapie substitutive. Par exemple, l'étude de Jurgenson et ses collègues (2014) a révélé, en se basant sur un échantillon, que 20 % des Autochtones australiennes se sont montrées réticentes à utiliser l'hormonothérapie substitutive, craignant de subir des complications, et souhaitaient passer par cette étape de la vie de manière naturelle. De même, Loppie (2004) a signalé que les Micmaques de la Nouvelle-Écosse étaient préoccupées par les effets de l'hormonothérapie substitutive sur leur santé et un grand nombre d'entre elles ne l'avaient utilisée que pendant un court instant.

L'hormonothérapie substitutive a été associée à un risque accru de cancer du sein, surtout chez les femmes obèses postménopausées (Eaton et al., 1994). Ce risque peut préoccuper les femmes autochtones au Canada dont les taux d'obésité sont supérieurs à ceux des femmes non autochtones (NCCAH, 2012). L'étude de Jurgenson et al. (2014) fait état de la crainte de consulter qu'éprouvent certaines Autochtones de l'Australie, croyant que leurs symptômes pourraient

indiquer qu'elles souffrent du diabète ou d'une maladie cardiaque. Une mise en garde publiée par Zhang et ses collègues (2002) recommande de tenir compte du diabète de la patiente lorsqu'il est question de lui prescrire ou non des œstrogènes. Étant donné les taux élevés de diabète chez les femmes des Premières Nations, il importe d'approfondir la recherche sur la question, supposément pour établir la prévalence de l'hormonothérapie substitutive chez les femmes autochtones et leurs perceptions quant à son utilisation.

#### 4.2 Solutions de rechange à l'hormonothérapie substitutive

Les solutions de rechange à l'hormonothérapie substitutive comprennent les compléments naturels dont plusieurs sont considérés comme des « médicaments traditionnels » par certaines populations autochtones, y compris la cimicifuge à grappes, l'huile d'onagre, les fleurs de trèfle rouge et les extraits d'isoflavones de soya, qui sont surtout utilisés pour



réduire la fréquence des bouffées de chaleur et des sueurs. La recherche documentaire a mis en lumière le fait qu'aucune étude n'a, de manière exclusive, exploré l'utilisation desdits produits par les femmes autochtones au Canada ni leur efficacité au sein de cette population. Davantage de recherches ont été menées sur l'utilisation desdits produits par d'autres femmes autochtones, y compris celles habitant les États-Unis ou l'Amérique centrale ou du Sud. Plusieurs études ont également servi à évaluer la sécurité et l'efficacité de ces produits de façon générale. Jusqu'à maintenant, les preuves pour la plupart ne sont pas concluantes, ce qui a pour effet d'engendrer de l'incertitude concernant les solutions de rechange (dont l'hormonothérapie substitutive) pour réduire l'inconfort lié aux changements associés à la ménopause.

La plus grande partie des données probantes issues de la recherche sur la sécurité et l'efficacité des thérapies naturelles ont trait à l'utilisation d'une plante vivace, indigène en Amérique du Nord, appelée cimicaire à grappes (*Cimicifuga racemosa*). Cette plante est un

médicament traditionnel utilisé par les populations autochtones d'Amérique pour remédier aux bouffées de chaleur et des études ont eu pour but de vérifier si elle était sûre (Huntley, 2004; Low Dog, 2005; Rahal et al., 2013). Les données probantes disponibles à l'heure actuelle penchent en faveur de son utilisation sur une courte durée pour réduire la fréquence des bouffées de chaleur parce qu'elle est efficace et sûre; par contre, il y a lieu d'évaluer le niveau de sécurité de la cimicaire à grappes pour une utilisation à long terme (Chung et al., 2007; Huntley, 2004; Low Dog, 2005; Papps, 2000; Lupu et al., 2003; Wuttke et al., 2014). Elle semble également être efficace lorsqu'elle est utilisée de pair avec le millepertuis commun dans les cas de dépression légère à modérée, et mise quelque peu à profit dans le métabolisme des lipides (Chung et al., 2007). De plus, la cimicaire à grappes a des effets antioxydants qui sont bénéfiques pour la santé en général (Rahal et al., 2013).

Des recherches, en moins grand nombre, ont été entreprises pour mesurer l'efficacité et la sécurité

d'autres thérapies naturelles. Les Indiens Chumash de la Californie se servaient de l'infusion d'armoise pour réduire les bouffées de chaleur, mais cette plante n'a pas été testée dans le cadre d'essais cliniques (Adams & Garcia, 2006; Adams, Garcia, & Garg, 2012). Un essai pilote clinique dont les détails figurent dans Meissner, Kapczynski, Mscisz, et Lutomski (2005) a été mené à double insu et corrigé pour le placebo; l'essai visait à évaluer l'efficacité de la maca (plante qui pousse dans les Andes) chez des sujettes féminines à l'étape initiale de la période postménopausique. Elle a été utilisée pour apaiser l'inconfort lié à la ménopause, pour aider à maintenir l'équilibre hormonal, pour rehausser le niveau d'énergie et, de pair avec les compléments alimentaires, pour permettre aux femmes de s'affranchir de l'hormonothérapie substitutive. Meissner et ses collègues ont trouvé que, en plus d'une importante réduction des malaises associés à la péri-ménopause, elle présente également un effet placebo distinct et qu'il y a lieu d'approfondir la recherche en la matière. Les bienfaits liés à l'huile d'onagre, aux fleurs de trèfle

rouge et aux extraits d'isoflavones de soya semblent minimaux en importance et la sécurité à long terme est incertaine (Kang, Ansbacher, & Hammoud, 2002; Low Dog, 2005). À l'heure actuelle, selon les essais aléatoires réalisés, aucune preuve solide qui démontre que l'utilisation des thérapies complémentaires ou de rechange permet d'apaiser efficacement les malaises périménopausaux et qu'en fait, il faudrait plutôt s'inquiéter de l'interaction de ces produits dans le traitement de maladies telles que le cancer (McBride, 2015; Rees, 2009).

### 4.3 Autres stratégies

D'autres stratégies pour la gestion de l'inconfort potentiel ressenti pendant la périménopause chez les femmes autochtones existent dans le monde entier: nous parlons de la recherche de mesures de soutien, de la pratique d'activités qui libèrent du stress et de l'adoption d'un mode de vie sain. Les Micmaques affirment faire de l'exercice physique, s'occuper, socialiser, faire preuve d'acceptation, faire de l'humour et s'adonner à des pratiques spirituelles traditionnelles pour conserver leur équilibre sur les plans physique, mental, émotionnel et spirituel pendant leur transition ménopausale (Loppie, 2004). De même, l'étude de Jurgenson et al. (2014) suggère aux Autochtones australiennes, entre autres, de s'encourager les unes les autres, de surveiller leur poids, de faire de l'exercice, d'écouter de la musique, de consommer de l'alcool, de tisser des liens familiaux et d'exercer leur sens de l'humour. Cependant, ce domaine de la recherche est très peu étoffé tant sur le plan intérieur qu'au niveau international et le besoin d'une recherche approfondie se fait sentir.

### 4.4 Soins liés à la ménopause qui soient respectueux de la culture

Au Canada, des préoccupations bien documentées ont été soulevées concernant l'adéquation et l'appropriation culturelle des services de santé destinés aux Autochtones (consulter, par exemple, Macdonald, Rigillo, & Brassard, 2010; Browne & Fiske, 2001; et Tang & Brown, 2008). Surtout en ce qui concerne les régions éloignées ou nordiques canadiennes, les défis liés à l'accès aux soins de santé et aux ressources informationnelles appropriées peuvent influencer la possibilité pour les résidents de prendre leurs propres décisions concernant leurs choix en matière de soins de santé et les empêcher également de chercher des soins lorsqu'ils en ont besoin. Leipert et Reutter (2005) font remarquer par exemple que, dans le contexte des résidents des régions nordiques et de leur accès aux services de soins de santé en général, les options liées au diagnostic, au traitement et à la promotion de la santé (y compris la ménopause et les ressources en santé mentale), les services de prévention de la maladie et les thérapies de rechange sont très limités et que les habitants des régions nordiques ont mis au point des stratégies pour faire eux-mêmes face aux défis qui se posent en matière de santé. Selon Loppie (2004), les Micmaques qui exercent des activités liées à la guérison traditionnelle ou à la phytothérapie se sentent fréquemment plus proactives au sujet de la ménopause. Cependant, les questions de compétence liées à l'accès aux services en santé autres que ceux couverts par le gouvernement fédéral

sont en fait des barrières pour les femmes des Premières Nations qui désirent faire appel à des solutions de rechange à l'hormonothérapie substitutive et à d'autres traitements médicaux (par exemple, les antidépresseurs) au cours de ce processus de transformation naturel.

Selon l'étude de Northrup (2012), l'augmentation persistante de la teneur d'une hormone appelée déhydroépiandrostérone, produite en présence d'un stress chronique, peut épuiser les glandes surrénales qui produisent d'importantes quantités d'androstènedione postménopausale, convertie par la suite en œstrogènes (Larsen, Kronenberg, Melmed, & Polonsky, 2002). Les femmes qui ont vécu des situations stressantes ou qui souffrent d'une maladie chronique peuvent, au moment de la périménopause, se trouver dans un état d'épuisement adrénal. Le lien entre la fonction surrénalienne, le traumatisme historique et l'hormono-sensibilité peut augmenter le risque pour certaines femmes autochtones de vivre de l'inconfort émotif ou physique au cours du changement périménopausal. Pourtant, les médecins sont fréquemment insensibles aux multiples et persistantes responsabilités personnelles, familiales et communautaires qui peuvent influencer la fonction surrénalienne chez les femmes autochtones en périménopause (Loppie, 2004).



## 5.0 CONCLUSION



Cette revue de littérature indique que les perceptions des femmes autochtones sont façonnées par un certain nombre de contextes culturels (tant occidentaux qu'autochtones), socio économiques, historiques, médicaux et politiques, qui influencent également leur équilibre physique et émotionnel au mitan de la vie. Certaines femmes ont fait des expériences négatives et éprouvé des difficultés à conserver leur équilibre, pendant que d'autres font l'expérience d'une meilleure qualité de vie; c'est l'occasion pour elles de se concentrer sur elles mêmes et de renforcer leurs relations.

Cette revue révèle également un certain nombre de manques de connaissance qui commandent une recherche approfondie. Étant donné le nombre grandissant de femmes autochtones âgées, il est clair que davantage de recherches sont nécessaires pour mieux comprendre comment la ménopause se manifeste chez les femmes autochtones, comment elles en font l'expérience et la perçoivent, comment elles font face à l'inconfort qui lui est associé et elles l'atténuent, et comment la ménopause influence la santé et le bien-être. Par ailleurs, on ne semble pas bien connaître les besoins des femmes autochtones en matière d'informations et les meilleures façons de les communiquer, ni l'utilisation et la sécurité de l'hormonothérapie substitutive et d'autres stratégies au sein de cette population.

Il n'y a que peu de recherches sur la qualité de la vie des femmes autochtones dans la quarantaine, sinon un accent sur certains des résultats de santé associés à la ménopause. Le corpus de recherche existant axé sur la densité osseuse, l'ostéoporose et les fractures indiquent que les facteurs qui prédisposent les femmes autochtones à un risque accru ne sont pas bien compris, et il n'existe pratiquement aucune recherche sur l'effet de la ménopause sur les troubles existants comme l'hypertension, le cancer et le diabète sucré. Ce type de recherche est essentiel pour que les femmes autochtones puissent faire une expérience ménopausale optimale, de sorte que les fournisseurs de soins de santé et les mesures de soutien communautaire puissent améliorer la transition des femmes autochtones vers cette étape de la vie.

## 5.1 Recommandations

Étant donné les conclusions de cette revue documentaire, plusieurs recommandations peuvent être émises pour optimiser la santé et le bien-être des femmes autochtones qui vivent la transition ménopausale.

### 1. Recherche équitables

Fournir des possibilités de recherche équitables pour des études de taille relativement faible, des études qualitatives qui permettent de capturer d'importantes nuances relatives à la ménopause parmi les femmes autochtones, dont les connaissances permettent d'obtenir une perspective plus équilibrée d'où l'on peut tirer et mettre en œuvre des mesures de soutien en éducation, adaptées à la culture.

### 2. Équipes diverses

Établir des équipes multidisciplinaires composées de chercheurs, de professionnels de soins de santé, d'organismes communautaires et de femmes autochtones pour s'assurer que les multiples perspectives sont représentées lors de l'élaboration et de la mise en œuvre des programmes d'auto-soins et de soutien.

### 3. Connaissance locale

Tenir compte des connaissances locales des femmes elles-mêmes, en ce qui a trait aux approches qui visent à informer les femmes autochtones des défis et des possibilités en matière de changements liés à la ménopause. Les professionnels de la vie, en particulier ceux qui appartiennent à des communautés de l'extérieur, peuvent renforcer les approches éducatives en intégrant les possibilités pour les femmes de partager leurs expériences personnelles les unes avec les autres. Cette pratique non seulement reconnaît la subjectivité de cette expérience mais honore également l'art traditionnel de conter des histoires en tant qu'outil utile pour l'apprentissage.

### 4. Culturellement approprié

Mettre en œuvre des initiatives en santé publique adaptées à la culture qui visent à promouvoir le droit à la santé, surtout en augmentant les possibilités en ce qui a trait à l'exercice et à la consommation d'aliments traditionnels, qui peuvent réduire la perte osseuse et, en conséquence, le risque d'ostéoporose et de fractures chez les femmes autochtones postménopausées. De pareilles initiatives peuvent également contribuer à réduire le risque de cancer du sein et les problèmes de santé liés à la ménopause et améliorer la qualité de vie des femmes autochtones.



### 5. Tailleur messaging

Adapter les initiatives et les interventions en matière de promotion des soins de santé, ainsi que les manières avec lesquelles elles sont mises en œuvre, aux besoins spécifiques des femmes autochtones au cours de leur transition vers la ménopause. Dispenser de l'information sur la santé adaptée à la culture concernant la ménopause, ainsi que les options traitant de l'inconfort pour les femmes autochtones, s'impose.

### 6. Dépistage mesures

Mettre en place des mesures de soutien de manière à ce que les femmes autochtones postménopausées puissent subir un dépistage de routine permettant d'établir la densité minérale, et ce, à titre de stratégie préventive pour l'ostéoporose et les fractures osseuses.

### 7. Approches traditionnelles

Étant donné la prévalence du diabète chez les femmes autochtones, la décision du médecin visant à prescrire l'hormonothérapie substitutive devrait tenir compte du diagnostic de diabète qui a été posé chez elles et peut-être même que les approches traditionnelles devraient être mises encore plus de l'avant.



# BIBLIOGRAPHIE

(anglais seulement)



- Adams, J.D., & Garcia, C. (2006). Women's health among the Chumash. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*, 3(1), 125-31.
- Adams, J.D., Garcia, C., & Garg, G. (2012). Mugwort (*Artemisia vulgaris*, *Artemisia douglasiana*, *Artemisia argyi*) in the treatment of menopause, premenstrual syndrome, dysmenorrhea and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Chinese Medicine*, 3(3), Article ID 22705. DOI: 10.4236/cm.2012.33019
- Alfvén, T., Elinder, C.G., Carlsson, M.D., Grubb, A., Hellström, L., Persson, B., Pettersson, C. et al. (2000). Low-level cadmium exposure and osteoporosis. *Journal of Bone and Mineral Research*, 15(8), 1579-86.
- Banister, E.M. (2000). Women's midlife confusion: "Why am I feeling this way?" *Issues in Mental Health Nursing*, 21, 745-64.
- Bartow, S.A., Pathak, D.R., Mettler, F.A., Key, C.R., & Pike, M.C. (1995). Breast mammographic pattern: A concatenation of confounding and breast cancer risk factors. *American Journal of Epidemiology*, 142(8), 813-9.
- Browne, A.J., & Fiske, J.A., (2001). First Nations women's encounters with mainstream health care services. *Western Journal of Nursing Research*, 23(2), 126-147.
- Buck, M.M., & Gottlieb, L.N. (1991). The meaning of time: Mohawk women at midlife. *Health Care for Women International*, 12(1), 41-50.
- Carranza-Lira, S., Quiroz González, B.N., Alfaro Godinez, H.C., & May Can, A.M. (2012). Comparison of climacteric symptoms among women in Mexico City and women of a Mayan community of Yucatan. *Ginecología y Obstetricia de Mexico*, 80(10), 644-9.
- Castelo-Branco, C., Palacios, S., Mostajo, D., Tobar, C., & von Held, S. (2005). Menopausal transition in Movima women, a Bolivian native-American. *Maturitas*, 51(4), 380-5.
- Chadha, N., Chadha, V., Ross, S., & Sydora, B.C. (2016). Experience of menopause in Aboriginal women: A systematic review. *Climacteric*, 19(1), 17-26.
- Chlebowski, R.T., Chen, Z., Anderson, G.L., Rohan, T., Aragaki, A., Lane, D., Dolan, N.C. et al. (2005). Ethnicity and breast cancer: Factors influencing differences in incidence and outcome. *Journal of the National Cancer Institute*, 97(6), 439-48.
- Chung, D.-J., Kim, H.-Y., Park, K.-H., Jeong, K.-A., Lee, S.-K., Lee, Y.-I., Hur, S.-E., et al. (2007). Black cohosh and St. John's Wort (GYNO-Plus®) for climacteric symptoms. *Yonsei Medical Journal*, 48(2), 289-94.
- Côté, S., Ayotte, P., Dodin, S., Blanchet, C., Mulvad, G., Petersen, H.S., Gingras, S. et al. (2006). Plasma organochlorine concentrations and bone ultrasound measurements: A cross-sectional study in peri- and postmenopausal Inuit women from Greenland. *Environmental Health*, 5, 33.
- Côté, S., Dodin, S., Blanchet, C., Mulvad, G., Pedersen, H.S., Blanchet, C., Holub, B.J et al. (2004). Very high concentrations of n-3 fatty acids in peri- and postmenopausal Inuit women from Greenland. *International Journal of Circumpolar Health*, 63(Suppl 2), 298-301.
- Cowan, L.D., Go, O.T., Howard, B.V., Devereux, R.B., Pettitt, D.J., Fabsitz, R.R., Lee, E.T. et al. (1997). Parity, postmenopausal estrogen use, and cardiovascular disease risk factors in American Indian women: The Strong Heart Study. *Journal of Women's Health*, 6(4), 441-9.
- Davis, S.R., Knight, S., White, V., Claridge, C., Davis, B.J., & Bell, R. (2003). Climacteric symptoms among Indigenous Australian women and a model for the use of culturally relevant art in health promotion. *Menopause*, 10(4): 345-51.
- Dawson-Hughes, B., Heaney, R.P., Holick, M.F., Lips, P., Meunier, P.J., & Vieth, R. (2005). Estimates of optimal vitamin D status. *Osteoporosis International*, 16, 713-6.
- Eaton, S.B., Pike, M.C., Short, R.V., Lee, N.C., Trussell, J., Hatcher, R.A., Wood, J.W. et al. (1994). Women's reproductive cancers in evolutionary context. *The Quarterly Review of Biology*, 69(3), 353-67.
- El Hayek, J., Egeblad, G., & Weiler, H. (2011). Older age and lower adiposity predict better 25-hydroxy vitamin D concentration in Inuit adults: International Polar Year Inuit Health Survey, 2007-2008. *Archives of Osteoporosis*, 6(1-2), 167-77.
- El Hayek, J., Pronovost, A., Morin, S., Egeblad, G., & Weiler, H. (2012). Forearm bone mineral density varies as a function of adiposity in Inuit women 40-90 years of age during the vitamin D-synthesizing period. *Calcified Tissue International*, 90(5), 384-95.
- Evers, S.E., Orchard, J.W., & Haddad, R.G. (1985). Bone density in postmenopausal North American Indian and Caucasian females. *Human Biology*, 57(4), 719-26.
- Freeman, E. W., & Sherif, K. (2007). Prevalence of hot flushes and night sweats around the world: A systematic review. *Climacteric*, 10(3), 197-214
- Halseth, R. (2015). *The nutritional health of the First Nations and Métis of the Northwest Territories: A review of current knowledge and gaps*. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health.

- Hayatbakhsh, M.R., Clavarino, A., Williams, G.M., Sina, M., & Najman, J.M. (2012). Cigarette smoking and age of menopause: A large prospective study. *Maturitas*, 72(4), 346-52. DOI: 10.1016/j.maturitas.2012.05.004.
- Huntley, A. (2004). The safety of black cohosh (*Actaea racemosa*, *Cimicifuga racemosa*). *Expert Opinion on Drug Safety*, 3(6), 615-23.
- Jamieson, J.A., Weiler, H.A., Kuhnlein, H.V., & Egeland, G.M. (2016). Prevalence of unexplained anaemia in Inuit men and Inuit post-menopausal women in northern Labrador: The International Polar Year Inuit Health Survey. *Canadian Journal of Public Health*, 107(1), e81-e87.
- Järup, L., & Åkesson, A. (2009). Current status of cadmium as an environmental health problem. *Toxicology and Applied Pharmacology*, 238(3), 201-8.
- Johnston, S.L. (2001). Associations with age at natural menopause in Blackfoot women. *American Journal of Human Biology*, 13(4), 512-20.
- Johnston, S.L. (2003). Menopause in Blackfoot women – A life span perspective. *Collegium Antropologicum*, 27(1), 57-66.
- Jones, E.K., Jurgenson, J.R., Katzenellenbogen, J.M., & Thompson, S.C. (2012). Menopause and the influence of culture: Another gap for Indigenous Australian women? *BMC Women's Health*, 12, 43. DOI: 10.1186/1472-6874-12-43
- Jurgenson, J.R., Jones, E.K., Haynes, E., Green, C., & Thompson, S.C. (2014). Exploring Aboriginal women's experiences of menopause: A descriptive study. *BMC Women's Health*, 14, 47. DOI:10.1186/1472-6874-14-47
- Kang, H.J., Ansbacher, R., & Hammoud, M.M. (2002). Use of alternative and complementary medicine in menopause. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 79(3), 195-207.
- Kuhnlein, H.V., & Receveur, O. (2007). Local cultural animal food contributes high levels of nutrients for Arctic Canadian Indigenous adults and children. *The Journal of Nutrition*, 137, 1110-4.
- Larsen, P., Kronenberg, H., Melmed, S., & Polonsky, K. (2002). *William's textbook of endocrinology* (10<sup>th</sup> ed.). Philadelphia, PA: Saunders.
- Lawton, B.A., Rose, S.B., Cormack, D.M., Stanley, J., & Dowell, A.C. (2008). The menopause symptom profile of Maori and non-Maori women in New Zealand. *Climacteric*, 11(6), 467-74.
- Leipert, B.D., & Reutter, L. (2005). Developing resilience: How women maintain their health in northern geographically isolated settings. *Qualitative Health Research*, 15(1), 49-65.
- Leslie, W.D., Derksen, S., Metge, C., Lix, L.M., Salamon, E.A., Wood Steiman, P., & Roos, L.L. (2004). Fracture risk among First Nations people: A retrospective matched cohort study. *Canadian Medical Association Journal*, 171(8), 869-73.
- Leslie, W.D., Derksen, S.A., Metge, C., Lix, L.M., Salamon, E.A., Wood Steiman, P., & Roos, L.L. (2005). Demographic risk factors for fracture in First Nations people. *Canadian Journal of Public Health*, 96(S1), S45-50.
- Leslie, W.D., Derksen, S., Prior, H.J., Lix, L.M., Metge, C., & O'Neil, J. (2006a). The interaction of ethnicity and chronic disease as risk factors for osteoporotic fractures: A comparison in Canadian Aboriginals and non-Aboriginals. *Osteoporosis International*, 17, 1358-68.
- Leslie, W.D., Metge, C.J., Weiler, H.A., Doupe, M., Wood Steiman, P., & O'Neil, J.D. (2006b). Bone density and bone area in Canadian Aboriginal women: The First Nations Bone Health Study. *Osteoporosis International*, 17, 1755-62. DOI: 10.1007/s00198-006-0184-0
- Leslie, W.D., Weiler, H.A., Lix, L.M., & Nyomba, B.L.G. (2008). Body composition and bone density in Canadian White and Aboriginal women: The First Nations Bone Health Study. *Bone*, 42, 990-95.
- Lock, E., Waagbo, R., Wendelaar Bonga, S., & Flik, G. (2010). The significance of vitamin D for fish: A review. *Aquaculture Nutrition*, 16(1), 100-116.
- Loppie, C. (1997). *The climacterium: Women's attitudes, sources of information and experience*. Halifax, NS: Unpublished Master's thesis, Dalhousie University.
- Loppie, C.J. (2004). *Grandmothers' voices: Mi'kmaq women and menopause*. Halifax, NS: Unpublished PhD, Dalhousie University.
- Loppie, C.J. (2005). Grandmothers' voices: Mi'kmaq women's vision of mid-life change. *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, 3(2), 45-78.
- Low Dog, T. (2005). Menopause: A review of botanical dietary supplements. *The American Journal of Medicine*, 118(12B), 98S-108S.
- Lupu, R., Mehmi, I., Atlas, E., Tsai, M.-S., Pisha, E., Oketch-Rabah, H.A., Nuntanakorn, P., Kennelly, E.J., & Kronenberg, F. (2003). Black cohosh, a menopausal remedy, does not have estrogenic activity and does not promote breast cancer cell growth. *International Journal of Oncology*, 23(5), 1407-12.
- Lynch, C.P., McTigue, K.M., Bost, J.E., Tinker, L.F., Vitolins, M., Adams-Campbell, L., Sarto, G.E., et al. (2010). Excess weight and physical health-related quality of life in postmenopausal women of diverse racial/ethnic backgrounds. *Journal of Women's Health*, 19(8), 1449-58.
- MacDonald, D.B., & Hudson, G. (2012). The genocide question and Indian residential schools in Canada. *Canadian Journal of Political Science*, 45(2), 427-449.
- MacDonald, M.E., Rigilio, N., & Brassard, P. (2010). Urban Aboriginal understandings and experiences of tuberculosis in Montreal, Quebec, Canada. *Qualitative Health Research*, 20(4), 506-523.
- Madden, S., St. Pierre-Hansen, N., Kelly, L., Cromarty, H., Linkewich, B., & Payne, L. (2010). First Nations women's knowledge of menopause: Experiences and perspectives. *Canadian Family Physician*, 56(9), e331-7.
- Martin, M.C., Block, J.E., Sanchez, S.D., Arnaud, C.D., & Beyene, Y. (1993). Menopause without symptoms: The endocrinology of menopause among rural Mayan Indians. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 168(6), 1839-43.
- Mayo Clinic Staff. (2016a). Menopause. Retrieved July 18, 2016 from <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/menopause/basics/definition/con-20019726>

- Mayo Clinic Staff. (2016b). Perimenopause. Retrieved July 18, 2016 from <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/perimenopause/basics/definition/con-20029473>
- McBride, K.L. (2015). Non-hormonal treatments for the menopause. *InnovAiT*, 8(4), 213-221.
- McKenzie, F., Ellison-Loschmann, L., Jeffreys, M., Firestone, R., Pearce, N., & Romieu, I. (2014). Healthy lifestyle and risk of breast cancer for indigenous and non-indigenous women in New Zealand: A case control study. *BMC Cancer*, 14, 12. DOI: 10.1186/1471-2407-14-12
- Meadows, L.M., Thurston, W.E., & Lagendyk, L.E. (2004). Aboriginal women at midlife: Grandmothers as agents of social change. *Canadian Women's Studies*, 24(1), 159-65.
- MedicineNet. (2016a). Definition of estrogen. Retrieved July 18, 2016 from <http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=3329>
- MedicineNet. (2016b). Definition of progesterone. Retrieved July 18, 2016 from <http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=5060>
- MedicineNet. (2016c). Definition of surgical menopause. Retrieved July 18, 2016 from <http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=8952>
- Meissner, H.O., Kapczynski, W., Mscisz, A., & Lutomski, J. (2005). Use of gelatinized maca (*Lepidium Peruvianum*) in early postmenopausal women. *International Journal of Biomedical Science*, 1(1), 33-45.
- Michel, J.L., Mahady, G.B., Veliz, M., Soejarto, D.D., & Caceres, A. (2006). Symptoms, attitudes and treatment choices surrounding menopause among the Q'eqchi Maya of Livingston, Guatemala. *Social Science & Medicine*, 63(3), 732-42.
- Mingo, C., Herman, C.J., & Jasperse, M. (2000). Women's stories: Ethnic variations in women's attitudes and experiences of menopause, hysterectomy, and hormone replacement therapy. *Journal of Women's Health & Gender-based Medicine*, 9, S27-S38.
- Monterrosa, A., Blümel, J.E., Chedraui, P., Gomez, P., Gomez, B., & Valdez, C. (2009). Quality of life impairment among postmenopausal women varies according to race. *Gynecological Endocrinology*, 25(8), 491-97.
- Monterrosa-Castro, A., Marrugo-Flórez, M., Romero-Pérez, I., Chedraui, P., Fernández-Alonzo, A.M., & Pérez-López, F.R. (2013). Prevalence of insomnia and related factors in a large mid-aged female Colombia sample. *Maturitas*, 74(4), 346-51.
- National Collaborating Centre for Aboriginal Health. [NCCAHA]. (2012). *State of knowledge of Aboriginal health: A review of Aboriginal public health in Canada*. Prince George, BC: Author.
- Northrup, C. (2012). *The wisdom of menopause: The complete guide to physical and emotional health during the change*. New York: Random House.
- Ohta, H., Masuzawa, T., Ikeda, T., Suda, Y., Makita, K., & Nozawa, S. (1992). Which is more osteoporosis-inducing, menopause or oophorectomy? *Bone Miner*, 19(3), 273-85.
- Ojeda, E., Monterrosa, A., Blümel, J.E., Escobar-López, J., & Chedraui, P. (2011). Severe menopausal symptoms in mid-aged Latin American women can be related to their Indigenous ethnic component. *Climacteric*, 14(1), 157-63. DOI:10.3109/13697130903576297
- Osteoporosis and Related Bone Diseases National Resource Center. (n.d). Building Strong Bones for Life, pamphlet.
- Palacios, S., Henderson, V.W., Siseles, N., Tan, D., & Villaseca, P. (2010). Age of menopause and impact of climacteric symptoms by geographical region. *Climacteric*, 13(5), 419-28. DOI: 10.3109/13697137.2010.507886.
- Papps, F.A. (2000). Therapeutic use and associated biochemistry of *Cimicifuga racemosa* in the treatment of menopausal symptoms. *Australian Journal of Medical Herbalism*, 12(1), 22-6.
- Paunescu, A.C., Ayotte, P., Dewailly, E., & Dodin, S. (2013b). Dioxin-like compounds are not associated with bone strength measured by ultrasonography in Inuit women from Nunavik (Canada): Results of a cross-sectional study. *International Journal of Circumpolar Health*, 72, 20843.
- Paunescu, A.C., Ayotte, P., Dewailly, E., Dodin, S., Pedersen, H.S., Mulvad, G., & Côté, S. (2013c). Polyunsaturated fatty acids and calcaneal ultrasound parameters among Inuit women from Nuuk (Greenland): A longitudinal study. *International Journal of Circumpolar Health*, 72, 10.3402/ijch.v72i0.20988.
- Paunescu, A.C., Ayotte, P., Dewailly, E., & Dodin, S. (2014). Saturated and monounsaturated fatty acid status is associated with bone strength estimated by calcaneal ultrasonography in Inuit women from Nunavik (Canada): A cross-sectional study. *Journal of Nutrition Health & Aging*, 18(7), 1-9.
- Paunescu, A.C., Dewailly, E., Dodin, S., Nieboer, E., & Ayotte, P. (2013a). Dioxin-like compounds and bone quality in Cree women of Eastern James Bay (Canada): A cross-sectional study. *Environmental Health*, 12, 54.
- Perry, H.M., Bernard, M., Horowitz, M., Miller, D.K., Fleming, S., Baker, M.Z., Flaherty, J. et al. (1998a). The effect of aging on bone mineral metabolism and bone mass in Native American women. *Journal of the American Geriatric Society*, 46(11), 1418-22.
- Perry, H.M., Bernard, M., Horowitz, M., Miller, D.K., Fleming, S., Baker, M., et al. (1998b). Aging and bone loss in Native American women. *Journal of American Geriatric Society*, 46, 1418-22.
- Phillips, F. (2009). Maintaining healthy bones. *Practice Nurse*, 37(8), 14.
- Printz, C. (2014). Breast cancer risk associated with HRT varies. *Cancer*, 120(3), 315-315.
- Rahal, A., Kumar, A., Chakraborty, S., Tiwari, R., Latheef, S.K., & Dhama, K. (2013). Cimicifuga: A revisiting Indigenous herb with multi-utility benefits for safeguarding human health – a review. *International Journal of Agronomy and Plant Production*, 4(7), 1590-1601.
- Reading, C., & Wien, F. (2013). *Health inequalities and the social determinants of Aboriginal peoples' health*. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health.

- Redwood, D.G., Lanier, A.P., Johnston, J.M., Murphy, N., & Murtaugh, M.A. (2012). Reproductive cancer risk factors among Alaska Native women: The Alaska Education and Research Towards Health (EARTH) Study. *Women's Health Issues*, 22(4), e387-93.
- Rees, M. (2009). Alternative treatments for the menopause. *Best Practices Research in Clinical Obstetric Gynaecology*, 23(1), 151-61. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2008.10.006.
- Rignell-Hydbom, A., Skerfving, S., Lundh, T., Lindh, C.H., Elmståhl, S., Bjellerup, P., Jünsson, B.A.G. et al. (2009). Exposure to cadmium and persistent organochlorine pollutants and its association with bone mineral density and markers of bone metabolism on postmenopausal women. *Environmental Research*, 109(8), 991-6.
- Roubidoux, M.A., Kaur, J.S., Griffith, K.A., Sloan, J., Wilson, C., Novotny, P. et al. (2003). Correlates of mammogram density in southwestern Native-American women. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 12(6), 552-8.
- Schindler, A.E. (2006). Climacteric symptoms and hormones. *Gynecological Endocrinology*, 22(3), 151-4.
- Sinclair, K.P. (1992). A study in pride and prejudice: Maori women at midlife. In V. Kerns & J.K. Brown (eds.), *In her prime: New views of middle-aged women*, 2nd Ed. (pp. 113-37). Champaign, ILL: University of Illinois Press.
- Slattery, M.L., Edwards, S., Murtaugh, M.A., Sweeney, C., Herrick, J., Byers, T., Guiliano, A.R. et al. (2007). Physical activity and breast cancer risk among women in the southwestern United States. *Annals of Epidemiology*, 17(5), 342-53.
- Smith, W.R. [2015]. *The 2011 National Household Survey – the complete statistical story*. Ottawa, ON: Statistics Canada.
- Stark, K.D., Mulvad, G., Pedersen, H.S., Park, E.J., Dewailly, E., & Holub, B.J. (2002). Fatty acid compositions of serum phospholipids of postmenopausal women: A comparison between Greenland Inuit and Canadians before and after supplementation with fish oil. *Nutrition*, 18(7/8), 627-30.
- Statistics Canada. (2006). *2006 Census, data tables*. Ottawa, ON: Statistics Canada, Catalogue #97-558-X2006002.
- Statistics Canada. (2009). Bone health: Osteoporosis, calcium and vitamin D. Ottawa, ON: Statistics Canada, Catalogue # 82-003-x.
- Statistics Canada. (2017a). Aboriginal identity (9), Dwelling Condition (4), Registered or Treaty Indian Status (3), Age (12) and Sex (3) for the population in private households of Canada, provinces and territories, census metropolitan areas and census agglomerations, 2016 Census – 25% sample data. *Data Tables, 2016 Census*. Ottawa, ON: Author. Retrieved February 14, 2018 from <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/dt-td/Rp-eng.cfm?LANG=E&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=0&GID=0&GK=0&GRP=1&PID=110521&PRID=10&PTYPE=109445&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2017&THEME=122&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=>
- Statistics Canada. (2017b). Aboriginal identity (8), Condition of Dwelling (4), Number of Persons per Room (5), Housing Suitability (6), Registered or Treaty Indian Status (3), Age Groups (10) and Sex (3) for the population in private households of Canada, provinces, territories, census metropolitan areas and census agglomerations. *2011 National Household Survey: Data tables*. Ottawa, ON: Author. Retrieved February 14, 2018 from <http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/dp-pd/dt-td/Rp-eng.cfm?TABID=4&LANG=E&A=R&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=01&GL=-1&GID=1118296&GK=1&GRP=1&O=D&PID=107559&PRID=0&PTYPE=105277&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2013&THEME=94&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=&D1=0&D2=0&D3=0&D4=7&D5=2&D6=0>
- Stern, P.R., & Condon, R.G. (1995). Puberty, pregnancy, and menopause: Lifecycle acculturation in a Copper Inuit community. *Arctic Medical Research*, 54(1), 21-31.
- Tang, S.Y., & Browne, A.J. (2008). 'Race' matters: Rationalization and egalitarian discourses involving Aboriginal people in the Canadian health care context. *Ethnicity & Health*, 13(2), 109-27.
- Thomson, J. (1992). The challenge of menopause education in isolation. *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 112, 179-82.
- Vahter, M., Berglund, M., & Akesson, A. (2004). Toxic metals and the menopause. *Journal of the British Menopause Society*, 10(2), 60-5.
- Webster, R.W. (2002). Aboriginal women and menopause. *Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Sciences*, 24(12), 938-40.
- Weiler, H.A., Leslie, W.D., & Bernstein, C.N. (2008). Parathyroid hormone is predictive of low bone mass in Canadian Aboriginal and white women. *Bone*, 42, 498-504.
- Weiler, H.A., Leslie, W.D., Krahn, J., Wood Steiman, P., & Metge, C.J. (2007). Canadian Aboriginal women have a higher prevalence of vitamin D deficiency than non-Aboriginal women despite similar dietary vitamin D intakes. *Journal of Nutrition*, 137(2), 461-65.
- Wikipedia. (2015). Calcifediol, <https://en.wikipedia.org/wiki/Calcifediol>
- Wilson, K., Rosenberg, M.W., & Abonyi, S. (2011). Aboriginal peoples, health and healing approaches: The effects of age and place on health. *Social Science & Medicine*, 72, 355-64.
- Wise, J. (2016). Combined HRT may raise breast cancer risk, study finds. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 354, i4612
- Wuttke, W., Jarry, H., Haunschild, J., Stecher, G., Schuh, M., & Seidlova-Wuttke, D. (2014). The non-estrogenic alternative for the treatment of climacteric complaints: Black cohosh (*Cimicifuga* or *Actaea racemosa*). *The Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology*, 139, 302-10.
- Zhang, Y., Howard, B.V., Cowan, L.D., Yeh, J., Schaefer, C.F., Wild, R.A., Wang, W. et al. (2002). The effect of estrogen use on levels of glucose and insulin and the risk of Type 2 diabetes in American Indian postmenopausal women. *Diabetes Care*, 25(3), 500-4.

# ANNEXE 1

Publication	Thème de la ménopause	Méthodologie
Webster (2002)	Caractéristiques de la ménopause; connaissances/expériences/perspectives	Revue de la documentation
Banister (2000)	Connaissances/expériences/perspectives	Enquête ethnographique
Buck & Gottlieb (1991)	Connaissances/expériences/perspectives	Étude qualitative – entrevues
Chadha et al. (2016)	Connaissances/expériences/perspectives	Revue systématique
Loppie (1997)	Connaissances/expériences/perspectives	Étude qualitative – entrevues
Loppie (2004)	Connaissances/expériences/perspectives; répercussions sur les programmes/ services	Étude qualitative – modèle participatif/groupes de discussion
Loppie (2005)	Connaissances/expériences/perspectives	Étude qualitative – modèle participatif/groupes de discussion
Madden et al. (2010)	Connaissances/expériences/perspectives	Étude qualitative – entrevues
Meadows et al. (2004)	Connaissances/expériences/perspectives	Étude qualitative – ethnographie; entrevue individuelle et de groupe
Stern, & Condon (1995)	Répercussions sur les programmes/ services	Méthodologie incertaine – résumé seul disponible
El Hayek et al. (2012)	Résultat de santé associé	Quantitatif/qualitatif – questionnaire, mesures anthropométriques et tests d'échantillons en laboratoire
Evers et al. (1985)	Résultat de santé associé	Quantitatif et qualitatif – entrevues, mesures physiques; techniques d'analyses statistiques
Jamieson et al. (2016)	Résultat de santé associé	Enquête transversale, essais en laboratoire
Leslie et al. (2006a)	Résultat de santé associé	Quantitatif/qualitatif – questionnaires, mesures physiques; techniques d'analyses statistiques
Leslie et al. (2006b)	Résultat de santé associé	Rétrospective, étude de cohorte avec appariement en population qui utilise les données administratives du Manitoba
Leslie et al. (2004)	Résultat de santé associé	Utilisation quantitative des données administratives du Manitoba
Leslie et al. (2005)	Résultat de santé associé	Rétrospective, étude de cohorte avec appariement en population qui utilise les données administratives sur la santé du Manitoba
Paunescu et al. (2013a)	Résultat de santé associé	Essais en laboratoire pour tester la concentration de dioxines dans le plasma sanguin
Paunescu et al. (2013b)	Résultat de santé associé	Essais en laboratoire pour tester la concentration de dioxines dans le plasma sanguin
Weiler, Leslie, & Bernstein (2008)	Résultat de santé associé	Essais en laboratoire pour tester le biomarqueur du sérum
Paunescu et al. (2014)	Résultat de santé associé	Étude descriptive transversale; régression linéaire multiple utilisée pour explorer les associations. Mesures des os et techniques de sondage qualitatif
Lix, Metge, & Leslie (2009)	Résultat de santé associé	Méthodologie de recherche qualitative – questionnaire; techniques d'analyse factorielle confirmatoire permettant de tester les hypothèses



