



First Nations Opioid and
Methamphetamine Survey

National Aggregate Short Report

March 2022



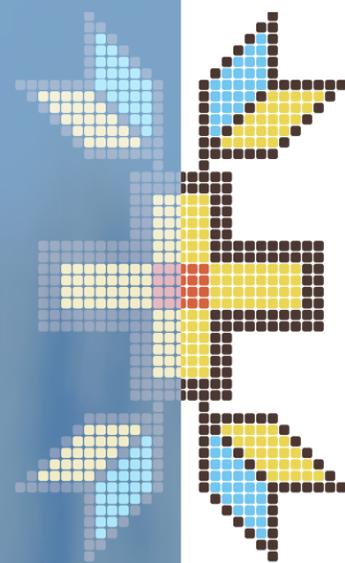
THUNDERBIRD
PARTNERSHIP FOUNDATION





La Thunderbird Partnership Foundation est une voix principale à fondement culturel au Canada en matière de santé mentale, d'usage de substances et de dépendances chez les Premières Nations. L'organisme préconise une approche intégrée et globale pour la guérison et le mieux-être, en service aux Premières Nations et aux divers paliers de gouvernement, par le biais de la recherche, la formation et l'éducation, les politiques et les partenariats, et les communications. La Thunderbird s'efforce d'appuyer des résultats basés sur la culture en valorisant l'Espoir, l'Appartenance, le Sens et le But chez les individus, les familles et les communautés des Premières Nations. Le mandat de la Thunderbird consiste en la mise en œuvre d'Honorer nos forces : cadre renouvelé du programme de lutte contre les toxicomanies chez les Premières Nations au Canada (HNF) et du Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations (CCMMPN).

La Thunderbird Partnership Foundation est une division de la Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances (FANPLD) inc



1.0 INTRODUCTION	4
2.0 MÉTHODE	6
2.1 Enquête sur les opioïdes et la méthamphétamine chez les Premières Nations	6
2.2 Définition des variables	6
2.2.1 Covariables et variables d'exposition ayant un impact sur le bien-être mental dans les communautés des Premières Nations	6
2.2.1.1 Déterminants démographiques et sociaux de la santé	6
2.2.1.2 Variables liées à un traumatisme	6
2.2.1.3 Sources de Soutien	7
2.2.2 Variables de résultats	7
2.2.2.1 Usage nocif d'opioïdes	7
2.2.2.2 Consommation de méthamphétamine	7
2.2.2.3 Tout usage nocif de drogues	7
2.3 Analyse statistique	7
3.0 RÉSULTATS	8
3.1 Usage nocif d'opioïdes	8
3.2 Consommation de méthamphétamine au cours de la vie	8
3.3 Toute autre consommation nocive de drogues	9
3.4 Analyse multivariée en vue de déterminer les caractéristiques en lien avec la consommation de substances	9
4.0 DISCUSSION	11
5.0 CONCLUSION	14
6.0 RECOMMANDATIONS	15
Annexe 1	18
Annexe 2	21
A2.1 Consommation d'opioïdes de manière nocive	21
A2.2 Consommation de méthamphétamine	21
A2.3 Toute autre consommation de substance	21
Références	22

+ 1.0 Introduction

Au Canada, la surveillance de la consommation de substances illicites chez les Premières Nations est mal documentée (Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances [FANPLD], 2011; Assemblée des Premières Nations [APN], 2019). Selon les données nationales actuelles, bien que la plupart des Premières Nations évitent de consommer des substances illicites, elles font tout de même face à un problème de santé publique, soit, la consommation de médicaments d'ordonnance. En effet, la consommation d'opioïdes et de méthamphétamine est disproportionnellement plus élevée chez les Premières Nations et ne cesse d'augmenter (APN, 2019; Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations [CGIPN], 2018). On entend par consommation de médicaments d'ordonnance la consommation de substances pharmaceutiques (comme la codéine ou les benzodiazépines) et non pharmaceutiques (comme le fentanyl, le carfentanil ou la méthamphétamine). Au cours des dernières années, la consommation de substances pharmaceutiques a fait place à la consommation de substances non pharmaceutiques chez les Premières Nations, où la consommation d'opioïdes non pharmaceutiques a contribué à la plupart des surdoses et des décès liés aux opioïdes chez les Premières Nations de l'Alberta (Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations de l'Alberta [CGIPNA], 2021).

Selon l'enquête régionale sur la santé (ERS) de 2015/2016, quatre Premières Nations sur dix auraient consommé des substances illicites au cours de la dernière année, dont 24,9 % auraient consommé des opioïdes sur ordonnance et 1,2 % de la méthamphétamine. (CGIPN, 2018). De nombreuses communautés ont déclaré l'urgence de santé publique en raison du nombre croissant de surdoses et de décès liés aux opioïdes chez les Premières Nations au cours des dernières années (APN, 2019). Des recherches menées en Colombie-Britannique et en Alberta ont révélé que les membres des Premières Nations sont cinq fois plus susceptibles d'être victimes d'une surdose et trois fois plus susceptibles de mourir des suites d'une surdose que la population non autochtone (APN, 2019; Autorité sanitaire des Premières Nations [ASPN], 2017; gouvernement de l'Alberta, 2017). Les taux de visites aux urgences, d'hospitalisations et d'interventions médicales d'urgence dues à l'abus d'opioïdes sont nettement plus élevés chez les membres des Premières Nations que dans l'ensemble de la population de l'Alberta (gouvernement de l'Alberta, 2017). Par conséquent, en 2016, l'Assemblée des Premières Nations a adopté une résolution demandant à tous les niveaux du gouvernement de prendre des mesures pour résoudre les problèmes liés aux opioïdes dans les communautés des Premières Nations (APN, 2019).

Depuis lors, et plus particulièrement pendant la pandémie de COVID-19, les taux de surdoses d'opioïdes et de décès liés aux opioïdes ont considérablement augmenté (Chefs de l'Ontario et Réseau de recherche sur les politiques ontariennes en matière de médicaments, 2021; Nurses and nurse practitioners of British Columbia (infirmiers et infirmiers praticiens de la Colombie-Britannique), 2020). Selon des recherches

récentes, chez les Premières Nations de l'Ontario, le nombre de surdoses d'opioïdes a augmenté de 35,8 % et le nombre de décès liés aux opioïdes a augmenté de 132 % par rapport aux années qui ont précédé la pandémie. Les taux de décès liés aux opioïdes chez les Premières Nations sont deux fois plus élevés que dans la population générale de l'Ontario (Chefs de l'Ontario et le Réseau de recherche sur les politiques en matière de médicaments de l'Ontario, 2021). En Colombie-Britannique et en Alberta, les conclusions sont les mêmes puisqu'on constate une augmentation de 93 % des décès liés aux opioïdes chez les Premières Nations de la Colombie-Britannique (Nurses and nurse practitioners of British Columbia (infirmiers et infirmiers praticiens de la Colombie-Britannique), 2020), et que 22 % de tous les décès liés aux opioïdes en Alberta sont membres des Premières Nations (AFNIGC, 2021). Selon la recherche, de nombreux facteurs ont contribué à l'augmentation de la consommation de substances illicites pendant la pandémie de COVID-19, notamment les politiques de COVID-19 culturellement dangereuses qui ont eu un impact négatif sur les individus et les communautés des Premières Nations (la distanciation sociale par exemple), les difficultés d'accès aux centres de désintoxication et de traitement (Nurses and nurse practitioners of BC, 2020 (infirmiers et infirmiers praticiens de la Colombie-Britannique)), les difficultés d'accès aux services de réduction des méfaits et les restrictions de déplacement à l'intérieur et à l'extérieur des communautés qui ont interrompu l'approvisionnement habituel en médicaments (Chefs de l'Ontario et Réseau de recherche sur les politiques en matière de médicaments de l'Ontario, 2021).

En plus des difficultés rencontrées par les communautés pendant la pandémie de COVID-19, les traumatismes postcoloniaux résultants des pratiques coloniales subis par les Premières Nations du Canada, dont la Loi sur les Indiens et les pensionnats, contribuent aux taux élevés de consommation de substances illicites chez les Premières Nations (Chambre des communes, 2016). Il est important de reconnaître la relation qui existe entre les déterminants sociaux de la santé et la consommation de substances illicites. Selon la recherche, la pauvreté, le chômage, le niveau d'éducation, le logement et les systèmes de soutien social médiocres sont tous des facteurs qui peuvent contribuer à la consommation de substances illicites (Carrière, Garner, et Sanmartin, 2022). Il faut également tenir compte des déterminants de la santé propres aux Premières Nations. Parmi ceux-ci on retrouve le degré de préparation de la communauté, le développement économique, l'emploi, la gêne environnementale, le genre de la personne, les conditions historiques et le colonialisme, le logement, les terres et ressources, la langue, le patrimoine et l'identité culturelle marquée, l'équité juridique et politique, l'apprentissage continu, l'habitat dans une réserve ou hors réserve, le racisme et la discrimination, l'autodétermination et la non-domination, les services et soutiens sociaux et l'habitat en zone urbaine ou rurale. (APN, 2019, p. 12-13). La recherche a également démontré que les parents qui consomment des substances et les personnes qui souffrent de troubles mentaux, qui ont subi des violences (physiques, émotionnelles, sexuelles), qui ont été incarcérées, qui sont ou ont été impliquées dans des gangs, qui s'identifient comme LGBTQIA2+ ou qui ont subi des traumatismes dans leur enfance ont des besoins de santé uniques et sont plus susceptibles de consommer des drogues illicites (APN, 2019).

Pour combler les lacunes dans les données de surveillance mal documentée sur la consommation d'opioïdes et de méthamphétamine chez les Premières Nations du Canada et pour comprendre les principaux facteurs qui influencent la consommation de substances dans cette population, l'Enquête sur les opioïdes et la méthamphétamine a été élaborée et menée auprès de communautés et de centres de traitement des Premières Nations sélectionnés à travers le pays.

Les conclusions de l'Enquête sur les opioïdes et la méthamphétamine chez les Premières Nations menée auprès d'adultes autochtones à l'échelle nationale se trouvent dans le présent rapport. Les sections suivantes décrivent les méthodes utilisées pour créer et mener l'Enquête sur les opioïdes et la méthamphétamine chez les Premières Nations. On y présente ensuite les conclusions principales des analyses descriptives et multivariées, dont la prévalence de la consommation d'opioïdes et de méthamphétamine et les différences de consommation en fonction de diverses caractéristiques. Enfin, grâce à l'analyse multivariée, les principales caractéristiques en lien avec la consommation d'opioïdes et de méthamphétamine sont identifiées. Enfin, grâce à l'analyse multivariée, les principaux facteurs en lien avec la consommation d'opioïdes et de méthamphétamine sont identifiés.

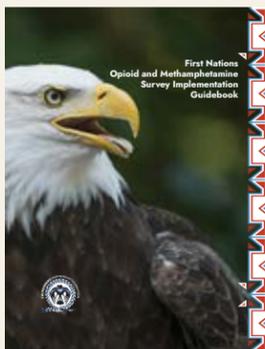


+ 2.0 Method

2.1 Enquête sur les opioïdes et la méthamphétamine chez les Premières Nations

L'Enquête sur les opioïdes chez les Premières Nations a été créée pour mieux comprendre les effets des opioïdes chez les Premières Nations et mettre en lumière les forces et la résilience de ces communautés. Elle a été conçue de manière à ce que tout adulte soit en mesure d'y répondre, qu'il ait consommé des opioïdes sur ordonnance illégalement ou non. Le module adulte de l'enquête a été élaboré en 2016 et conduit en 2017 par un groupe de travail coordonné par la Thunderbird Partnership Foundation et composé de membres de la Thunderbird, de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI), de l'Assemblée des Premières Nations (APN), du Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) et de représentants des programmes de traitement et des programmes communautaires des Premières Nations. Il a été édité plusieurs fois afin de refléter les commentaires de la communauté sur la consommation actuelle de substances dans les communautés à travers le Canada. Dans la dernière édition pré-pandémique, une section sur la méthamphétamine a été ajoutée sur la base des commentaires des communautés des Premières Nations, des intervenants en toxicomanie et des partenaires gouvernementaux qui souhaitaient en savoir plus sur l'usage de la méthamphétamine et ses conséquences. L'enquête a donc été rebaptisée *Enquête sur les opioïdes et la méthamphétamine chez les Premières Nations*. Une section « COVID-19 » a également été ajoutée en raison de la pandémie.

Les mises à jour et la publication de l'enquête ont été rendues possibles grâce à une subvention de l'Agence de santé publique du Canada pour la période 2019-2022.



2.2 Définition des variables

Voir l'annexe 1 pour consulter les questions et les choix de réponses de cette analyse.

2.2.1 Covariables et variables d'exposition ayant un impact sur le bien-être mental dans les communautés des Premières Nations

2.2.1.1 Déterminants démographiques et sociaux de la santé

Âge : Initialement, les participants devaient inscrire leur âge dans un espace dédié à cet effet. Éventuellement, celui-ci a été remplacé par une liste de choix de réponses par groupes d'âge. Nous avons dû recourir aux groupes d'âge prédéfinis de 18 à 29 ans, de 30 à 39 ans, de 40 à 49 ans, de 50 à 59 ans et de 60 ans et plus. Compte tenu de la distribution par âge de la consommation de substance, les 50 à 59 ans et les 60 ans et plus ont été regroupés. Nous avons décidé d'utiliser le groupe des 50 ans et plus comme catégorie de référence pour toutes les analyses de régression univariées et multivariées afin de faciliter l'interprétation de l'analyse.

Genre : Les répondants étaient invités à indiquer leur identité sexuelle actuelle : homme, femme, transgenre, bi-spirituel ou autre. Moins de cinq répondants se sont identifiés comme transgenres, bi-spirituels ou autres genres lors de l'enquête. Par souci de protection de la vie privée et de la confidentialité de ces personnes, elles ont été incluses dans le

groupe des hommes lors des analyses. Cet ajustement n'a eu aucun impact sur les résultats obtenus au préalable (lorsque ces personnes avaient été catégorisées dans un groupe distinct de celui des hommes).

Résidence dans la communauté : Les répondants devaient indiquer s'ils résidaient à l'intérieur ou à l'extérieur de la réserve.

Taille du ménage : Comme pour l'âge, la version initiale de l'enquête OMPN invitait le répondant à inscrire le nombre de personnes vivant avec lui pour indiquer la taille du ménage. Dans la version actuelle de l'enquête OMPN, la taille du ménage a été divisée en quatre groupes : (a) 1 à 3, (b) 4 à 6, (c) 7 à 9, et (d) 10 personnes ou plus.

Compte tenu du fait que peu de personnes avaient répondu (d), l'analyse a été menée selon les trois groupes suivants : (a) 1 à 3, (b) 4 à 6, et (c et d) 7 personnes ou plus.

Insécurité alimentaire : Finalement, les répondants devaient indiquer la fréquence à laquelle ils n'avaient pas pu acheter la nourriture dont leur ménage avait besoin au cours des 12 derniers mois. Lors de l'analyse, les choix de réponses « rarement », « assez souvent » et « très souvent » ont été regroupés et comparés à la réponse « jamais ».

2.2.1.2 Variables liées à un traumatisme

Les participants ont été invités à répondre à une série de questions sur les expériences et les émotions susceptibles d'avoir eu un impact négatif dans leur vie. Au total, neuf questions ont été posées, mais nous avons exclu « l'expérience de votre communauté en matière de crise ou de catastrophe », compte tenu du faible taux de variation de cet élément, puisque les participants de presque toutes les communautés avaient connu une crise COVID-19 et que la majorité des enquêtes avaient été menées pendant la pandémie.

2.2.1.3 Sources de Soutien

Au total, cinq covariables portant sur l'absence de sources de soutien ont été étudiées afin de déterminer leur impact sur les variables de résultats. Ces sources de soutien étaient les suivantes : a) présence de modèles positifs, b) emploi/scolarité, c) famille/amis compréhensifs, d) présence d'activités communautaires/familiales, et e) sensibilisation à la santé/aux drogues.

2.2.2 Variables de résultats

2.2.2.1 Usage nocif d'opioïdes

Environ deux tiers des répondants qui ont déclaré avoir déjà consommé des opioïdes ont déclaré l'avoir fait pour des raisons médicales. Cependant, il est possible que ces répondants aient également fait un usage nocif de ces opioïdes. Nous avons donc décidé que la variable de l'usage nocif d'opioïdes engloberait soit l'usage nocif au cours de la vie, soit l'usage nocif actuel (voir l'algorithme à l'annexe 2).

2.2.2.2 Methamphetamine use

Étant donné que 26 % des répondants n'ont pas eu la possibilité de répondre à la section sur la consommation de méthamphétamine de l'enquête OMPN, nous avons inclus la question sur la méthamphétamine qui figurait dans la section « autres substances » dans la définition « ont consommé de la méthamphétamine au cours de leur vie ». Par ailleurs, bien que certains répondants aient répondu « ne sais pas » ou « préfère ne pas répondre » à la question concernant la consommation de méthamphétamine au cours de leur vie, ils ont tout de même déclaré qu'ils consommaient actuellement de la méthamphétamine. Nous avons donc utilisé trois questions pour définir la consommation de méthamphétamine au cours de la vie (voir l'algorithme à l'annexe 2).

Les personnes qui ont répondu « oui » aux questions suivantes : avoir consommé de la méthamphétamine au cours des 12 derniers mois, avoir consommé de la méthamphétamine au moins une fois ou consommer actuellement de la méthamphétamine, ont été classés dans la catégorie « ont consommé de la méthamphétamine au cours de leur vie ». Les personnes qui ont répondu « non » ou « ne sais pas » (le cas échéant) à ces questions et qui n'ont répondu « oui » à aucune des questions ont été classées comme n'ayant pas consommé de méthamphétamine au cours de leur vie.

2.2.2.3 Tout usage nocif de drogues

Nous avons regroupé les personnes dont l'usage nocif d'opioïdes et de méthamphétamine a été établi. Nous avons aussi inclus dans cette variable les répondants qui ont déclaré avoir consommé de la cocaïne, des hallucinogènes ou des substances inhalées au cours des 12 derniers mois (voir l'algorithme à l'annexe 2).

2.3 Analyse statistique

La prévalence des variables de résultats « consommation nocive d'opioïdes », « consommation de méthamphétamine » ou « toute consommation nocive de drogues », a été rapportée sous forme de pourcentages. Le lien entre les variables de résultats et les covariables/variables d'exposition a été mesuré en tant que « risque ajusté (RRA) » ou « risque ». Nous avons procédé à une analyse univariée afin de comprendre la distribution des variables de résultats en fonction de chacune des covariables/variables d'exposition indépendamment les unes des autres (par exemple, la répartition de l'usage nocif des opioïdes selon les différents groupes d'âge). Cela nous a permis d'obtenir le ratio de risque non ajusté ou le risque non ajusté. Cependant, en réalité, ce sont toutes les covariables/variables d'exposition qui entrent en jeu, et non pas une seule covariable isolée. Pour que le risque estimé se rapproche du risque réel, nous avons procédé à une analyse multivariée (par régression linéaire) avec un seul de tolérance de 20 % de la valeur p pour examiner le lien entre chaque covariable/variable d'exposition et les variables de résultats, tout en tenant compte des autres covariables/variables d'exposition ayant un impact sur les résultats. Cette mesure du lien résultant d'une analyse multivariée est le ratio de risque ajusté/risque. Le lien entre les covariables et les variables d'exposition était statistiquement significatif seulement si les valeurs p (P) étaient inférieures à 0,05 et que les intervalles de confiance à 95 % (IC 95 %) n'incluaient pas 1.



+ 3.0 Résultats

La base de données du module adulte de l'Enquête sur les opioïdes et la méthamphétamine chez les Premières Nations comptait 2220 entrées. Parmi ces entrées, 51 (2 %) répondants n'ont pas consenti à être inclus dans le rapport national, 209 (9 %) répondants n'ont pas répondu à la plupart des questions et 168 (8 %) répondants n'ont pas identifié le nom d'une communauté, d'un centre de traitement ou d'une organisation connus. Au total, 428 entrées ont été exclues de l'analyse. L'analyse a été réalisée sur les 1792 entrées restantes.

3.1 Usage nocif d'opioïdes

Près de 17 % de l'échantillon (n = 298) n'ont répondu à aucune des questions sur les opioïdes. Ils n'ont pas été pris en compte dans cette analyse. Parmi les 1494 personnes qui ont répondu, 417 ont fait état d'un usage nocif d'opioïdes, dont la prévalence était de 28 % (IC 95 % = 26 % à 30 %) (tableau 1).

Âge : Dans l'ensemble, le risque non ajusté que les répondants utilisent des opioïdes de manière nocive était plus élevé chez les jeunes que chez les 50 ans et plus (p < 0,001 — voir tableau 2).

Genre : Parmi les répondants qui ont consommé des opioïdes de manière nocive, 41 % se sont identifiés comme hommes ou LGBTQIA2+, tandis que parmi les répondants qui n'ont pas consommé d'opioïdes de manière nocive, 27 % se sont identifiés comme hommes ou LGBTQIA2+. Cela signifie que le risque non ajusté (RRNA = 1,56; 95% IC=1,33 - 1,84, P<0,001) de faire un usage nocif d'opioïdes est environ 1,6 fois plus élevé chez les hommes et les LGBTQIA2+ que chez les femmes.

Résidence dans la communauté : Les répondants qui ont déclaré vivre à l'extérieur de la réserve présentaient un risque non ajusté (RRNA = 0,69, IC à 95 % = 0,55 - 0,87, P<0,001) de faire un usage nocif d'opioïdes environ 30 % inférieur à celui des répondants qui vivaient à l'intérieur de la réserve (tableau 2). Plus précisément, parmi les répondants qui ont consommé des opioïdes de manière nocive, 18 % ont déclaré vivre à l'extérieur de la réserve, tandis que 26 % de ceux qui n'ont pas consommé d'opioïdes de manière nocive vivaient à l'extérieur de la réserve (tableau 1).

Taille du ménage : Dans l'ensemble, il existe un lien entre le nombre de personnes vivant dans le ménage d'un répondant et l'usage nocif d'opioïdes. La différence de risque non ajusté de faire un usage nocif d'opioïdes était insignifiante parmi les répondants vivant dans des ménages de 4 à 6 personnes par rapport à ceux vivant dans des ménages de 1 à 3 personnes (RRNA P=0,08). Toutefois, le risque non ajusté de faire un usage nocif d'opioïdes était significativement plus élevé (environ 1,6 fois) chez les répondants qui vivaient dans des ménages d'au moins 7 personnes que chez les répondants qui vivaient dans des ménages de 4 à 6 personnes (RRNA = 1,56; IC 95 % = 1,23 - 1,95, P<0,001) (tableau 2).

Insécurité alimentaire : Le risque non ajusté de faire un usage nocif d'opioïdes était au moins deux fois plus élevé chez les répondants qui avaient eu de la difficulté à se procurer la nourriture nécessaire à leur ménage que chez ceux qui n'avaient eu aucune difficulté à le faire (RRNA=2,09, 95%IC=1,74 - 2,50, P<0,001) (tableau 2).

Variabiles liées au traumatisme : Toutes les variables liées au traumatisme augmentaient de manière significative le risque d'usage nocif d'opioïdes (tableau 2).

Absence de sources de soutien : Un lien entre les variables de résultats et les cinq sources de soutien a été observé. Le risque non ajusté de faire un usage nocif d'opioïdes était plus élevé chez les répondants qui n'avaient pas bénéficié de sources de soutien au cours de leur vie que chez ceux qui en avaient bénéficié (tableau 2).

3.2 Consommation de méthamphétamine au cours de la vie

Les questions sur la méthamphétamine ne figuraient pas dans la version originale de l'enquête, elles ont été ajoutées en 2021. Par conséquent, la taille de l'échantillon pour cette section est inférieure à ce qu'elle aurait pu être. Au total, 1084 adultes ont répondu à au moins une des questions sur la méthamphétamine. La prévalence de la consommation de méthamphétamine était de 18 % (95 % IC 16% to 21%).

Âge : Comme pour la consommation nocive d'opioïdes, le risque de consommer de la méthamphétamine au cours de la vie était plus élevé chez les jeunes que chez les répondants âgés de 50 ans et plus (valeur p < 0,001) (voir tableau 2). –

Genre : Il existe une relation entre le genre et la consommation de méthamphétamine. Nous avons observé que 45 % des consommateurs de méthamphétamine s'identifiaient comme hommes ou LGBTQIA2+, tandis que 25 % de ceux qui s'identifiaient à ces mêmes catégories ne consommaient pas de méthamphétamines (voir le tableau 1). Cela signifie que le risque non ajusté de consommer de la méthamphétamine est 2,2 fois plus élevé chez les répondants qui s'identifient comme hommes ou LGBTQIA2+ que chez ceux qui s'identifient comme femmes (RRNA=2,20, 95%IC=1,72 - 2,81, P<0,001) (tableau 2).

Le fait de vivre à l'intérieur de la réserve (RRNA=0,91, IC à 95%=0,67 - 1,23, P= 0,524) au moment de l'enquête ou la taille du ménage (P= 0,1709) n'ont pas entraîné un écart significatif dans le risque non ajusté de consommation de méthamphétamine (tableau 2).

Insécurité alimentaire : Chez les répondants qui avaient eu des difficultés à se procurer de la nourriture pour leur ménage, le risque non ajusté de consommer de la méthamphétamine était presque deux fois plus élevé que chez ceux qui n'avaient eu aucune difficulté à acheter la nourriture dont ils avaient besoin (tableau 2).

Variabiles liées au traumatisme : En général, chez les personnes ayant répondu oui à l'une des huit questions relatives aux traumatismes, le risque non ajusté de consommer de la méthamphétamine était plus élevé que chez celles qui n'avaient pas vécu ce genre d'expériences (voir le tableau 2). En particulier, 40 % des personnes interrogées qui consommaient de la méthamphétamine avaient l'« impression d'être incapable de changer sa vie », tandis que seulement 13 % de celles qui n'en consommaient pas avaient donné la même réponse (tableau 1). Aucun lien significatif n'a été établi entre le fait d'avoir eu des amis ou des membres de la famille ayant fait une tentative de suicide (tableau 2).

Absence de sources de soutien : Les répondants qui n'avaient pas eu de modèles positifs, qui étaient sans emploi ou qui n'étaient pas scolarisés, qui n'avaient pas reçu de soutien de la part de leur famille ou de leurs amis et qui n'avaient pas été sensibilisés à la santé et aux drogues présentaient un risque non ajusté plus élevé d'avoir consommé de la méthamphétamine au cours de leur vie que ceux qui avaient pu bénéficier de ces sources de soutien (tableau 2).

3.3 Toute autre consommation nocive de drogues

Au total, 1544 personnes ont répondu à au moins une des questions sur la consommation de drogues de cette section (voir annexe 2). La prévalence de la consommation d'autre substance était de 34 % (IC 95 % 32 % à 36 %).

Âge : Le risque non ajusté de déclarer avoir consommé d'autres substances était plus élevé chez les jeunes que chez les répondants âgés de 50 ans et plus (P < 0,0001) (voir tableau 2). Douze pour cent des personnes âgées de 50 ans et plus ont déclaré avoir consommé d'autres substances, contre 24 % des personnes âgées de 40 à 49 ans, 36 % des personnes âgées de 30 à 39 ans et 28 % des personnes âgées de 18 à 20 ans (tableau 1).

Genre : Parmi ceux qui ont déclaré avoir consommé d'autres substances, 42 % s'identifiaient comme hommes ou LGBTQIA2+, tandis que seulement le quart des répondants qui n'ont déclaré aucune consommation de substances s'identifiaient comme hommes ou LGBTQIA2+ (voir le tableau 1). Cela signifie que le risque non ajusté de consommer des substances est 1,6 fois plus élevé (RRNA=1,63 ; 95%IC=1,42 - 1,87, P<0,001) pour les répondants qui s'identifient comme hommes ou LGBTQIA2+ par rapport à leurs homologues féminines (tableau 2).

Résidence dans la communauté : Le risque non ajusté de consommer d'autres substances chez les répondants qui vivaient à l'extérieur de la réserve était de 27 % inférieur à ceux qui vivaient à l'intérieur de la réserve (tableau 2). Parmi les répondants qui consommaient d'autres substances, 19 % vivaient à l'extérieur de la réserve au moment de l'enquête et parmi ceux qui ne consommaient aucune substance, 27 % vivaient à l'extérieur de la réserve (tableau 1).

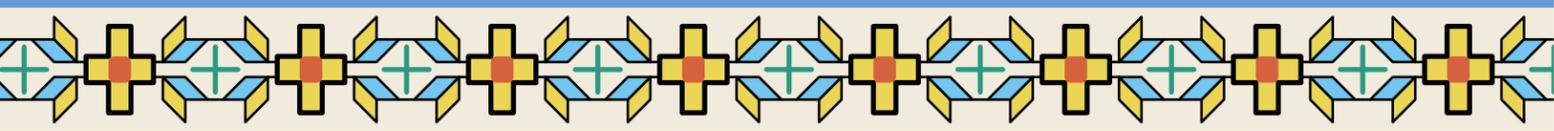
Taille du ménage : Dans l'ensemble, un lien a été observé entre le nombre de personnes vivant dans un ménage et la consommation d'autres substances. Les répondants qui vivaient dans des ménages de 7 personnes ou plus étaient 1,3 fois plus à risque ([RRNA=1,33, 95%IC= 1,09 - 1,63 P = 0,01]) de consommer d'autres substances que ceux qui vivaient dans des ménages de 1 à 3 personnes.

Insécurité alimentaire : Un lien a été observé entre le fait d'avoir des difficultés à acheter de la nourriture et la consommation d'autres substances (voir tableau 2). Parmi les personnes ayant consommé d'autres substances, 67 % ont déclaré avoir eu des difficultés à se procurer de la nourriture, mais parmi celles qui n'ont pas déclaré avoir consommé d'autres substances, seuls 42 % ont déclaré avoir eu des difficultés à se procurer de la nourriture. Le risque non ajusté de consommer d'autres substances est presque deux fois plus élevé chez les personnes exposées à l'insécurité alimentaire que chez celles qui ne le sont pas (RRNA=1,97, 95 %IC=1,69 - 2,29, P<0,001) (tableau 1).

Variabiles liées au traumatisme : Toutes les variables liées aux traumatismes entraînaient un risque non ajusté significativement plus élevé de consommation d'autres substances que chez les personnes n'ayant pas vécu d'événements traumatisants (tableau 2).

Absence de sources de soutien : Les répondants qui n'avaient pas bénéficié des cinq sources de soutien au cours de leur vie présentaient un risque non ajusté accru de consommation de drogues par rapport aux répondants qui avaient bénéficié de ces sources (tableau 2).





3.4 Analyse multivariée en vue de déterminer les caractéristiques en lien avec la consommation de substances

Les trois covariables sociales et démographiques étroitement liées aux trois résultats étaient : a) le groupe d'âge, b) le genre, et c) l'insécurité alimentaire.

Les personnes plus jeunes, s'identifiant comme hommes ou LGBTQIA2+, et confrontées à l'insécurité alimentaire présentaient un risque plus élevé pour chacun des trois résultats.

Tableau 2, en ce qui concerne les caractéristiques en lien avec un traumatisme, la relation entre ceux-ci diffère selon les trois variables de résultats. Les personnes ayant déclaré faire souvent des cauchemars au moment de l'enquête étaient deux fois plus à risque de consommer de la méthamphétamine au cours de leur vie que celles qui n'en faisaient pas. De plus, le risque ajusté de consommer d'autres substances était 1,2 fois plus élevé chez les personnes qui avaient déclaré faire des cauchemars que chez celles qui avaient déclaré ne pas en faire souvent. Inversement, aucun lien significatif n'a été observé entre le fait de faire des cauchemars et l'usage nocif d'opioïdes une fois les autres variables prises en compte.

Les personnes ayant déclaré avoir « l'impression d'être incapables de changer leur vie » au moment de l'enquête présentaient un risque accru presque similaire de consommation nocive d'opioïdes (RRA= 1,27, IC à 95 % = 1,0 - 1,7, P<0,001) et de consommation d'autre substance (RRA = 1,40, IC à 95 % = 1,14 - 1,72, P<0,001). Ce lien ne s'est pas vérifié dans le cas de la consommation de méthamphétamine (RRA=1,34, 95%IC= 0,92 - 1,96, P= 0,130) dans le modèle multivarié une fois les autres covariables prises en compte (tableau 2).

Les personnes dont un ami ou un membre de la famille avait fait une tentative de suicide étaient 1,3 fois plus à risque de consommer des substances que celles qui n'avaient pas vécu cet événement traumatisant. Méthamphétamine. Le lien entre le fait d'avoir des amis ou des membres de la famille ayant fait une tentative de suicide et la consommation de méthamphétamine n'était pas significatif (valeur p = 0,193) après ajustement pour d'autres covariables.

Les personnes dont un ami ou un membre de la famille était décédé par suicide étaient 1,3 fois plus à risque de consommer des opioïdes de manière nocive (RRA= 1,32; 95 % IC= 1,01 - 1,72, P=0,04) par rapport à ceux qui n'avaient pas vécu cet événement traumatisant. Cependant, aucun lien significatif n'a été observé entre le fait d'avoir des amis ou des membres de la famille décédés par suicide et la consommation de méthamphétamines ou de toute autre substance. (Tableau 2).

Les personnes qui avaient l'impression d'avoir été trahies par d'autres étaient 1,4 fois plus à risque (RRA= 1,36, 95% IC=1,04 - 1,76, P=0,02) d'utiliser des opioïdes de manière nocive que celles qui n'avaient pas cette impression. De plus, elles étaient 1,3 fois plus à risque (RRA=1,302, 95%IC=1,05 - 1,614, P= 0,02) de consommer des substances que celles qui n'avaient pas eu l'impression d'avoir été trahies par d'autres. Cependant, il n'y avait pas de lien significatif entre le sentiment de trahison et la consommation de méthamphétamine (RRA= 1,40, 95 % CI=0,93 - 2,10, P= 0,11) (tableau 2).

Bien qu'un lien significatif ait été observé entre presque toutes les sources de soutien et les trois variables de résultats dans l'analyse univariée, ce n'était pas le cas dans les modèles multivariés. La plupart des sources de soutien se sont avérées non significatives après ajustement des autres covariables dans les modèles.

Un lien a été observé entre le fait de ne pas avoir de modèles positifs et la consommation de méthamphétamine. Le risque ajusté que les répondants qui n'avaient pas eu de modèles positifs consomment de la méthamphétamine était 1,6 fois plus élevé que ceux qui avaient eu des modèles positifs (tableau 2). Cependant, aucun lien significatif n'a été observé entre le fait de ne pas avoir eu de modèles positifs et l'usage nocif d'opioïdes ou d'autres substances (P= 0,173 et P = 0,079, respectivement) (tableau 2).

Aucun lien significatif n'a été établi entre le fait d'avoir un emploi, d'aller à l'école ou de ne pas avoir de famille ou d'amis compréhensifs et l'une des trois variables de résultats.

Les répondants qui ont déclaré ne pas avoir été sensibilisés à la santé et aux drogues présentaient un risque au moins 1,3 fois plus élevé de faire un usage nocif d'opioïdes et de consommation d'autres substances que ceux qui y avaient été sensibilisés.



+ 4.0 Discussion

Résumé des résultats

Les présents résultats démontrent que chez les Premières Nations, les hommes plus jeunes, vivant à l'intérieur des réserves dans des ménages de plus de sept personnes, souffrant d'insécurité alimentaire (difficultés à acheter de la nourriture pour leur ménage) et ayant vécu des traumatismes sont plus à risque de faire un usage nocif d'opioïdes. En outre, la consommation de méthamphétamine était plus fréquente chez les jeunes hommes qui avaient connu l'insécurité alimentaire et des traumatismes au cours de leur vie, qui avaient l'impression d'être incapables de changer leur vie et qui n'avaient pas de modèles positifs, qui n'avaient pas d'emploi ou qui n'allaient pas à l'école, dont la famille ou les amis n'étaient pas compréhensifs et qui n'avaient pas été sensibilisés à la santé et aux drogues. L'analyse multivariée des caractéristiques en lien avec la consommation de substances a identifié les caractéristiques suivantes : âge plus jeune, s'identifiant comme homme ou LGBTQIA2+ et souffrant d'insécurité alimentaire. Étant donné la nature transversale de cette étude, les séquences temporelles de ces facteurs n'ont pas pu être établies et doivent faire l'objet de recherches futures.

Jeune âge

Une caractéristique clé observée à plusieurs reprises au cours de nos analyses est que le jeune âge est associé à des risques plus élevés de consommation nocive d'opioïdes ou de méthamphétamine au cours de la vie. Cette étude a apporté une contribution unique en identifiant ce groupe comme important et pouvant bénéficier de stratégies de prévention ciblées. En 2008, une enquête nationale canadienne a évalué la prévalence de l'utilisation de médicaments d'ordonnance chez 44 344 adolescents (Currie et Wild, 2012). Il a été observé que la prévalence de l'utilisation de médicaments sur ordonnance à des fins non médicales était de 11 % chez les Premières Nations, soit presque le double des statistiques nationales relatives à l'utilisation de médicaments sur ordonnance (5,9 %) chez les adolescents canadiens (Currie et Wild, 2012). Cela a des implications pour les décideurs politiques qui sont appelés à cibler les programmes de prévention pour répondre aux besoins des plus jeunes.

Chômage et scolarisation

Nous avons constaté que le fait d'être au chômage et de ne pas être scolarisé augmentait le risque que les personnes interrogées aient consommé de la méthamphétamine au cours de leur vie. Nos résultats sont cohérents avec ceux d'une étude à plus petite échelle portant sur 381 participants, dans laquelle le faible niveau d'éducation et le chômage

actuel étaient associés de manière significative à des problèmes de consommation de substances illicites. (Currie et collab. 2013). Currie et Wild suggèrent que « le sentiment d'appartenance à une école » est une stratégie d'intervention préventive importante chez les jeunes.. Ils ont observé que les jeunes autochtones déclaraient ne pas se sentir proches des gens à l'école, ne pas s'y sentir en sécurité ni heureux et ne pas avoir l'impression d'en faire partie (Currie et Wild, 2012). Ces résultats ont été confirmés par une autre étude nationale canadienne réalisée par Weatherson et collab. en 2018 sur 33 313 étudiants [Weatherson et collab. 2018]. Ils ont observé qu'une diminution du sentiment d'appartenance à une école était associée à une plus grande probabilité d'abus de substances [Weatherson et collab. 2018]. Une étude exploratoire publiée en 2020 a souligné que les programmes de prévention précoce à l'école devraient être adaptés à la culture et doter les jeunes d'informations et de capacités leur permettant de prévenir la consommation de substances lorsqu'ils sont confrontés à des situations de la vie réelle. Lorsque le savoir autochtone (croyances, valeurs, langues, vision du monde et images) est au centre du programme d'études, celui-ci gagne en efficacité et en durabilité au sein des communautés. L'étude souligne également le rôle clé des communautés autochtones dans la création de programmes adaptés à la culture, fondés sur des données probantes, et dans leur mise en œuvre avec un maximum de fiabilité (Maina et collab., 2020).



Modèles positifs, famille et amis compréhensifs, et sensibilisation à la santé et aux drogues

Parmi les facteurs associés à la consommation de méthamphétamines au cours de la vie, la présence de modèles positifs ou de mentors, le soutien de la famille ou des amis et la sensibilisation à la santé et aux drogues sont autant d'éléments qui confirment l'importance d'interventions adaptées à la culture des Premières Nations. Une étude réalisée en 2013 par Currie et collab. a examiné le rôle joué par les croyances, les pratiques et la culture traditionnelles dans la protection et la résilience face aux problèmes liés aux drogues illicites et aux médicaments sur ordonnance chez les adultes autochtones vivant en milieu urbain au Canada [Currie et collab. 2013]. La culture autochtone traditionnelle a été identifiée comme un élément qui « peut renforcer l'autonomie et la fierté des peuples autochtones, et un déterminant que beaucoup peuvent être intrinsèquement motivés à renforcer » (Currie et collab. 2013, p. 1). Ils ont constaté que « l'enculturation » était inversement associée à la consommation de médicaments sur ordonnance et de drogues illicites. En outre, la participation à des activités culturelles autochtones telles que des événements culturels, des cérémonies de purification et des cérémonies spirituelles font partie des facteurs qui favorisent la résilience et le développement de ces activités est encouragé pour promouvoir et protéger les pratiques et les croyances culturelles autochtones [Currie et collab.]. 2013). Une autre étude réalisée par Janelle et collab. (2009) a établi que favoriser la richesse et la spécificité des activités culturelles autochtones chez les jeunes des Premières Nations au Canada est essentiel pour encourager l'estime de soi, rétablir les comportements favorables à la vie en société et renforcer la continuité culturelle [Janelle et collab. 2009].

Insécurité alimentaire

Nous avons observé que l'insécurité alimentaire des ménages était associée à des risques élevés de consommation nocive d'opioïdes et de méthamphétamine chez les Premières Nations. Même si les taux d'insécurité alimentaire varient en fonction de plusieurs facteurs tels que l'âge, le niveau d'éducation, le genre, le statut économique, la région où l'on réside et la communauté, entre autres (Domingo et collab., 2020; Dachner et Tarasuk 2018; Natcher et collab., 2016), les statistiques concernant les peuples autochtones du Canada sont alarmantes (Mirzaei et Natcher 2021). Les études longitudinales sur l'association séquentielle entre la consommation de drogues illicites et l'insécurité alimentaire sont rares chez les peuples des Premières Nations du Canada et il semble que l'insécurité des ménages représente une interaction complexe, à multiples facettes et non linéaire de plusieurs facteurs (Bragazzi et collab., 2021). Anema et collab. proposent un cadre illustrant le fait que « la consommation de drogues agit comme un moteur individuel et environnemental de l'insécurité alimentaire et que, à son tour, l'insécurité alimentaire exacerbe la consommation de drogues illicites » (Anema et collab., 2015, p.360).

Dans une étude exploratoire sur la sécurité alimentaire des peuples autochtones du Canada, Shafiee et collab. expliquent la façon dont les changements environnementaux liés au climat ont affecté les quatre piliers de l'insécurité alimentaire dans cette population [Shafiee et collab. 2022]. Ces quatre piliers sont 1) la disponibilité (disponibilité des aliments traditionnels, des aliments du marché, etc.), 2) l'accessibilité (désavantage économique, distance des épiceries, absence d'un chasseur actif dans le ménage, etc.), 3) l'utilisation (perte des compétences et des connaissances traditionnelles, préférence et acceptabilité culturelle, etc.), et 4) la stabilité (continuité des trois piliers susmentionnés dans le temps) (Shafiee et collab. 2022). Cet examen approfondi conclut que pour s'attaquer aux problèmes d'insécurité alimentaire chez les peuples autochtones du Canada, il faut élaborer des stratégies intégrées et adaptées à la culture qui se concentrent sur les quatre aspects de l'insécurité alimentaire [Shafiee et collab. 2022].

Programmes communautaires/culturels

Les programmes communautaires tels qu'évalués par Kanate et collab. ont permis d'améliorer considérablement les problèmes de dépendance aux opioïdes chez les Premières Nations du Canada (Kanate et collab., 2015). Ces programmes communautaires comprenaient des thérapies de substitution, des méthodes de guérison traditionnelles des Premières Nations et des traitements de la dépendance (Kanate et collab., 2015). Des séances quotidiennes individuelles et collectives ont été organisées par des guérisseurs et des conseillers des Premières Nations (Kanate et collab., 2015). Ces séances portaient sur des sujets divers tels que l'accompagnement du deuil, la compréhension des traumatismes survenus au début de la vie, les enseignements sur la guérison traditionnelle, la prévention des rechutes et les activités axées sur les terres (Kanate et collab., 2015). De tels programmes culturels à l'échelle de la communauté favorisent un sentiment d'exemplarité et de partage d'histoires, renforcent l'éducation et la sensibilisation aux drogues, et permettent de créer une communauté de soutien parmi les Premières Nations. Un an après le lancement de ce programme, une diminution de 61,1 % des accusations policières et de 58,3 % des cas de protection de l'enfance a été observée (Kanate et collab., 2015). En outre, la fréquentation scolaire a augmenté de 33,3 % (Kanate et collab., 2015). À cet effet, une étude systématique de la recherche empirique sur les peuples des Premières Nations d'Australie s'est penchée sur les traitements communautaires de l'abus d'alcool et d'autres substances (Krakouer et collab., 2022). Cet examen systématique a conclu que « la recherche menée par les Premières Nations, contrôlée par les peuples des Premières Nations et coproduite en collaboration avec eux, est nécessaire pour garantir la réciprocité, le respect et la participation culturellement appropriée des membres des communautés locales à la conception, au développement, à la mise en œuvre et à l'évaluation de ces programmes » (Krakouer et collab., 2022, p. 1426).

Expérience de trauma/de détresse

Les membres des Premières Nations qui ont vécu une expérience de traumatisme ou de détresse, quelle qu'elle soit, courent un risque accru d'abus de substances. Ces expériences de traumatisme causées par une myriade de facteurs tels que la colonisation intergénérationnelle, la marginalisation sociale et économique, la discrimination et le racisme, se sont révélées avoir une incidence sur la toxicomanie, la santé et le bien-être des peuples des Premières Nations non seulement au Canada, mais aussi aux États-Unis et en Australie (Gone et collab., 2019; Watego et al., 2021). La réflexion sur les raisons des traumatismes historiques chez les peuples des Premières Nations dépasse le cadre de la présente étude, mais les conclusions de celle-ci soulignent le rôle des interventions sécuritaires et appropriées sur le plan culturel, afin de mieux répondre aux besoins de cette population. Comme Richer et Roddy (2022) le mentionnent dans leur article, « les traitements destinés aux populations autochtones doivent refléter les valeurs et les traditions de leurs communautés afin de faciliter la guérison et le rétablissement » (Richer et Roddy, 2022, p. 257). Ces modèles fondés sur les valeurs reflètent les perspectives et les thèmes culturels, adaptés aux communautés des Premières Nations.

Malgré les preuves solides des effets bénéfiques de ces programmes holistiques complets et adaptés à la culture, ceux-ci sont actuellement sous-financés et leurs ressources sont insuffisantes (Krakouer et collab., 2022; Kanate et collab., 2015). Par exemple, une étude systématique réalisée en 2019 sur le rôle des groupes de soutien mutuel dans le traitement de la toxicomanie chez les peuples autochtones a été incapable de trouver des données probantes dans la littérature concernant ce programme au Canada (Dale et collab., 2019). Nous recommandons que les futures recherches visant à résoudre la crise des opioïdes chez les peuples des Premières Nations incorporent une approche à multiples facettes, en intégrant des interventions culturellement appropriées dans les interventions médicales et pharmacologiques courantes.

Forces

Les données recueillies dans le cadre de cette étude proviennent de diverses communautés et organisations des Premières Nations à travers le Canada. Bien que certaines communautés aient été en état d'urgence en raison de problèmes liés à la toxicomanie, les participants ne vivaient pas tous dans des communautés où c'était le cas. Chaque communauté et organisation a décidé de la meilleure méthode pour conduire l'enquête et en assumait la responsabilité. Si l'enquête avait été menée par des chercheurs venant de l'extérieur, il est probable qu'ils auraient fait face à de la méfiance de la part des participants, ce qui n'a pas été le cas et ce qui a probablement permis qu'un plus grand nombre de participants prennent part à l'enquête.

Limites

Selon le recensement du gouvernement canadien (gouvernement du Canada, 2020), 40 % des Premières Nations vivent à l'intérieur des réserves, ce qui doit être pris en compte dans le cadre de ce rapport. Ainsi, pour la plupart des communautés des Premières Nations où l'enquête a été réalisée, 60 % de la population n'a pas été prise en compte. Nous ne pouvons pas présumer que si tous les membres des Premières Nations avaient pris part à cette enquête, les données auraient simplement été doublées, mais il est important d'en tenir compte pour donner une image plus complète de la situation.

La plupart des données ont été recueillies pendant la pandémie de COVID-19. On ne connaît pas l'impact de la pandémie sur les caractéristiques et les variables des résultats. Ces résultats doivent donc tenir compte de l'influence inconnue qu'a pu avoir la pandémie.

Nous n'avons pu communiquer aucune des données relatives aux jeunes parce que trop peu d'entre eux ont déclaré avoir consommé des substances. Peu de communautés ont été en mesure de faire participer plus de 30 jeunes; il n'est donc pas garanti que l'échantillon de jeunes soit représentatif de l'ensemble de la population des jeunes des Premières Nations. Cependant, selon des rapports (Webster, 2012), les jeunes des Premières Nations présentent des taux élevés de consommation inappropriée de médicaments sur ordonnance et de surdoses par rapport aux autres jeunes.

La section consacrée à la méthamphétamine a été ajoutée à l'enquête à mi-parcours. Pour cette raison, un peu plus d'un quart des répondants n'ont pas eu l'occasion de répondre à ces questions. Cela signifie que nous n'avons pas pu calculer leur niveau d'exposition à la méthamphétamine au cours de leur vie et que nous avons seulement pu déterminer leur niveau d'exposition au cours des 12 derniers mois, soit 18 % (IC 95 % 16 % — 21 %). Par conséquent, la prévalence de la consommation de méthamphétamine peut être sous-estimée dans notre rapport. Le Rapport national de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations a révélé que la consommation de méthamphétamine ou cristaux de méthamphétamine chez les adultes âgés de 18 ans et plus en 2015-2016 était d'environ 1,2 % (Rapport national de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations, 2018). Cela signifie que la consommation de méthamphétamine pourrait avoir augmenté dans les communautés des Premières Nations au fil du temps.



+ 5.0 Conclusion

Nous concluons que la prévalence de l'usage nocif des opioïdes et de la méthamphétamine est plus élevée que dans la population canadienne générale au cours de la période étudiée. Il est possible que la consommation de méthamphétamine ait augmenté dans les communautés des Premières Nations au cours des dernières années. De nombreuses caractéristiques sont associées à la consommation de drogues. De nombreuses caractéristiques sont associées à la consommation de substances. Dans cette étude, nous avons constaté que le jeune âge, l'insécurité alimentaire, le fait d'avoir vécu certains événements traumatisants et l'absence de modèles positifs ou de sensibilisation aux drogues étaient associés à un risque plus élevé de consommation de substances. Plusieurs de ces caractéristiques sont modifiables et des stratégies devraient être conçues pour réduire l'occurrence de ces caractéristiques.



+ 6.0 Recommandations

À la suite de ce rapport, nous recommandons ce qui suit :

- Poursuivre la collaboration et la surveillance avec les communautés des Premières Nations en ce qui concerne les évaluations et la collecte de données relatives à la consommation d'opioïdes et de méthamphétamine au sein de leurs communautés.
- Collaborer avec les organismes de santé provinciaux et fédéraux pour soutenir la collecte de données sur la dépendance aux opioïdes et à la méthamphétamine chez les populations rurales et urbaines des Premières Nations.
- Créer une stratégie d'évaluation des opioïdes et de la méthamphétamine spécifique aux jeunes des Premières Nations, impliquant les communautés des Premières Nations, les populations urbaines et rurales des Premières Nations.



- Financer des études de recherche au sein des communautés urbaines et rurales des Premières Nations concernant l'intervention culturelle pour lutter contre la dépendance aux opioïdes et à la méthamphétamine.
- Créer des documents d'information sur les opioïdes et les méthamphétamines portant sur la consommation, la dépendance, l'utilisation de médicaments sur ordonnance et la consommation de drogues illicites — dans les écoles des Premières Nations et au niveau communautaire.
- Fournir un financement continu aux populations des Premières Nations qui ont vécu certains événements traumatisants, tels que le soutien communautaire pour les traumatismes et les espaces de guérison axés sur la culture pour traiter les traumatismes historiques, intergénérationnels et personnels.



- Mener des recherches sur les causes et les conséquences de l'insécurité alimentaire au sein des communautés des Premières Nations et de la population urbaine et rurale des Premières Nations.
- Créer et mettre en œuvre des opportunités de mentorat ou des formations au rôle de modèle pour les leaders, les éducateurs et les Aînés des Premières Nations au sein des communautés et des écoles des Premières Nations.
- Réaliser un bilan ou une analyse contextuelle de ce que les écoles proposent comme programmes de prévention précoce de la toxicomanie adaptés à la culture, étant donné que les jeunes présentent un risque élevé de consommation de substances nocives.

Tableau 1:

Répartition des variables de résultats entre les covariables/variable d'exposition (N= 1792 répondants)

Covariables/variables d'exposition	Utilisation nocive d'opioïdes		Consommation de méthamphétamine		Tout usage nocif de drogues	
	Oui (n=417)	Non (n=1077)	Oui (n = 199)	Non (n = 885)	Oui (n = 525)	Non (n = 1019)
Total des participants ayant répondu aux trois questions relatives aux résultats	n=1494		n=1084		n=1544	

Démographie et déterminants sociaux de la santé

1. Âge (en années)						
18 à 29	111 (28 %)	217 (21 %)	48 (24 %)	170 (19 %)	140 (28 %)	197 (20 %)
30 à 39	143 (36 %)	223 (22 %)	76 (39 %)	210 (24 %)	181 (36 %)	197 (20 %)
40 à 49	101 (25 %)	221 (21 %)	50 (26 %)	200 (23 %)	121 (24 %)	212 (22 %)
50 ans et plus	45 (11 %)	375 (36 %)	20 (10 %)	292 (33 %)	62 (12 %)	372 (38 %)
2. Homme ou LGBTQIA2+	168 (41%)	283 (27%)	94 (47%)	221 (25%)	217 (42%)	247 (25%)
3. Résident à l'extérieur de la réserve	72 (18%)	268 (26%)	44 (23%)	218 (25%)	95 (19%)	257 (27%)
4. Taille du ménage						
1 à 3 personnes	157 (40%)	500 (48%)	81 (45%)	427 (49%)	207 (42%)	468 (48%)
4 à 6 personnes	164 (42%)	415 (40%)	73 (40%)	350 (40%)	203 (41%)	398 (41%)
7 personnes ou plus	70 (18%)	119 (12%)	27 (15%)	90 (10%)	80 (16%)	116 (12%)
5. En situation d'insécurité alimentaire	274 (68%)	453 (43%)	138 (70%)	373 (42%)	340 (67%)	415 (42%)

Expériences liées à un traumatisme

1. Cauchemars	170 (42%)	213 (23%)	100 (52%)	187 (22%)	213 (42%)	177 (20%)
2. Impression d'être incapable de changer sa vie	128 (33%)	118 (13%)	74 (40%)	108 (13%)	161 (33%)	88 (10%)
3. Impression de ne pas avoir d'importance	98 (25%)	167 (18%)	66 (37%)	154 (19%)	134 (28%)	141 (16%)
4. Amis ou membres de la famille ayant fait une tentative de suicide	322 (80%)	702 (74%)	158 (82%)	643 (76%)	404 (80%)	654 (73%)
5. Amis ou membres de la famille décédés d'un suicide	298 (74%)	612 (64%)	140 (74%)	563 (66%)	366 (73%)	573 (64%)
6. Souvenirs bouleversants	311 (79%)	614 (67%)	150 (80%)	564 (68%)	386 (78%)	567 (65%)
7. Impression d'avoir été trahi par les autres	286 (72%)	510 (55%)	148 (78%)	468 (56%)	357 (72%)	461 (53%)

Absence de sources de soutien

1. Modèles positifs	162 (55%)	334 (37%)	84 (54%)	288 (38%)	205 (54%)	301 (36%)
2. Emploi/scolarité	174 (59%)	338 (37%)	90 (58%)	293 (39%)	217 (57%)	303 (36%)
3. Amis et famille compréhensifs	163 (55%)	350 (39%)	75 (48%)	301 (40%)	203 (53%)	320 (38%)
4. Activités communautaires ou familiales	212 (72%)	566 (62%)	107 (69%)	482 (64%)	272 (72%)	518 (61%)
5. Sensibilisation à la santé et aux drogues	207 (70%)	491 (54%)	102 (66%)	420 (55%)	264 (69%)	445 (53%)

Tableau 2:

Risque non ajusté et risque ajusté pour mesurer l'association entre les variables de résultats et les covariables/variables d'exposition.

Covariables/variables d'exposition	Utilisation nocive d'opioïdes		Consommation de méthamphétamine		Tout usage nocif de drogues	
	RRNA - (95 % IC); Valeur P	RRA - (95 % IC); Valeur P	RRNA - (95 % IC); Valeur P	RRA - (95 % IC); Valeur P	RRNA - (95 % IC); Valeur P	RRA - (95 % IC); Valeur P

Démographie et déterminants sociaux de la santé

1. Âge (en années)						
18 à 29	3.16(2.31-4.33); <0.001	3.47(2.17-5.55); <0.001	3.44(2.10-5.62); <0.001	3.39(1.54-7.44); 0.002	2.91(2.24-3.78); <0.001	2.73(1.90-3.93); <0.001
30 à 39	3.65(2.69-4.94); <0.001	4.13(2.63-6.50); <0.001	4.15(2.60-6.61); <0.001	4.36(2.09-9.07); <0.001	3.35(2.60-4.32); <0.001	3.19(2.25-4.52); <0.001
40 à 49	2.93(2.13-4.03); <0.001	3.38(2.13-5.38); <0.001	3.12(1.91-5.10); <0.001	3.56(1.67-7.59); 0.001	2.54(1.94-3.34); <0.001	2.57(1.79-3.71); <0.001
50 ans et plus	Reference	Reference	Reference	Reference	Reference	Reference
2. Homme ou LGBTQIA2+	1.56(1.33-1.84); <0.001	1.55(1.26-5.38); <0.001	2.20(1.72-2.81); <0.001	2.13(1.52-2.97); <0.001	1.63(1.423-1.87); <0.001	1.52(1.28-1.81); <0.001
3. Résident à l'extérieur de la réserve	0.69(0.55-0.87); <0.001		0.91(0.67-1.23); 0.524		0.73(0.61-0.88); <0.001	
4. Taille du ménage						
1 à 3 personnes	Reference		Reference		Reference	
4 à 6 personnes	1.19(0.98-1.43); 0.080		1.08(0.81-1.45); 0.591		1.10(0.94-1.29); 0.240	
7 personnes ou plus	1.55(1.23-1.95); <0.001		1.45(0.98-2.13); 0.061		1.33(1.09-1.63); 0.010	
5. En situation d'insécurité alimentaire	2.09(1.74-2.50); <0.001	1.65(1.30-2.09); <0.001	2.64(1.99-3.50); <0.001	2.34(1.53-3.59); <0.001	1.97(1.69-2.29); <0.001	1.53(1.25-1.87); <0.001

Expériences liées à un traumatisme

1. Cauchemars	1.81(1.55-2.12); <0.001		2.86(2.23-3.67); <0.001	1.99(1.30-3.02); 0.001	1.88(1.65-2.15); <0.001	1.24(1.02-1.50); 0.030
2. Impression d'être incapable de changer sa vie	2.11(1.80-2.48); <0.001	1.27(1.01-1.60); 0.040	3.00(2.35-3.84); <0.001	1.34(0.92-1.96); 0.130	2.21(1.94-2.52); <0.001	1.40(1.14-1.72); <0.001
3. Impression de ne pas avoir d'importance	1.34(1.12-1.62); <0.001		2.08(1.60-2.71); <0.001		1.50(1.30-1.75); <0.001	
4. Amis ou membres de la famille ayant fait une tentative de suicide	1.29(1.04-1.59); 0.020		1.40(0.99-1.97); 0.054	1.31(0.87-1.95); 0.193	1.31(1.09-1.57); 0.004	1.34(1.05-1.71); 0.019
5. Amis ou membres de la famille décédés d'un suicide	1.41(1.16-1.71); <0.001	1.33(1.03-0.71); 0.030	1.39(1.03-1.87); 0.031		1.33(1.13-1.57); 0.001	
6. Souvenirs bouleversants	1.56(1.27-1.92); <0.001	1.25(0.91-1.71); 0.163	1.67(1.20-2.32); 0.002		1.49(1.25-1.77); <0.001	
7. Impression d'avoir été trahi par les autres	1.72(1.42-2.09); <0.001	1.36(1.04-1.76); 0.022	2.36(1.71-3.25); <0.001	1.40(0.93-2.10); 0.106	1.73(1.47-2.04); <0.001	1.30(1.05-1.61); 0.016

Absence de sources de soutien

1. Modèles positifs	1.73(1.42-2.12); <0.001	1.21(0.92-1.58); 0.173	1.72(1.29-2.29); <0.001	1.62(1.14-2.30); 0.007	1.66(1.41-1.96); <0.001	1.23(0.98-1.54); 0.079
2. Emploi/scolarité	1.94(1.58-2.37); <0.001	1.22(0.92-1.62); 0.169	1.92(1.43-2.56); <0.001		1.80(1.52-2.13); <0.001	1.17(0.93-1.47); 0.171
3. Amis et famille compréhensifs	1.66(1.36-2.02); <0.001	1.23(0.92-1.62); 0.134	1.34(1.01-1.78); 0.046		1.54(1.30-1.81); <0.001	1.19(0.95-1.49); 0.138
4. Activités communautaires ou familiales	1.39(1.11-1.74); 0.004		1.23(0.90-1.68); 0.201		1.38(1.14-1.67); 0.001	
5. Sensibilisation à la santé et aux drogues	1.70(1.36-2.12); <0.001	1.32(1.01-1.72); 0.040	1.44(1.06-1.96); 0.019		1.65(1.37-1.99); <0.001	1.33(1.06-1.67); 0.015

Annexe 1

1. Quel âge avez-vous? _____ ans

2. Quelle est votre identité de genre actuelle?

- Homme
- Femme
- Bispirituel/le
- Identité non mentionnée ci-haut : _____
- Préfère ne pas répondre

4. Habitez-vous à l'intérieur ou à l'extérieur de la réserve?

- À l'intérieur de la réserve
- À l'extérieur de la réserve

6. À combien s'élève le nombre de personnes vivant dans votre foyer, y compris vous-même? _____

8. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence n'avez-vous pas pu acheter la nourriture dont votre ménage avait besoin?

- Jamais
- Rarement
- Assez souvent
- Très souvent

Questions relatives aux traumatismes

Cette section traite de vos sentiments et des expériences qui ont pu causer une certaine détresse.

26. Faites-vous souvent des cauchemars?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

27. Avez-vous l'impression d'être incapable de changer votre vie?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

28. Votre identité autochtone ou culturelle vous donne-t-elle l'impression que vous n'avez pas d'importance?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

29. Avez-vous des amis proches ou des membres de la famille qui ont fait une tentative de suicide?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

30. Avez-vous des amis proches ou des membres de la famille qui sont décédés d'un suicide?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

32. Avez-vous des souvenirs qui vous bouleversent?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

33. Avez-vous l'impression d'avoir été trahi par les autres? (par exemple, commérages ou problèmes relationnels?)

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

34. Est-ce que vous ou un membre de votre famille avez été élève dans un pensionnat?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

Questions relatives aux substances

Veillez penser aux autres substances que vous avez consommées.

45. Au cours des 12 derniers mois, quelles substances parmi les suivantes avez-vous consommées? Encercliez toutes celles qui s'appliquent.

- Cocaïne ou crack
- Hallucinogènes (par exemple LSD, PCP (également connu sous le nom de poussière d'ange), MDMA (ecstasy, molly), kétamine (special k), salvia divinorum (sally-D, menthe magique), mescaline (champignons magiques))
- Produits inhalés (par exemple, diluants pour peinture, colle, dissolvant pour vernis à ongles)
- Méthamphétamine (également connue sous le nom de meth, crystal meth, speed, ice, chalk, crystal, crank, glass)

49. Avez-vous consommé de la méthamphétamine au moins une fois?

- Oui
- Non ([passez à la question 60](#))
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

50. Consommez-vous actuellement de la méthamphétamine? (au cours des 12 derniers mois inclusivement)

- Oui
- Non ([passez à la question 57](#))
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

Les questions suivantes portent sur votre consommation d'opioïdes.

Avez-vous déjà, au cours de votre vie

60. Consommé un opioïde, au moins une fois?

- Oui
- Non ([passez à la question 93](#))
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

62. Avez-vous déjà consommé des opioïdes de l'une des manières suivantes? (Encercliez toutes les réponses qui s'appliquent) La liste suivante comprend certains modes d'utilisation des opioïdes qui peuvent augmenter le risque de dommages, y compris le risque de dépendance, de surdose, d'accidents de la route, d'incapacité à travailler, d'hépatite C et de décès.

- Altérations de médicaments
- Injections d'opioïdes
- Consommation d'opioïdes pour des raisons autres que médicales
- Opioïdes procurés dans la rue
- Consommation d'opioïdes avec de l'alcool
- Consommation d'opioïdes avec d'autres substances
- Aucune consommation d'opioïdes en utilisant une méthode susceptible d'être dangereuse pour vous ([passez à la question 64](#))

63. Avez-vous déjà consommé des opioïdes en utilisant une méthode qui augmente le risque d'effets nocifs? (veuillez vous référer à la liste de la question précédente)

- Oui
- Non ([passez à la question 64](#))
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

Annexe 2

Consommation actuelle

Les questions suivantes portent sur votre consommation actuelle d'opioïdes.
(Au cours des 12 derniers mois jusqu'à aujourd'hui inclusivement).

69. Consommez-vous actuellement des opioïdes?

- Oui
- Non (passez à la question 78)
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

71. Consommez-vous actuellement des opioïdes de l'une des manières suivantes? Encerclez toutes celles qui s'appliquent

- Altérations de médicaments
- Injections d'opioïdes
- Consommation d'opioïdes pour des raisons autres que médicales
- Opioïdes procurés dans la rue
- Consommation d'opioïdes avec de l'alcool
- Consommation d'opioïdes avec d'autres substances
- Aucune consommation d'opioïdes en utilisant une méthode susceptible d'être dangereuse pour vous (passez à la question 78)

72. Consommez-vous actuellement des opioïdes en utilisant une méthode qui augmente le risque d'effets nocifs?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

Sources de soutien

96. Selon vous, pour quelle raison n'avez-vous pas consommé de méthamphétamine ou d'opioïdes en utilisant une méthode qui augmente le risque d'effets nocifs pour vous? (Encerclez toutes celles qui s'appliquent)

- Présence de modèles ou de mentors positifs
- Emploi, scolarité ou autres activités quotidiennes
- Amis et famille compréhensifs
- Présence d'activités communautaires ou familiales
- Sensibilisation à la santé et aux drogues

A2.1 Consommation d'opioïdes de manière nocive

Nous avons défini les personnes qui, au cours de leur vie, ont consommé des opioïdes de manière nocive sur la base des critères suivants :

1. Les personnes qui ont utilisé des opioïdes de cette manière doivent avoir répondu *oui* à au moins une des questions suivantes :

- Altération de médicaments (question 62 : 5 ou question 71 : 5, au cours de la vie ou actuellement)
- Injection d'opioïdes (question 62 : 6 ou question 71 : 6, au cours de la vie ou actuellement)
- Consommation d'opioïdes pour des raisons autres que médicales (question 62 : 7 ou question 71 : 7, au cours de la vie ou actuellement)
- Opioïdes procurés dans la rue (question 62 : 8 ou question 71 : 8, au cours de la vie ou actuellement)
- Consommation d'opioïdes avec de l'alcool (question 62 : 9 ou question 71 : 9, au cours de la vie ou actuellement)
- Consommation d'opioïdes avec d'autres substances (question 62 : 10 ou question 71 : 10, au cours de la vie ou actuellement)
- Avez-vous déjà consommé des opioïdes en utilisant une méthode qui augmente le risque d'effets nocifs? (question 63)
- Consommez-vous actuellement des opioïdes en utilisant une méthode qui augmente le risque d'effets nocifs? (question 72)

OU

2. Les personnes qui ont fait un usage nocif d'opioïdes doivent avoir répondu *non* aux questions suivantes

- Aucune consommation d'opioïdes en utilisant une méthode susceptible d'être dangereuse pour vous (question 62 : 12 ou question 71 : 12, au cours de la vie ou actuellement)

3. Les personnes qui n'ont pas consommé d'opioïdes de manière nocive doivent avoir répondu *non* ou *ne sait pas* à au moins une des questions suivantes et ne doivent pas avoir déjà été classées selon l'un ou l'autre des deux critères ci-dessus.

- Avez-vous déjà consommé un opioïde au moins une fois dans votre vie? (Question 60)
- Avez-vous déjà consommé des opioïdes en utilisant une méthode qui augmente le risque d'effets nocifs? (Question 63)
- Consommez-vous actuellement des opioïdes? (Question 69)
- Consommez-vous actuellement des opioïdes en utilisant une méthode qui augmente le risque d'effets nocifs? (Question 72)

A2.2 Consommation de méthamphétamine

1. Nous avons qualifié de personnes ayant consommé de la méthamphétamine au moins une fois dans leur vie celles qui ont répondu *oui* à au moins une des questions suivantes

- Au cours des 12 derniers mois, laquelle des substances suivantes avez-vous consommée - méthamphétamine (également appelée meth, speed, ice, chalk, crystal, crank et glass) (question 45 : 7).
- Avez-vous déjà consommé de la méthamphétamine (meth) au moins une fois? (Question 49)
- Consommez-vous actuellement de la méthamphétamine (meth) (au cours des 12 derniers mois inclusivement) (question 50).

2. Nous avons qualifié de personnes n'ayant pas consommé de méthamphétamine celles qui ont répondu à au moins une des questions suivantes par *oui* ou *ne sait pas* et qui n'ont pas satisfait au premier critère.

- Avez-vous déjà consommé de la méthamphétamine (meth) au moins une fois? (Question 49)
- Consommez-vous actuellement de la méthamphétamine (meth) (au cours des 12 derniers mois inclusivement) (question 50).

A2.3 Toute autre consommation de substance

Nous avons établi une définition de l'usage de toute substance à l'aide des deux algorithmes ci-dessus utilisés pour définir l'usage nocif des opioïdes et de la méthamphétamine, ainsi que l'exposition à d'autres substances (cocaïne, hallucinogènes ou substances inhalées).

1. Les personnes qui ont été exposées à des substances au cours de leur vie doivent avoir été identifiées comme ayant consommé des opioïdes de manière nocive ou de la méthamphétamine, ou avoir répondu *oui* concernant l'une des substances suivantes.

Au cours des 12 derniers mois, lesquelles des substances suivantes avez-vous consommées

- Cocaïne ou crack (question 45 : 5)
- Hallucinogènes (question 45 : 5)
- Produits inhalés (question 45 : 6)

Les personnes qui n'ont pas été exposées à des substances au cours de leur vie doivent avoir été identifiées comme n'ayant pas consommé des opioïdes de manière nocive ou de la méthamphétamine, ou avoir répondu *non* concernant l'une des substances suivantes.

Au cours des 12 derniers mois, lesquelles des substances suivantes avez-vous consommées

- Cocaïne ou crack (question 45 : 5)
- Hallucinogènes (question 45 : 5)
- Produits inhalés (question 45 : 6)

References

- Anema, A., Mehra, D., Weiser, S., Grede, N., Vogenthaler, N., et Kerr, T. (2015). *Drivers and consequences of food insecurity among illicit drug users (Facteurs et conséquences de l'insécurité alimentaire chez les consommateurs de drogues illicites)*. In *Health of HIV infected people (Santé des personnes infectées par le VIH)* (pp. 359-385). Academic Press. doi: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800769-3.00020-2>
- Assemblée des Premières Nations. (2019). *Priorités des Premières Nations concernant la réduction de l'usage abusif des opioïdes : Stratégie sur les opioïdes propres aux Premières Nations*. Tiré de : <https://www.afn.ca/wp-content/uploads/2019/10/AFN-Opioid-Strategy-Full-Report-FRE.pdf>
- Bragazzi, N. L., Beamish, D., Kong, J. D., Wu, J. (2012). *Illicit drug use in Canada and implications for suicidal behaviors, and household food insecurity (Consommation de drogues illicites au Canada et implications pour les comportements suicidaires et l'insécurité alimentaire des ménages) : Findings from a large, nationally representative survey (Résultats d'une vaste enquête représentative au niveau national)*. *La Revue internationale de recherche environnementale et de santé publique*, 18 (12), 6425. <https://doi.org/10.3390/ijerph18126425>
- Carriere, G., Garner, R., et Sanmartin, C. (2022). *Facteurs déterminants associés à l'usage problématique de médicaments antidouleur contenant des opioïdes au sein de la population à domicile, Canada, 2018* Rapports sur la santé, 32 (12), 11-26.
- Chefs de l'Ontario et Réseau de recherche sur les politiques en matière de médicaments de l'Ontario. (2021). *Impacts of the COVID-19 pandemic on opioid-related poisoning among First Nations in Ontario (Impacts de la pandémie de COVID-19 sur les intoxications liées aux opioïdes chez les Premières Nations de l'Ontario)*. Tiré de : <https://chiefs-of-ontario.org/wp-content/uploads/2021/11/First-Nations-COVID-Opioid-Related-Poisoning-Report-25NOV2021.pdf>
- Currie, C. L., Wild, T. C., Schopflocher, D. P., Laing, L., et Veugelaers, P. (2013). *Illicit and prescription drug problems among urban Aboriginal adults in Canada (Problèmes liés aux drogues illicites et aux médicaments sur ordonnance chez les adultes autochtones vivant en milieu urbain au Canada) : The role of traditional culture in protection and resilience (Le rôle de la culture traditionnelle pour la protection et la résilience)*. *Social Science & Medicine (Sciences sociales et médecine)*, 88, 1-9.
- Currie, C.L., et Wild, T.C. (2012). *Adolescent use of prescription drugs to get high in Canada (Consommation de médicaments sur ordonnance pour se droguer chez les adolescents canadiens)*. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 57 (12), 745-751.
- Dachner, N., et Tarasuk, V. (2018). *Tackling household food insecurity (Lutter contre l'insécurité alimentaire des ménages): An essential goal of a national food policy (Un objectif essentiel à une politique alimentaire)*. *Canadian Food Studies/La Revue canadienne des études sur l'alimentation*, 5 (3), 230-247. doi : <https://doi.org/10.15353/cfs-rcea.v5i3.278>
- Dale, E., Kelly, P. J., Lee, K. K., Conigrave, J. H., Ivers, R., et Clapham, K. (2019). *Systematic review of addiction recovery mutual support groups and Indigenous people of Australia, New Zealand, Canada, the United States of America and Hawaii (Revue systématique des groupes de soutien mutuel pour le rétablissement des dépendances et des populations autochtones d'Australie, de Nouvelle-Zélande, du Canada, des États-Unis d'Amérique et d'Hawaï)*. *Addictive Behaviors (Comportements de dépendance)*, 98, 106-138. doi : <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106038>
- Domingo, A., Spiegel, J., Guhn, M., Wittman, H., Ing, A., Sadiq, T., ... Batal, M. (2021). *Predictors of household food insecurity and relationship with obesity in First Nations communities in British Columbia, Manitoba, Alberta and Ontario (Facteurs prédictifs de l'insécurité alimentaire des ménages et relation avec l'obésité dans les communautés des Premières Nations de la Colombie-Britannique, du Manitoba, de l'Alberta et de l'Ontario)*. *Public Health Nutrition (Nutrition et santé publique)*, 24 (5), 1021-1033. doi:10.1017/S 1368980019004889
- La Régie de la santé des Premières Nations. (2017). *Overdose data and First Nations in BC (Données sur les overdoses et les Premières Nations en Colombie-Britannique): Preliminary findings (Résultats préliminaires)*. Vancouver, CB. Tiré de : https://www.fnha.ca/AboutSite/NewsAndEventsSite/NewsSite/Documents/FNHA_OverdoseDataAndFirstNationsInBC_PreliminaryFindings_FinalWeb_July2017.pdf
- Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2018). *Rapport national de l'Enquête régionale de la santé des Premières Nations : phase 3* Volume 1 Ottawa : Canada.
- Gone, J. P., Hartmann, W. E., Pomerville, A., Wendt, D. C., Klem, S. H., et Burrage, R. L. (2019). *The impact of historical trauma on health outcomes for Indigenous populations in the USA and Canada (L'impact des traumatismes historiques sur la santé des populations autochtones aux États-Unis et au Canada) : A systematic review (Une étude systématique)*. *American Psychologist (Psychologue américain)*, 74(1), 20-35. <https://doi.org/10.1037/amp000338>
- Gouvernement de l'Alberta. (2017). *Opioids and substances of misuse among First Nations people in Alberta (Opioïdes et mésusage de substances chez les Premières Nations de l'Alberta): Alberta report (Rapport de l'Alberta)*. Tiré de : <https://open.alberta.ca/dataset/cb00bdd1-5d55-485a-9953-724832f373c3/resource/31c4f309-26d4-46cf-b8b2-3a990510077c/download/Opioids-Substances-Misuse-Report-FirstNations-2017.pdf>
- Gouvernement du Canada (2020). *Rapport annuel du parlement 2020*. Tiré de : <https://www.sacisc.gc.ca/eng/1602010609492/1602010631711>
- Chambre des communes. (2016). *Rapport et recommandations sur la crise des opioïdes au Canada : Rapport du comité permanent de la santé*. <https://www.noscommunes.ca/DocumentViewer/fr/42-1/HESA/rapport-6/reponse-8512-421-134>
- Janelle, A., Laliberté, A., et Ottawa, U. (2009). *Promoting traditions (Promouvoir les traditions) : An evaluation of a wilderness activity among First Nations of Canada (Analyse d'une activité dans la nature chez les Premières Nations)*. *Australasian Psychiatry (Psychiatrie australienne)*, 17:sup1, S108-S111, doi : 10.1080/10398560902948605
- Kanate, D., Folk, D., Cirone, S., Gordon, J., Kirlew, M., Veale, T., ... Et Kelly, L. (2015). *Community-wide measures of wellness in a remote First Nations community experiencing opioid dependence (Mesures du mieux-être à l'échelle de la communauté dans une communauté éloignée des Premières Nations confrontée à la dépendance aux opiacés): Evaluating outpatient buprenorphine-naloxone substitution therapy in the context of a First Nations healing program (Évaluation d'un traitement ambulatoire de substitution buprénorphine-naloxone dans le contexte d'un programme de guérison des Premières Nations)*. *Canadian Family Physician (Médecin de famille canadien)*, 61(2), 160-165.
- Krakouer, J., Savaglio, M., Taylor, K., et Skouteris, H. (2022). *Community-based models of alcohol and other drug support for First Nations peoples in Australia (Modèles communautaires d'aide aux personnes souffrant d'alcoolisme et d'autres toxicomanies pour les peuples des Premières Nations en Australie): A systematic review (Une étude systématique)*. *Drug and Alcohol Dependence (La dépendance à la drogue et à l'alcool)*, 41(1418), 1427-1427. doi : 10.1111/dar.13477
- Maina, G., Mclean, M., Mcharo, S. et al. *A scoping review of school-based indigenous substance use prevention in preteens (7-13 years) (Étude exploratoire de la prévention de la consommation de substances à l'école par les autochtones chez les préadolescents (7 à 13 ans))*. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy (Traitement, prévention et politique en matière d'abus de substances)* 15, 74 (2020). <https://doi.org/10.1186/s13011-020-00314-1>
- Mirzaei, O., et Natcher, D. (2021). *An empirical analysis of food expenditures by First Nation households in Canada (Une analyse empirique des dépenses alimentaires des ménages des Premières Nations au Canada) : Factors affecting household food security (Facteurs affectant la sécurité alimentaire des ménages)*. *Food Studies (Études sur l'alimentation): An Interdisciplinary Journal (Une Revue interdisciplinaire)*, 11 (1), 15-31. doi : 10.18848/2160-1933/CGP/v11i01/15-31.
- Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances. (2011). *Honorer nos forces : Cadre renouvelé du programme de lutte contre les toxicomanies chez les Premières Nations du Canada*. Tiré de : <https://thunderbirdpf.org/hos-full>
- Rapport national de l'Enquête régionale de la santé des Premières Nations. (2018) Phase 3; Volume 1.
- Nurses and Nurse Practitioners of British Columbia (infirmiers et infirmiers praticiens de la Colombie-Britannique). (2020). *Impact of the opioid crisis on Indigenous people in BC (Impact de la crise des opioïdes sur les populations autochtones en Colombie-Britannique)*. Tiré de : <https://www.nmpbc.com/pdfs/policy-and-advocacy/opioid/18-Impact-of-Opioid-Crisis-on-Indigenous-People-in-BC.pdf>
- Richer, A., et Roddy, A.L. (2022). *Opioid use in Indigenous populations (Usage d'opioïdes chez les populations autochtones): Indigenous perspectives and directions in culturally responsive care (Perspectives et orientations autochtones en matière de soins adaptés à la culture)*. *Journal of Social Work Practice in the Addictions (Revue de la pratique du travail social dans le domaine de la toxicomanie)*, 22(3), 255-263. doi : 10.1080/1533256X.2022.2049161
- Shafiee, M., Keshavarz, P., Lane, G., Pahwa, P., Szafron, M., Jennings, D., et Vatanparast, H. (2022). *Food security status of Indigenous Peoples in Canada according to the 4 pillars of food security (Sécurité alimentaire des populations autochtones au Canada selon les 4 piliers de la sécurité alimentaire): A scoping review (Une étude approfondie)*. *Advances in Nutrition (progrès en matière d'alimentation)*, 13(6), 2537-2558.
- The Alberta First Nations Information Governance Centre (Centre de gouvernance des Premières Nations de l'Alberta)(2021). *Alberta opioid response surveillance report (Rapport de surveillance de la réponse au problème des opioïdes en Alberta) : First Nations people in Alberta (Premières Nations de l'Alberta)*. Tiré de : <https://open.alberta.ca/dataset/e2d3579-499d-4fac-8cc5-94da088e3b73/resource/1d3c4477-7a5b-40a8-90f0a802dbfd7748/download/health-alberta-opioid-response-surveillance-report-first-nations-people-2021-06.pdf>
- Watego, C., Singh, D. et Macoun, A. (2021). *Partnership for justice in health (Partenaires pour la justice en santé): Scoping paper on race, racism and the Australian Health System (Document de synthèse sur la race, le racisme et le système de santé australien)*. Discussion Paper (Document de discussion). The Lowitja Institute, Melbourne (Institut Lowitja de Melbourne), doi : 10.48455/sdr-t-sb97
- Weatherson, K. A., O'Neill, M., Lau, E. Y., Qian, W., Leatherdale, S. T., et Faulkner, G. E. (2018). *The protective effects of school connectedness on substance use and physical activity (Les effets protecteurs du sentiment d'appartenance à l'école sur la consommation de substances et l'activité physique)*. *Journal of Adolescent Health (Revue de la santé des adolescents)*, 63(6), 724-731.
- Webster, P.C. (2012). *Prescription drug abuse among Aboriginal youths (L'abus de médicaments sur ordonnance chez les jeunes autochtones)*. *Canadian Medical Association journal (Revue de l'Association médicale canadienne)*, 184 (12), E647-E648. doi : 10.1503/cmaj.109-4258





thunderbirdpf.org