

Lignes directrices pour aborder
les opioïdes et les méthamphétamines
chez les Premières Nations





thunderbirdpf.org

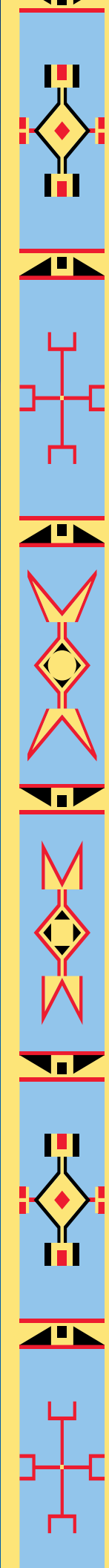
1-866-763-4714

info@thunderbirdpf.org

Ancrant sa voix au cœur de la culture autochtone, la Thunderbird Partnership Foundation est un chef de file au Canada en matière de recherche sur la toxicomanie et le mieux-être mental des Autochtones. Elle préconise la collaboration et les approches intégrées et holistiques pour aider à la guérison et au mieux-être des Premières Nations. Thunderbird encourage la recherche et la collaboration pour accroître le sentiment d’Espoir, d’Appartenance, de Sens et de But au sein des communautés des Premières Nations. Le mandat de Thunderbird est de mettre en œuvre le projet *Honorer nos forces : Cadre renouvelé du programme de lutte contre les toxicomanies chez les Premières Nations au Canada (HNF)* ainsi que le Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations (CCMPN).

La Thunderbird Partnership Foundation est une organisation à but non lucratif et une division de la Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances inc.

Introduction	5
Objectif	6
Les savoirs et la culture Autochtones ont éclairé les présentes lignes directrices	7
Un modèle de soins communautaire pour la consommation de substances	8
Les opioïdes et la méthamphétamine	12
Stigmatisation : préjugés et discrimination	18
Comprendre et répondre au traumatisme	19
Approche globale	20
Le continuum de soins	21
<i>Élément 1 : développement communautaire, prévention universelle et promotion de la santé</i>	22
<i>Élément 2 : dépistage précoce, interventions brèves et soins de suivi</i>	24
<i>Élément 3 : réduction des risques secondaires / réduction des méfaits</i>	28
<i>Élément 4 : traitement actif</i>	31
<i>Élément 5 : traitement spécialisé</i>	34
<i>Élément 6 : facilitation des soins</i>	35
Conclusion	36
Références	37



Introduction

La résilience et la force des Premières Nations se manifestent clairement par des réseaux communautaires solides, un engagement envers la culture, une relation étroite avec le territoire et l'environnement, ainsi que par la capacité des communautés à persévérer malgré les effets continus de la colonisation (Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations [CGIPN], 2020).

L'un des effets de la colonisation est le nombre disproportionné de membres des Premières Nations touchés par l'usage des opioïdes et de la méthamphétamine, avec des taux plus élevés de méfaits, de surdoses ou d'empoisonnements liés aux drogues, et de suicide comparativement aux autres populations au Canada (Chiefs of Ontario et Ontario Drug Policy Research Network, 2025; Thunderbird Partnership Foundation, 2022; First Nations Health Authority [FNHA], 2020a). Des recherches menées en Colombie-Britannique et en Alberta ont démontré que les Premières Nations courent un risque nettement¹ plus élevé de subir une surdose ou un empoisonnement lié aux drogues, ainsi qu'un risque trois fois plus élevé d'en mourir que les personnes non issues des Premières Nations (Assemblée des Premières Nations, 2019; FNHA, 2023; Gouvernement de l'Alberta, 2024).

Les sources de données nationales montrent que de nombreuses personnes des Premières Nations s'abstiennent d'utiliser des substances réglementées (CGIPN, 2018). Toutefois, l'approvisionnement en substances réglementées et non réglementées, comme les opioïdes et la méthamphétamine, constitue une préoccupation de santé publique en croissance constante chez les Premières Nations (Chiefs of Ontario et Ontario Drug Policy Research Network, 2025; FNHA, 2024; Thunderbird, 2022; Assemblée des Premières Nations, 2019; CGIPN, 2018). Au cours des dernières années, l'usage des opioïdes a changé chez les Premières Nations : un approvisionnement toxique en opioïdes a eu un effet rapide sur les membres des Premières Nations qui consomment des drogues, contribuant à la majorité des surdoses et des décès liés aux opioïdes chez les Premières Nations (Chiefs of Ontario et Ontario Drug Policy Research Network, 2025; FNHA, 2024; Assemblée des Premières Nations, 2019). Au cours de la dernière décennie, les opioïdes ont été contaminés par des substances comme le fentanyl, les benzodiazépines et la xylazine, créant un approvisionnement toxique qui empoisonne les personnes en consommation active (Santé Canada, 2024).

Pour répondre à la crise persistante des drogues, il faut des mesures accessibles et efficaces de prévention liées aux opioïdes et à la méthamphétamine, de réduction des méfaits, d'intervention communautaire et d'activités axées sur la culture pour les personnes et les communautés des Premières Nations (Santé Canada et coll., 2011; Santé Canada et coll., 2015; Chiefs of Ontario et Ontario Drug Policy Research Network, 2021). Les communautés des Premières Nations ont clairement indiqué que la culture doit être au cœur de ces activités afin de soutenir le cheminement des personnes et des communautés vers le mieux-être. Les efforts visant à prévenir et à réduire les méfaits ainsi qu'à traiter la dépendance aux opioïdes et à la méthamphétamine doivent prendre en compte le mieux-être physique, émotionnel et mental des personnes au moyen de soins centrés sur l'esprit.²

La culture est un déterminant social important de la santé. La Culture comme fondement signifie commencer à partir des Savoirs Autochtones et de la culture, puis intégrer les politiques, stratégies et cadres courants (Thunderbird, 2015). Les présentes lignes directrices adoptent une approche culture-comme-fondement pour la prévention et le traitement de la dépendance aux opioïdes et à la méthamphétamine, ainsi que des méfaits qui y sont associés. Cette approche soutient des soins centrés sur l'esprit, qui favorisent le mieux-être en accordant une attention au mieux-être physique, émotionnel et mental des personnes, des familles et des communautés. Les soins centrés sur l'esprit reposent sur le principe que l'esprit est au cœur de la vie et du bien-être d'une personne et qu'il est indissociable de ses émotions, de son corps et de son esprit. L'esprit propre à chaque personne la motive continuellement vers la vie, et il est essentiel que l'environnement qui l'entoure puisse offrir des soutiens accessibles qui favorisent également le mieux-être.



Prévenir les décès



Assurer la sécurité des personnes qui consomment des substances



Créer une gamme d'options de traitement



Soutenir les personnes dans leur parcours de guérison

First Nations Health Authority : Cadre d'action

¹ Le risque est de 5 à 8,4 fois plus élevé, selon la région.
² Les soins centrés sur l'esprit ont été identifiés par les Aînés et Aînés et constituent un principe clé dans « *Honorer nos forces : un cadre renouvelé pour aborder la lutte contre la consommation de substances chez les Premières Nations au Canada* ».

Objectif

Les présentes lignes directrices offrent une orientation pour aborder les opioïdes et la méthamphétamine chez les Premières Nations et visent à soutenir leur réponse aux méfaits associés à l'usage de ces drogues.

Dans ce document, les Premières Nations y trouveront des orientations concernant des services et soutiens holistiques tout au long du continuum de soins en matière de consommation de substances, de la prévention aux services spécialisés et coordonnés, avec un accent sur les services d'intervention offerts au sein de la communauté. Un modèle de services communautaires est mis de l'avant dans l'ensemble des lignes directrices, selon le principe que, recevoir des services près de chez soi mène à de meilleurs résultats (Groupe d'experts sur la consommation de substances de Santé Canada, 2021; Groupe de travail sur le mieux-être mental, 2021). Dans ce contexte, les « services holistiques » désignent des services et soutiens qui répondent aux besoins spirituels, émotionnels, mentaux et physiques des personnes qui cherchent divers types d'aide, en mettant l'accent sur les éléments suivants :

- Fournir de l'information sur les opioïdes et la méthamphétamine, ainsi que sur leurs effets sur les personnes, en adoptant une approche empreinte de compassion pour répondre aux besoins physiques de la personne, par exemple : médicaments pour les symptômes de sevrage (connu comme « *dope sickness* » ou état de manque), nourriture, hébergement, vêtements propres, soutien en matière d'hygiène et d'autres besoins en santé;
- Décrire l'expérience de la stigmatisation vécue par les Premières Nations et exposer les répercussions de cette stigmatisation sur les personnes qui consomment des opioïdes et de la méthamphétamine;
- Décrire l'importance du traumatisme et la nécessité d'y répondre de façon appropriée, plutôt que d'imposer ou d'attendre une réaction particulière;
- Présenter les concepts de l'approche globale en matière de consommation de substances et de continuum de soins³
- Déterminer des possibilités, fondées sur la culture et éclairées par des données probantes, pour renforcer la réponse systémique visant à soutenir les Premières Nations qui consomment des opioïdes et de la méthamphétamine;
- Présenter des éléments de partenariats pouvant soutenir une approche communautaire des soins holistiques.

« La propreté, la dignité humaine, la gentillesse, un espace sécuritaire et la souveraineté alimentaire grâce à des centres d'accueil sans rendez-vous et à des services de proximité adaptés à la culture sauveront des vies chez les personnes Autochtones qui consomment des substances et qui ont besoin d'un lieu où se sentir chez elles. » (Speed, 2019).

Il convient de noter que le présent document ne fournit pas d'orientation clinique. Des lignes directrices cliniques (c.-à-d. médicales) relatives aux opioïdes sont offertes par l'Initiative canadienne de recherche sur les impacts des substances psychoactives (<https://crism.ca/fr-ca/opioid-guideline/>).

³ Honorer nos forces : un Cadre renouvelé pour aborder la lutte contre la consommation de substances chez les Premières Nations au Canada identifie six éléments du continuum de soins : 1) Développement communautaire, prévention universelle et promotion de la santé ; 2) Dépistage précoce, interventions brèves et soins de suivi ; 3) Réduction des risques secondaires (réduction des méfaits) ; 4) Traitement actif ; 5) Traitement spécialisé ; 6) Facilitation des soins.



Les savoirs et la culture Autochtones ont éclairé les présentes lignes directrices

Les Savoirs Autochtones, la culture des Premières Nations et d'autres pratiques pertinentes fondées sur des données probantes ont éclairé l'élaboration de ces lignes directrices.

Les Savoirs Autochtones qui ont contribué à leur élaboration comprennent :

- Un groupe de travail composé de personnes Aînées, de Gardiennes et Gardiens du Savoir, d'expertes et experts des Premières Nations et de praticiennes et praticiens cliniques qui ont partagé leurs connaissances et leur expérience de la prestation de services, de la culture des Premières Nations et de son utilisation à des fins de guérison, de promotion du mieux-être et de prévention des enjeux de santé mentale et de consommation de substances;
- Une analyse environnementale des communautés des Premières Nations et des centres de traitement nationaux pour les Autochtones en matière d'alcool et de drogues;
- Un examen de la littérature publiée et de la littérature grise mené par des universitaires et des étudiantes et étudiants des Premières Nations, portant sur la documentation produite par les Premières Nations ou à leur sujet;
- Des renseignements compilés à l'aide de l'Enquête sur les opioïdes et la méthamphétamine chez les Premières Nations, recueillis par Thunderbird Partnership Foundation auprès d'organisations et de communautés des Premières Nations partout au pays;
- La Série de conférences sur les opioïdes et la méthamphétamine organisée par Thunderbird Partnership Foundation afin de sensibiliser aux pratiques sages et prometteuses en matière de guérison des Premières Nations;
- Le cadre de *Continuum de mieux-être mental des Premières Nations* (CCMMPN) et *Honorer nos forces : un cadre renouvelé pour aborder la lutte contre la consommation de substances chez les Premières Nations au Canada* (HNF), deux documents fondamentaux de Thunderbird Partnership Foundation.

Un modèle de soins communautaire pour la consommation de substances

Les présentes lignes directrices favorisent un modèle de soins offerts dans la communauté pour la prévention, le traitement et la réduction des méfaits associés à la dépendance aux opioïdes et à la méthamphétamine.

Le modèle de services vise à créer des services et des soutiens qui sont :

- offerts dans la communauté, en personne ou virtuellement;
- conçus avec et par la communauté;
- fondés sur la culture comme fondement;
- centrés sur l'esprit et attentifs à la personne dans son ensemble;
- inclusifs des familles et des communautés;
- axés sur l'approche de proximité;
- activement engagés dans la réduction de la stigmatisation;
- holistiques, tenant compte des traumatismes et culturellement sécuritaires;
- intégrés de manière à agir sur les déterminants de la santé;
- soutenus de manière adéquate et équitable par un financement durable et continu.

Le principe directeur fondamental de ce modèle de services communautaires est le soin axé sur la centralité de l'esprit. La *figure 1* ci-dessous illustre le soin axé sur la centralité de l'esprit à l'aide de l'enseignement de la roue de médecine. Il s'agit du principe clé de l'approche globale décrite dans *Honorer nos forces : un cadre renouvelé pour aborder la lutte contre la consommation de substances chez les Premières Nations au Canada* (2011). Les principes de ce cadre ont été définis par des Praticiennes et Praticiens Culturels, des Gardiennes et Gardiens du Savoir et des personnes Aînées lors de son élaboration, puis confirmés dans le cadre d'une série d'ateliers régionaux.

Le principe du soin axé sur la centralité de l'esprit est décrit dans *Honorer nos forces* comme suit :

« On entend par culture l'expression extérieure de l'esprit, et la revitalisation de l'esprit visant à promouvoir la santé et le bien-être des populations des Premières nations. On reconnaît également dans l'ensemble du système que les cérémonies, la langue et les traditions sont importantes pour miser sur les forces et pour aider les personnes à se retrouver et à renouer avec le passé, la famille, la communauté et la terre. »

Figure 1: Enseignement des quatre directions, partagé par l'Aîné Peter O'Chiese de la Première Nation O'Chiese en Alberta, illustrant le principe axé sur la centralité de l'esprit du cadre *Honorer nos forces*.

Toute intervention culturelle est centrée sur l'esprit et touche la personne dans son ensemble. Le lien avec l'esprit est essentiel et prioritaire pour le bien-être. Les interventions culturelles sont donc indispensables au mieux-être (Thunderbird, 2020). Les services ancrés sur le soin axé sur l'esprit sont essentiels pour prévenir et traiter la dépendance aux opioïdes et à la méthamphétamine.

« Selon la perspective Autochtone, le mieux-être correspond à une personne épanouie et en santé, qui s'exprime à travers un sentiment d'équilibre entre l'esprit, les émotions, le mental et le corps. Au cœur du mieux-être se trouve la conviction de son lien avec la langue, le territoire, les êtres de la création et l'ascendance, soutenue par une famille bienveillante et un environnement attentionné. »

Aîné Jim Dumont, définition du mieux-être (2014)

Élaboration d'un Modèle de soins communautaires pour la consommation de substances

Un modèle de services communautaires qui bénéficie d'un financement adéquat, équitable, durable et continu est présenté à la *figure 2* ci-dessous. Ce modèle repose sur une structure en rayons (Spoke model), qui reconnaît que tous les services essentiels ne sont pas présents dans toutes les communautés des Premières Nations. Dans ce contexte, les partenariats sont essentiels pour faire en sorte que les services indispensables en matière de consommation de substances soient offerts le plus près possible du domicile, tout en assurant une collaboration respectueuse de la culture et de la langue de la communauté des Premières Nations. Les plus petits cercles dans l'image ci-dessous représentent les services essentiels requis pour les services communautaires liés à la consommation de substances; les rayons du modèle représentent les services qui peuvent être apportés dans les communautés des Premières Nations grâce aux partenariats et à la collaboration axée sur la culture et la langue. L'image illustre une adaptation du modèle visant à répondre à l'usage nocif des opioïdes et de la méthamphétamine. Ces services peuvent être adaptés aux forces et aux besoins propres à la communauté ainsi qu'à ceux de ses partenaires au sein des réseaux et parmi les fournisseurs de services. Veuillez consulter *Traitement de la toxicomanie et Terre de guérison* (Groupe de travail sur le mieux-être, 2021) pour mieux comprendre ce modèle.



Figure 2: Modèle en rayons (Spoke model) de soins communautaires pour la consommation de substances avec un accent sur les opioïdes et la méthamphétamine (Northern Public Health Groupe de travail sur le mieux-être mental Autochtone, 2021)

Les Premières Nations disposent d'un financement fédéral pour les services de prévention dans la communauté et pour des services d'intervention en matière de consommation de substances, comme le traitement en établissement, mais ces services sont généralement situés à l'extérieur des communautés des Premières Nations. En raison de l'impact croissant de la crise des drogues, qui se manifeste par une multitude de réalités, notamment les décès par empoisonnement aux drogues, l'augmentation de la violence armée et des gangs, la traite de personnes et d'autres menaces à la sécurité des personnes, des familles et des communautés; il est évident que, si des services communautaires de dépistage précoce et d'intervention étaient offerts dans les communautés des Premières Nations, il ne serait pas nécessaire de se rendre en milieu urbain pour obtenir de l'aide. Souvent, l'aide recherchée est difficile d'accès ou ne respecte pas la sécurité culturelle, ce qui oblige les membres des Premières Nations à chercher un soulagement à leur dépendance à la drogue là où il est le plus facile d'en trouver, parfois par l'entremise des drogues de rue et des gangs. Les besoins en services d'intervention communautaires sont manifestes. Les fournisseurs de services et les partenaires de l'ensemble du continuum de soins doivent servir les personnes dans la communauté et sur le territoire. Les Premières Nations ont besoin de services à domicile pour survivre à la crise des drogues. Une approche active est nécessaire pour élaborer le modèle de service de soins communautaires pour la consommation de substances. La clé de cette approche réside dans la mise en place de partenariats et de relations de confiance avec les fournisseurs de services et les décideurs. Consultez le modèle de soins pour la consommation de substances pour obtenir davantage de ressources sur la façon de mettre en place un modèle communautaire et culturellement sécuritaire de services liés à la consommation de substances.

Les gouvernements provinciaux et territoriaux invoquent fréquemment une confusion quant aux compétences lorsqu'il s'agit de fournir des fonds ou des services, comme les services médicaux et pharmaceutiques, pour répondre à la crise de l'approvisionnement toxique en drogues vécue par les Premières Nations. Cette confusion n'est pas acceptable à la lumière de la *Loi canadienne sur la santé*, qui promeut l'universalité des soins de santé pour toutes et tous et qui désigne expressément les services médicaux et pharmaceutiques comme relevant de la responsabilité des gouvernements provinciaux et territoriaux. Bien que les provinces et les territoires aient pris des mesures pour répondre à la crise des drogues à l'extérieur des communautés des Premières Nations, le fait d'invoquer une confusion de compétences revient à poser des

gestes racistes lorsque ces mêmes services publics ne sont pas rendus disponibles pour les communautés des Premières Nations et au sein de celles-ci.

Ces obstacles liés aux compétences créent d'importantes lacunes dans les services offerts aux Premières Nations. Par exemple, un ou une médecin ou une personne infirmière praticienne peut être rémunérée au tarif provincial pour évaluer des patientes et patients et prescrire des médicaments destinés au traitement de la dépendance. Toutefois, si la communauté a besoin d'ateliers sur la méthamphétamine ou de rencontres avec des Aînés et Aînées, les médecins ou les personnes infirmières praticiennes ne peuvent pas être rémunérés pour ce travail. La communauté doit alors trouver du financement pour soutenir le rôle des médecins ou des personnes infirmières praticiennes dans le développement communautaire. Il n'existe aucun code de facturation pour les investissements en développement communautaire et en création de liens; pourtant, ces fonctions sont importantes et essentielles pour une communauté qui tente de répondre à l'approvisionnement toxique en drogues et aux méfaits qui y sont associés chez les personnes, les familles et les communautés des Premières Nations.

Les communautés des Premières Nations ont des droits inhérents en matière de services de santé et de mieux-être. En s'appuyant sur les droits issus des traités, le droit national et international et les engagements fédéraux, les Premières Nations peuvent tirer profits des services de santé accessibles localement, équitables et culturellement sécuritaires. Le modèle est de nature aspirationnelle, en ce sens que toutes les communautés ne seront pas en mesure d'offrir l'ensemble des services qui y sont représentés. Partir de la réalité propre à chaque communauté est importante et ainsi évoluer graduellement vers un modèle plus complet.

L'élaboration d'un continuum complet de services dans la communauté pour répondre à l'usage des opioïdes et de la méthamphétamine exige de solides partenariats, compte tenu de l'éventail de besoins découlant des multiples couches de traumatismes coloniaux, y compris l'absence de services disponibles et accessibles dans les communautés. Les besoins des personnes, des familles et des communautés des Premières Nations comprennent la réduction des inégalités liées aux déterminants sociaux de la santé, comme la sécurité alimentaire, le chômage, la pauvreté, l'accès limité à des logements de qualité, l'effacement de la langue et de la culture, etc. (Santé Canada et coll., 2011; Thunderbird, 2022). Ces défis peuvent exercer une pression sur les quatre quadrants du mieux-être Autochtone (mental, physique, spirituel et émotionnel), entraînant des besoins de services complexes, notamment chez les personnes qui consomment des substances (Santé Canada et coll., 2011).

Répondre à des besoins complexes de services chez les personnes qui consomment des substances exige une réponse coordonnée dans l'ensemble du continuum de soins. Comme aucun centre de traitement, organisme ou agence ne peut, à lui seul, répondre à tous les besoins du continuum, une collaboration interorganismes est nécessaire pour soutenir les personnes à toutes les étapes de leur parcours de guérison (Coates, 2017). La collaboration interorganismes renforce les capacités et permet le partage des connaissances et des compétences entre les fournisseurs de services, ce qui favorise des réponses plus rapides et mieux adaptées aux besoins des personnes et des familles (Coates, 2017). Pour faciliter une collaboration interorganismes efficace, des partenariats peuvent être établis entre les communautés des Premières Nations, les médecins et les personnes infirmières praticiennes qui prescrivent des médicaments en dépendance, les organismes de réduction des méfaits, les ressources en sécurité alimentaire, les ressources en logement, les centres de traitement et d'autres fournisseurs de services.

Le cadre du *Continuum de mieux-être mental des Premières Nations* énonce trois principes directeurs pour le développement de partenariats efficaces et mutuellement respectueux :

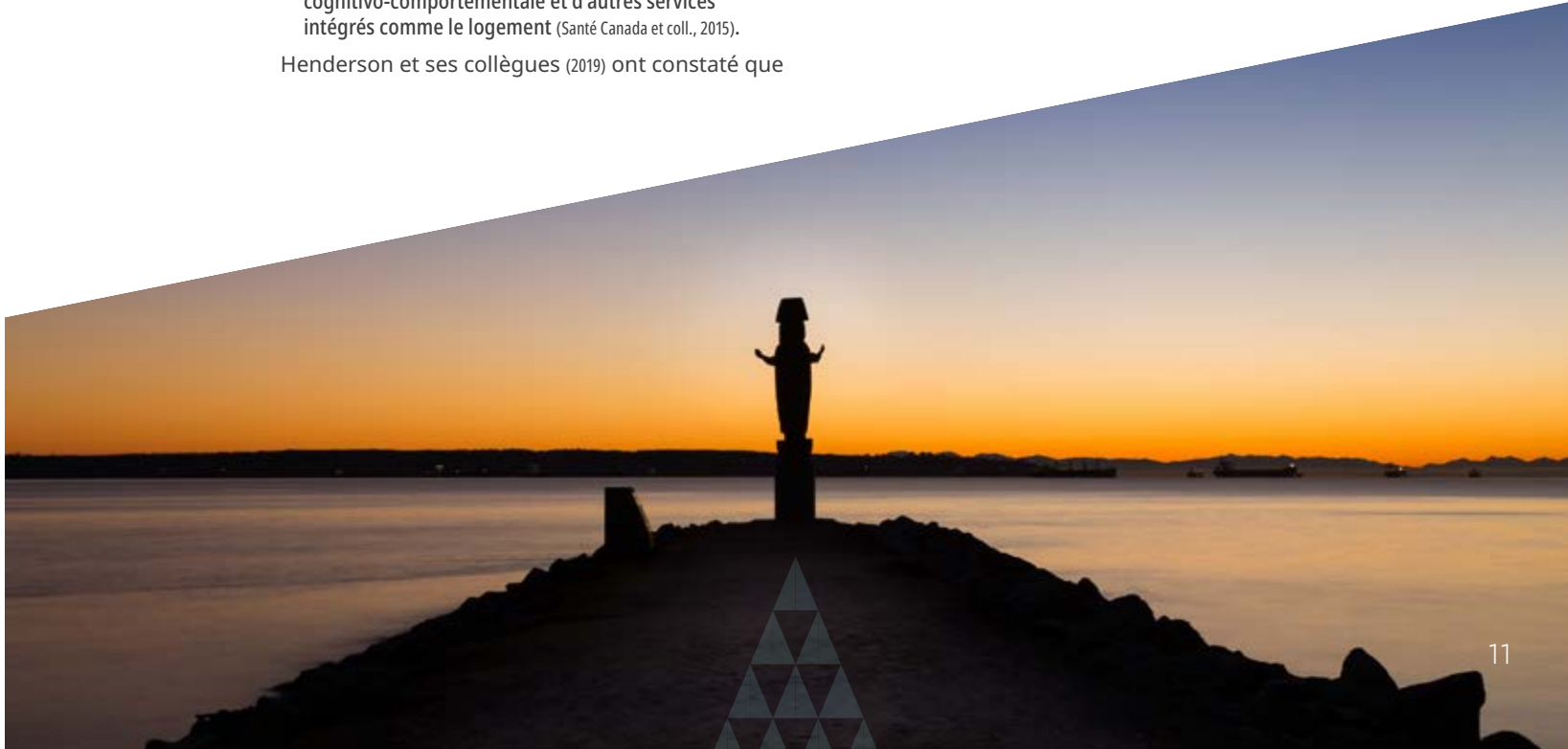
1. les Premières Nations doivent être reconnues comme un partenaire de premier plan et essentiel;
2. les partenariats doivent être complémentaires lorsque les partenaires partagent une responsabilité;
3. tous les partenaires doivent connaître la culture et la réalité des déterminants sociaux de la santé dans lesquelles vivent les Premières Nations, afin d'harmoniser et de renforcer les pratiques et les langues fondées sur la culture des Premières Nations, en parallèle avec l'offre de médicaments en dépendance, de thérapie cognitivo-comportementale et d'autres services intégrés comme le logement (Santé Canada et coll., 2015).

Henderson et ses collègues (2019) ont constaté que

la collaboration favorise le succès des programmes de rétablissement en dépendance qui offrent une coordination des soins afin de faciliter l'accès aux services de santé et de soutien social pour les personnes vivant avec une maladie mentale grave et persistante. Cette collaboration a été rendue possible grâce à un financement spécifique et une compréhension commune, au sein du programme *Partners in Recovery*, de la planification conjointe, de la gestion efficace des réseaux, du respect mutuel et d'une communication efficace. La collaboration a aussi été renforcée par des connaissances locales fondées sur la culture et par un engagement envers la planification en santé populationnelle. L'étude a révélé que les frontières de compétences et les ruptures du financement constituaient les principaux obstacles à une collaboration efficace et coordonnée.

Thunderbird a élaboré un *Modèle de soins pour la consommation de substances* comme document complémentaire à la deuxième édition d'*Honorer nos forces : un cadre renouvelé pour aborder la lutte contre la consommation de substances chez les Premières Nations au Canada*. Ce document complémentaire offre une description plus complète et plus détaillée du modèle de soins pour la consommation de substances présenté ici. Il fournit l'information et les outils nécessaires pour développer un modèle réalisable et adapté aux forces et aux besoins propres à la communauté.

Le *Modèle de soins pour la consommation de substances* est accessible sur le site Web de Thunderbird Partnership Foundation.



Les opioïdes et la méthamphétamine

Cette section fournit de l'information sur les opioïdes et la méthamphétamine ainsi que sur leurs effets sur les personnes qui les consomment, leurs familles et leurs communautés.

Cette section fournit de l'information sur les opioïdes et la méthamphétamine ainsi que sur leurs effets sur les personnes qui les consomment, leurs familles et leurs communautés. Des renseignements culturellement éclairés et fondés sur des données probantes sont présentés afin d'aider les personnes, les familles et les communautés à se rétablir et à guérir des méfaits liés à la dépendance aux opioïdes et à la méthamphétamine. Contrairement à la plupart des approches familiaires en matière de consommation de substances, qui mettent l'accent sur le mieux-être « émotionnel » en abordant les traumatismes non résolus ainsi que les expériences de deuil, de perte, de négligence ou d'abandon, l'approche proposée à l'égard des opioïdes et de la méthamphétamine commence par le bien-être physique de la personne, de la famille et de la communauté. Cette approche est souvent qualifiée d'approche holistique ou d'approche de santé publique, puisqu'elle reconnaît que les méfaits associés aux opioïdes et à la méthamphétamine touchent l'ensemble de la communauté, de la famille et des personnes. Les personnes et les familles sont interdépendantes et interreliées avec la communauté.

Les Premières Nations favorisent une approche holistique, c'est-à-dire une approche qui tient compte de la personne dans sa globalité. La roue de médecine sert de modèle pour comprendre ce que signifie « personne dans sa globalité », en représentant le corps physique, le mental, le cœur et l'esprit. Lorsqu'on planifie des services en matière de consommation de substances, il est important de bien cerner les besoins de la population. Les Premières Nations connaissent bien les services de consommation de substances conçus pour répondre au niveau du « cœur », c'est-à-dire au niveau émotionnel de la personne dans sa globalité. Des services comme le counselling individuel ou l'entrevue motivationnelle, la thérapie cognitivo-comportementale de groupe, les habiletés de vie, la gestion du rétablissement et les Alcooliques anonymes sont des éléments connus du traitement qui mettent l'accent sur les émotions et le rétablissement axé sur les traumatismes.

Toutefois, les services conçus pour répondre aux besoins les plus critiques des personnes qui consomment des drogues, comme les opioïdes, les benzodiazépines et les méthamphétamines, doivent d'abord être conçus pour répondre aux besoins physiques des personnes. La réalité dans les Premières Nations est que, sans accès immédiat à des services qui répondent à leurs besoins, les personnes courent un risque accru de développer une dépendance chronique à ces drogues. Les approches qui tiennent compte des besoins physiques comprennent souvent les services représentés à la *figure 2* ci-dessus. Le counselling n'est pas la première ligne d'intervention; autrement dit, il ne constitue pas la première étape pour répondre aux méfaits liés à l'usage des opioïdes et de la méthamphétamine.

Les opioïdes

Les opioïdes sont des drogues (substances psychoactives) utilisées principalement pour traiter et soulager la douleur physique; ils peuvent aussi provoquer des sensations d'euphorie et de bien-être. Pour les personnes qui vivent une douleur intense ou chronique sous des formes autres que physiques, y compris la douleur mentale, émotionnelle ou spirituelle, ces effets peuvent devenir une motivation à continuer d'utiliser des opioïdes. L'usage continu peut rapidement entraîner des changements dans le système nerveux central, causant la dépendance. Il est important de garder espoir que les Premières Nations peuvent se rétablir et que leur système nerveux central peut guérir. Grâce à des pratiques fondées sur la culture, à la langue et au lien avec le territoire, les bases du rétablissement se renforcent et reflètent les savoirs portés par les langues des Premières Nations, qui transmettent la croyance selon laquelle « la douleur et la souffrance sont temporaires ».

Les opioïdes sont des substances réglementées et sont donc généralement obtenus par ordonnance. Voici quelques exemples de médicaments sur ordonnance qui sont des opioïdes :

- codéine
- fentanyl
- morphine
- oxycodone
- hydromorphone

Les opioïdes sont disponibles sous diverses formes :

- sirops
- comprimés
- capsules
- vaporisateurs nasaux
- timbres transdermiques
- suppositoires
- solutions injectables

Les opioïdes peuvent aussi être fabriqués ou obtenus par le biais d'approvisionnement non réglementé en drogues (Assemblée des Premières Nations, 2019; Thunderbird, 2022). L'usage non médical des opioïdes peut comprendre l'ingestion de capsules ou de comprimés, l'inhalation de poudre par le nez (y compris des comprimés écrasés) ou l'injection d'opioïdes dans une veine à l'aide d'une aiguille. L'utilisation d'une aiguille pour consommer des opioïdes à des fins non médicales augmente le risque d'infection, y compris l'hépatite et le virus de l'immunodéficience humaine (Centers for Disease Control, 2024).

Les effets secondaires à court terme de l'usage d'opioïdes peuvent comprendre :

- somnolence
- constipation
- dysfonction érectile
- nausées et vomissements
- euphorie (*sensation d'être gelé*)
- difficulté à respirer, pouvant entraîner ou aggraver l'apnée du sommeil
- maux de tête, étourdissements et confusion, pouvant entraîner des chutes et des fractures

Les effets secondaires à plus long terme de l'usage d'opioïdes peuvent comprendre :

- tolérance accrue
- dépendance
- atteinte hépatique
- infertilité
- aggravation de la douleur (*appelée hyperalgésie induite par les opioïdes*)
- symptômes de sevrage potentiellement mortels chez les bébés nés de personnes consommant des opioïdes

(META:PHI, s.d.)

TÉMOIGNAGE D'UNE COMMUNAUTÉ

Une communauté des Premières Nations était consciente d'un usage problématique de médicaments sur ordonnance au sein de la communauté. Leur attention portait principalement sur la surprescription et sur la responsabilisation des prescripteurs. La ville voisine avait un problème d'aiguilles abandonnées. Sans comprendre les causes de la présence de ces aiguilles, la communauté des Premières Nations croyait qu'une telle situation ne pourrait jamais se produire chez elle. Plus tard, la communauté a regretté de ne pas s'être davantage informée sur l'usage de drogues par injection. L'injection d'opioïdes a entraîné une augmentation de cas d'hépatite C et d'autres infections transmissibles par le sang. Les aiguilles usagées abandonnées représentaient un risque pour la santé des enfants, des jeunes et des familles de la communauté.

La façon dont les opioïdes affectent une personne dépend de nombreux facteurs, notamment :

- la quantité consommée
- la fréquence et la durée de consommation des opioïdes
- la façon de les prendre (p. ex., par injection, par voie orale)
- l'humeur, les attentes et l'environnement de la personne
- l'âge de la personne
- la présence de certains problèmes médicaux ou psychiatriques préexistants
- le fait d'avoir consommé de l'alcool ou d'autres drogues (approvisionnement en drogues non réglementées, médicaments sur ordonnance, médicaments en vente libre ou produits à base de plantes) (Thunderbird, 2022)

Le moment d'apparition et d'intensité des effets des opioïdes varient selon divers facteurs, notamment la façon dont les drogues sont consommées. Lorsqu'ils sont pris par voie orale, les effets apparaissent graduellement et se font généralement sentir après 10 à 20 minutes. Par injection intraveineuse, les effets sont les plus intenses et se manifestent en moins d'une minute. Lorsque les opioïdes sont pris pour soulager la douleur, la durée de l'effet varie selon le type et la quantité consommés. Pour de nombreux opioïdes, une seule dose peut soulager la douleur pendant quatre à cinq heures (Thunderbird, 2022; Centre for Addiction and Mental Health, s.d.).

Une personne présentant une dépendance physique éprouvera des symptômes de sevrage environ six à douze heures après avoir pris un opioïde à action brève, comme l'hydromorphone, et environ un à trois jours après avoir pris un opioïde à action prolongée, comme la méthadone. Avec les opioïdes à action brève, le sevrage survient rapidement et de façon intense; avec les opioïdes à action prolongée, il apparaît plus graduellement et est moins intense.

Les symptômes de sevrage comprennent :

- symptômes de la grippe
- diarrhée
- crampes abdominales
- chair de poule
- écoulement nasal
- bâillements
- larmoiement
- envie impérieuse de consommer la drogue
- malaise
- anxiété
- insomnie

Les symptômes de sevrage s'estompent habituellement après une semaine, bien que certains symptômes, comme l'anxiété, l'insomnie, l'irritabilité et l'envie impérieuse de consommer, peuvent persister longtemps. À lui seul, le sevrage aux opioïdes met rarement la vie en danger (Thunderbird, 2022; META:PHI, s.d.). Toutefois, lorsqu'on tient compte des inégalités touchant les déterminants de la santé et du mieux-être des Premières Nations, du manque de services de traitement dans la communauté et des expériences de traumatismes complexes, le sevrage aux opioïdes peut sembler être une lutte sans fin pouvant mener à des idées suicidaires et à des tentatives de suicide. Le temps nécessaire au corps pour guérir après l'usage d'opioïdes et d'autres drogues est considérable. Sans les soutiens essentiels à la vie, les personnes peuvent se tourner vers d'autres substances. Il est rare que les Premières Nations consomment uniquement des opioïdes. En général, les opioïdes sont consommés avec d'autres substances, comme la méthamphétamine ou le crack/cocaïne, des sédatifs ou de l'alcool.

Selon l'Agence de la santé publique du Canada (2025), il y a eu 20 438 décès liés à une intoxication aux opioïdes ou aux stimulants entre 2018 et 2023, et ce nombre ne comprend pas les données de la Colombie-Britannique, de l'Alberta et du Manitoba. Les décès liés à la polyconsommation impliquant trois substances ou plus ont doublé au cours des cinq dernières années :

- En 2018, un décès sur cinq impliquait trois substances ou plus.
- En 2023, deux décès sur cinq impliquaient trois substances ou plus.

De plus, la contamination des drogues est une préoccupation croissante qui continue de coûter des vies. Les décès impliquant une seule substance ou un seul groupe ont diminué, tandis que ceux impliquant plusieurs drogues, particulièrement des combinaisons avec le fentanyl, ont augmenté (Agence de la santé publique du Canada, 2025) :

- Les opioïdes autres que le fentanyl, combinés à d'autres substances psychoactives, ont diminué depuis 2018.
- Le fentanyl seul a diminué depuis 2020.
- Les opioïdes autres que le fentanyl, consommés seuls, ont diminué depuis 2018.
- Le fentanyl combiné à la cocaïne et à la méthamphétamine a augmenté depuis 2019.
- Le fentanyl combiné à la méthamphétamine, à des analogues du fentanyl et à d'autres substances psychoactives a augmenté depuis 2018.

La méthamphétamine

La méthamphétamine est un puissant stimulant du système nerveux central qui élève à court terme l'humeur, la vigilance, le niveau d'énergie et la concentration. Toutefois, l'usage chronique ou des doses plus élevées de la méthamphétamine entraînent souvent une psychose, de la dépression, des idées délirantes et des comportements violents (Prakash, 2017). La méthamphétamine cristallisée peut être produite à partir de produits chimiques courants et faciles d'accès, comme la pseudoéphédrine, qui est l'ingrédient actif de plusieurs médicaments contre le rhume vendus sans ordonnance.

La méthamphétamine est parfois utilisée comme traitement de deuxième intention du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité et de l'obésité; toutefois, elle est surtout connue comme drogue à usage récréatif (Prakash, 2017). Les effets de cette drogue peuvent durer jusqu'à 12 heures, selon la façon dont elle est consommée. La méthamphétamine se présente sous forme de poudre pouvant être avalée, sniffée, fumée ou injectée. Elle existe aussi sous forme cristalline, qui est généralement fumée.

Comme les opioïdes, la méthamphétamine est une drogue qui crée une forte dépendance et qui agit sur le système nerveux central d'une personne, bien que différemment des opioïdes.

La méthamphétamine peut provoquer des sensations de :

- euphorie
- éveil
- confiance en soi
- sensation de force
- bien-être
- désir sexuel accru (Anglin et coll., 2011; Thunderbird, 2022)

Avec un usage répété, la méthamphétamine peut causer :

- maux de tête
- dépression
- anxiété
- agitation
- accélération du rythme cardiaque
- augmentation du risque d'AVC (Office des Nations Unies contre la drogue et le crime [ONUDC], 2019; Anglin et coll., 2011; Paulus et Stewart, 2020)

Sur le plan mental, elle peut entraîner des difficultés de la pensée, des prises de décision affaiblies, ainsi que des symptômes de psychose comme des hallucinations et des idées délirantes (ONUDC, 2019; Anglin et coll., 2011; Paulus et Stewart, 2020). L'usage régulier augmente le risque de troubles cognitifs, comme des pertes de mémoire, ainsi que de symptômes de psychose comprenant des épisodes où l'on voit, entend ou croit des choses qui ne sont pas perçues par d'autres personnes.

La recherche a démontré que les personnes qui consomment de la méthamphétamine par voie intraveineuse présentent aussi un risque accru de tentative de suicide, et que les personnes ayant une identité Autochtone courent un risque encore plus élevé de mourir par suicide (Marshall et coll., 2011). Les personnes avec une dépendance à la méthamphétamine peuvent souvent éprouver des symptômes de psychose suivis de symptômes dépressifs, surtout pendant le sevrage ou les périodes d'abstinence accompagnées d'envies persistantes (Zorick et coll., 2010). Ces effets peuvent accroître le risque de dépression, de suicide, de violence et d'autres méfaits.

Des recherches ont mis en évidence un lien entre l'usage de la méthamphétamine et les antécédents d'abus sexuels subis durant l'enfance. Les personnes qui consomment de la méthamphétamine sont plus susceptibles d'avoir vécu des abus sexuels durant l'enfance (Meade et coll., 2012). La recherche a aussi montré que les abus sexuels subis durant l'enfance sont associés ultérieurement à des infractions sexuelles (Drury et coll., 2019). Chez les hommes comme chez les femmes, l'usage de méthamphétamine est associé à une probabilité plus élevée d'adopter des comportements sexuels à risque (Drury et coll., 2019).

Répondre à l’usage des opioïdes et de la méthamphétamine

Un principe clé pour répondre aux besoins des Premières Nations vivant avec une dépendance aux opioïdes et à la méthamphétamine est que la personne ne peut être dissociée de sa famille ni de sa communauté. La famille et la communauté constituent généralement sa principale source de soutien, et les fournisseurs de services doivent suivre les instructions données par les familles et les communautés.

Les familles et les communautés sont profondément touchées lorsque des partenaires, des enfants ou d'autres proches consomment de la méthamphétamine, en raison de comportements imprévisibles et souvent violents. Compte tenu du niveau élevé de stress et des préoccupations liées à la sécurité, il peut être difficile pour les familles et les communautés de soutenir continuellement les personnes ayant un trouble lié à l'usage de substances. Elles peuvent aussi ne pas avoir les moyens de soutenir des personnes présentant des comportements abusifs associés à la méthamphétamine, particulièrement lorsqu'il y a des incidents de « violence, vol, retrait d'enfants et trahison de la confiance » (MacLean et coll., 2015; MacLean et coll., 2017).

Les opioïdes et la méthamphétamine sont parfois utilisés ensemble pour équilibrer leurs effets respectifs ou comme stratégie de réduction des méfaits visant à diminuer l'usage d'opioïdes (Baker et coll., 2021). Une étude a révélé que de nombreuses personnes qui consommaient des opioïdes ont déclaré utiliser simultanément de la méthamphétamine, et qu'un grand nombre d'entre elles ont aussi indiqué avoir consciemment tenté de passer des opioïdes à la méthamphétamine comme stratégie de réduction des méfaits (Baker et coll., 2021).

Les résultats de l'Enquête sur les opioïdes et la méthamphétamine chez les Premières Nations nationale ont montré que, parmi les adultes des Premières Nations ayant déclaré avoir consommé de la méthamphétamine au cours des 12 derniers mois, une personne sur quatre (25 %) a indiqué avoir consommé des opioïdes en même temps que de la méthamphétamine. Près de la moitié (48 %) avaient consommé entre cinq et dix autres substances en plus de la méthamphétamine. Globalement, les substances les plus souvent déclarées étaient le tabac (44 %), l'alcool (36 %), le cannabis (33 %), la cocaïne/crack (26 %) et les opioïdes (25 %).

Alors que certaines personnes choisissent délibérément de consommer ces deux drogues ensemble, d'autres peuvent consommer des opioïdes et de la méthamphétamine à leur insu en raison d'une contamination ou d'un empoisonnement par la drogue. La prise simultanée de ces drogues peut accroître le risque de surdose, et des chercheuses et chercheurs

ont demandé des changements aux mesures de santé publique pour répondre à l'usage concomitant des opioïdes et de la méthamphétamine (Baker et coll., 2021).

En matière de rétablissement de la dépendance, un mythe répandu est que les personnes qui consomment des drogues devraient pouvoir simplement arrêter. Le rétablissement est rarement soutenu par une abstinence soudaine ou par l'abstinence seule (Darke et coll., 2017). La dépendance est une maladie chronique qui nécessite des services de santé et des soutiens sociaux comparables à ceux requis pour d'autres problèmes de santé chroniques comme le diabète, l'asthme, l'hypertension ou le cancer.

Les opioïdes et la méthamphétamine étant des drogues différentes, elles n'influencent pas de la même façon la chimie et le fonctionnement du cerveau. Pour la dépendance aux opioïdes, il existe plusieurs types de traitements et de thérapies assistées par médicaments qui sont efficaces lorsqu'ils sont utilisés de façon appropriée et combinés à d'autres formes de thérapie (Srivastava et coll., 2020).

Il n'existe aucune thérapie pharmacologique approuvée pour le traitement d'une dépendance à la méthamphétamine, et rien n'appuie l'utilisation de psychostimulants comme traitement d'entretien pour gérer le sevrage à la méthamphétamine (Bhatt et coll., 2016). Cela signifie qu'il n'existe aucun médicament comparable au traitement par agonistes opioïdes pour traiter la dépendance ou le sevrage liés à la méthamphétamine (Acheson et coll., 2023).

Il existe toutefois des interventions pharmacologiques qui peuvent répondre aux états accrus d'anxiété, de dépression et de psychose pouvant résulter de l'usage de la méthamphétamine. Il existe aussi d'autres moyens de soutenir les personnes en rétablissement de l'usage de la méthamphétamine, notamment les aliments et les activités culturelles. Le mieux-être mental est soutenu par la culture, la langue, les personnes Aînées, les familles et la Création, et il est nécessaire à une vie saine pour les personnes, les communautés et les familles (Thunderbird, 2015).

Les données de 2022 de l'Enquête sur les opioïdes et la méthamphétamine chez les Premières Nations de Thunderbird ont révélé les suivants :

- 52 % des adultes ont déclaré avoir consommé au moins une autre substance en même temps que la méthamphétamine; parmi ces adultes, 48 % avaient consommé entre cinq et dix autres substances en plus de la méthamphétamine;
- 46 % des adultes ont déclaré avoir consommé au moins une autre substance en même temps que des opioïdes; parmi ces adultes, près du quart ont indiqué avoir consommé entre cinq et dix autres substances en plus des opioïdes;

- 22 % des adultes ayant déclaré consommer des opioïdes ont indiqué consommer aussi de la méthamphétamine en même temps;
- 25 % des adultes ayant déclaré consommer de la méthamphétamine ont indiqué consommer aussi des opioïdes en même temps;
- 29 % des adultes ont déclaré consommer des opioïdes et de l'alcool en même temps.

Les répondants adultes au sondage ont aussi indiqué vivre des niveaux élevés de traumatisme (Thunderbird, 2022) :

- 77 % des répondants avaient un membre de leur famille ayant fréquenté un pensionnat;
- 80 % avaient été touchés par une crise ou une catastrophe naturelle;
- 29 % des adultes qui consommaient de la méthamphétamine avaient déjà fait une tentative de suicide;
- 18 % des adultes qui consommaient des opioïdes avaient déjà fait une tentative de suicide;
- 74 % avaient des membres de leur famille ou des amis proches qui avaient tenté de se suicider;
- 65 % avaient perdu des amis proches ou des membres de leur famille par suicide;
- 67 % avaient des souvenirs bouleversants.

Les données du sondage ci-dessus montrent clairement qu'au cours de la dernière décennie, il y a eu un changement dans les types de substances consommées et dans les expériences vécues par les personnes. Cela exige un changement de paradigme

dans la façon dont les centres de traitement travaillent avec les personnes, y compris le report de la thérapie axée sur les traumatismes. Le traitement doit être envisagé dans son sens le plus large et ne pas se limiter aux services en établissement. Les services sont mieux reçus dans la communauté.

Les centres de traitement financés dans le cadre du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones de Services aux Autochtones Canada ont vu le jour au milieu des années 1970 et ont été conçus principalement pour répondre à la dépendance à l'alcool. Par exemple, les programmes mettaient l'accent sur la guérison des événements traumatiques du passé des personnes, y compris ceux de l'enfance, dans le but de favoriser une guérison émotionnelle afin d'éliminer ou de réduire le besoin d'automédication de la douleur émotionnelle par l'alcool.

Le traitement en établissement n'est pas la première ligne d'intervention pour la dépendance aux opioïdes et à la méthamphétamine. Par exemple, les interventions pharmacologiques sont celles qui affichent le plus haut taux de réussite pour réduire les méfaits et favoriser le rétablissement de la dépendance aux opioïdes. La thérapie par agonistes opioïdes est largement reconnue comme le traitement de référence pour la dépendance aux opioïdes, y compris dans les communautés des Premières Nations (FNHA, 2020).

Les aliments traditionnels constituent une médecine importante pour la promotion de la santé et le développement communautaire, et ce, pour plusieurs raisons :

- Ils sont nourrissants grâce à notre Terre-Mère et à nos proches au sein de la Création.
- Lorsqu'ils sont partagés dans le cadre de festins communautaires, ils favorisent les liens essentiels au mieux-être des personnes, des familles et de la communauté.
- Les festins cérémoniels favorisent les relations avec la Création et avec les ancêtres, qui sont nécessaires au mieux-être communautaire.
- Les festins communautaires et cérémoniels transmettent les valeurs culturelles de partage et de bienveillance.
- Les festins communautaires et cérémoniels favorisent une compréhension de la vision du monde Autochtone.

Stigmatisation : préjugés et discrimination

La stigmatisation se manifeste par des préjugés, de la discrimination et du racisme. Elle peut nuire à l’identité des personnes, des familles et des communautés, et les dissuader de demander de l’aide contre la consommation des opioïdes et de la méthamphétamine.

La stigmatisation peut découler des expériences et des croyances antérieures d’une personne, d’un manque de connaissances ou d’éducation, ainsi que de perceptions façonnées par les films, la télévision et d’autres sources. Ces formes de stigmatisation influencent les comportements et peuvent amener certaines personnes à mal traiter les autres en se fondant sur des jugements plutôt que sur le respect et l’humilité (Thunderbird, s.d.).

La stigmatisation peut aussi avoir un effet intérieur, qu’on appelle l’autostigmatisation. Celle-ci peut entraîner des sentiments négatifs, la peur du jugement et une réticence à demander de l’aide. La stigmatisation intériorisée peut accroître l’anxiété, les doutes, la peur, la dépression et le désespoir. Elle pousse souvent les personnes à s’isoler davantage afin d’éviter la discrimination (Thunderbird, s.d.).

Des recherches ont démontré que les membres des Premières Nations qui consomment des drogues peuvent être perçus plus négativement en raison même de leur identité des Premières Nations (Winters et Harris, 2019). Cela peut entraîner des conséquences plus graves pour les personnes et les communautés des Premières Nations, notamment davantage de surdoses et de décès liés aux drogues, ainsi qu’un risque accru de maladies infectieuses et de contamination environnementale. La stigmatisation envers les personnes qui consomment des drogues peut aussi constituer un obstacle à la recherche de traitement (Winters et Harris, 2019).

La stigmatisation vécue par les personnes en situation d’usage de substances et de dépendance peut aggraver encore davantage leur mieux-être et faire obstacle à l’accès aux soins. Il entraîne souvent d’autres traumatismes ainsi que des sentiments de honte et une faible estime de soi. Pour les membres des Premières Nations, la stigmatisation, combinée aux effets persistants de la colonisation, notamment le racisme, entraîne toute une série de conséquences négatives, de préjudices, voire des décès (Turpel-Lafond, 2020).

La stigmatisation institutionnalisée se manifeste dans les politiques fédérales et provinciales actuelles qui abordent les opioïdes et la méthamphétamine. Ces gouvernements adoptent une réponse de nature pénale à l’égard des personnes qui consomment ces drogues, ce qui entraîne la criminalisation des personnes et une surreprésentation des personnes Autochtones dans les établissements carcéraux.

Cependant, les drogues ne sont pas la cause de la crise; la réponse ne peut donc pas porter uniquement sur les substances elles-mêmes. La crise des drogues relève de la santé publique, et la réponse doit être fondée sur des données probantes, holistiques, centrée sur les déterminants de l’usage de substances, et axée sur la santé ainsi que sur l’esprit. Pourtant, les Premières Nations ne reçoivent aucun financement pour la santé publique. Voilà la stigmatisation à l’œuvre. Voilà le racisme à l’œuvre.

Lorsqu’il s’agit de soutenir les membres des Premières Nations qui consomment des drogues, en particulier des substances fortement stigmatisées comme les opioïdes et la méthamphétamine, il est essentiel de ne pas définir une personne par la substance qu’elle consomme, ni par la quantité consommée. Employer un langage centré sur la personne, par exemple, « personne ayant une dépendance » plutôt que « toxicomane », atténue les effets négatifs sur l’identité et réduit le stigmate social. Il importe de mettre d’abord l’accent sur les forces de la personne, par exemple :

- Tu es toujours une personne des Premières Nations.
- Tu es toujours un membre de la famille de quelqu’un.
- Tu es toujours un membre de la communauté.
- Tu portes toujours cette identité Autochtone, avec les dons inhérents qui l’accompagnent.
- Nul ne peut décider qui vivra ou mourra; seul le Créateur le peut.
- Nous avons tous la responsabilité de préserver le souffle sacré de la vie.
- La guérison est possible (Hopkins, 2024).



Comprendre et répondre au traumatisme

Lorsqu’une personne vit un traumatisme tôt dans sa vie, cela peut influencer le développement de son cerveau. Cela peut compromettre sa capacité à créer des liens d’attachement sains et la conduire à adopter des mécanismes d’adaptation néfastes pour composer avec la douleur, notamment le recours aux substances.

Les effets du traumatisme peuvent projeter une longue ombre sur la vie d’une personne et sur ses relations. Le traumatisme peut toucher les partenaires, les familles et les communautés; il peut aussi se transmettre aux enfants, puis aux générations suivantes. C’est ce qu’on appelle le traumatisme intergénérationnel (Spillane et coll., 2022).

Pour les Peuples Autochtones du Canada, la colonisation a entraîné un traumatisme intergénérationnel. Le système des pensionnats indiens en est un exemple marquant, ayant provoqué de telles répercussions chez les Peuples Autochtones (Thunderbird, 2015). Le *Sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada* (Commission de vérité et réconciliation, 2015) souligne que l’usage de substances dans les communautés Autochtones peut découler d’une tentative d’adaptation avec des expériences traumatiques.

Il est important de comprendre que le traumatisme intergénérationnel ne définit ni une personne ni son avenir. L’épigénétique remet en question l’idée selon laquelle tous les traits humains seraient entièrement déterminés par la génétique et montre que des facteurs environnementaux peuvent influencer sur l’expression des gènes. Ce champ de recherche émergent, dirigé en partie par des Autochtones, révèle que les gènes réagissent aux traumatismes vécus. Si l’environnement et les expériences de vie peuvent atténuer ou modifier l’expression des dons inhérents que le Créateur a placés dans l’ADN, il est aussi possible d’inverser ou de transformer ces changements vers un état de mieux-être grâce à la culture Autochtone (Thunderbird, 2019).

Le *Sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada* affirme que « de nombreux élèves qui ont témoigné devant la Commission ont dit avoir développé des dépendances comme moyen de composer avec ce qu’ils avaient vécu » (p. 136) Les traumatismes qu’ils ont subis, notamment les agressions sexuelles fréquemment vécues dans les pensionnats, ont entraîné des conséquences immédiates et durables. Cela a compromis leur capacité à s’adapter dans le milieu scolaire et a conduit plusieurs d’entre eux à adopter des comportements autodestructeurs (Commission de vérité et réconciliation, 2015).

La recherche a montré que la plupart des personnes qui éprouvent des difficultés liées à l’usage des opioïdes ont vécu, dans le présent ou dans le passé, des expériences de traumatisme et de violence (Nathoo, 2018). L’urgence de santé publique liée aux opioïdes a touché de façon disproportionnée les Premières Nations et leurs communautés au Canada. Le racisme, le traumatisme intergénérationnel et l’accès limité aux services de santé mentale et de mieux-être liés à l’usage de substances comptent parmi les raisons possibles de cette situation (Nathoo, 2018). Malgré cela, les Peuples Autochtones demeurent résilients, et dans de nombreuses Premières Nations au pays, un mouvement de guérison fondé sur la revitalisation culturelle est déjà bien engagé (Thunderbird, 2023).

FORMES DE STIGMATISATION

La stigmatisation culturelle pousse les personnes à se sentir exclues et discriminées, à la fois au sein de leur propre groupe culturel et dans la société en général.



- La stigmatisation publique se manifeste par les attitudes négatives et discriminatoires que d’autres entretiennent à l’égard des personnes vivant avec un problème de santé mentale ou de consommation de substances.



- L’autostigmatisation correspond à la honte intériorisée et aux attitudes négatives que les personnes vivant avec un problème de santé mentale ou de consommation de substances entretiennent à l’égard de leur propre situation. Cette réalité s’est accumulée sur plus de 500 ans et se transmet d’une génération à l’autre.



- La stigmatisation institutionnelle soutient toutes les autres formes de stigmatisation, en limitant les possibilités et en perpétuant des politiques restrictives (Thunderbird, 2023).

Approche globale

La crise de santé publique liée aux opioïdes et à la méthamphétamine a des effets à la fois particuliers et multiples dans les communautés des Premières Nations; elle exige donc une approche conçue par les Premières Nations.

C'est dans cette optique qu'*Honorer nos forces : un cadre renouvelé pour aborder la lutte contre la consommation de substances chez les Premières Nations au Canada* a été publié par Santé Canada et l'Assemblée des Premières Nations en 2011, Thunderbird Partnership Foundation ayant coprésidé un groupe consultatif national pour appuyer son élaboration. Ce cadre offre un aperçu de l'approche globale à adopter pour soutenir les personnes vivant des difficultés liées à l'usage de substances. Le système comprend des services et des soutiens des Premières Nations, comme les programmes communautaires de mieux-être mental et le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones, ainsi que des soutiens culturels communautaires et des réseaux de soutien social.

Le système mobilise de nombreux secteurs partenaires, relevant de différentes compétences, qui ont une responsabilité dans le soutien aux Premières Nations vivant des problèmes liés à l'usage de substances. Parmi ces secteurs figurent le logement, l'éducation, l'emploi, les services correctionnels, la justice, la protection de l'enfance et l'aide au revenu. Puisque les déterminants sociaux de la santé jouent un rôle essentiel dans la prévention et la réduction des

méfais liés à l'usage de substances, une approche intégrée est nécessaire pour renforcer les liens entre le système de santé et les autres systèmes, notamment les soutiens au logement, l'aide au revenu, les ressources familiales et les soins communautaires (Gouvernement de la Colombie-Britannique, 2022).

Dans une approche globale de l'usage de substances, les enjeux de compétences se posent pour les Premières Nations en raison du chevauchement complexe des responsabilités fédérales, provinciales et territoriales en matière de soins de santé et de services aux Autochtones. Cela concerne notamment les Premières Nations, les Inuits et les Métis, qui ont des besoins de santé distincts et vivent souvent des défis particuliers en lien avec l'usage de substances (Assemblée des Premières Nations, 2019).

Les présentes lignes directrices abordent les opioïdes et la méthamphétamine sous l'angle de l'approche globale en matière de prévention, de traitement de l'usage problématique et de la dépendance. Pour en savoir davantage sur cette approche, veuillez consulter *Honorer nos forces : un cadre renouvelé pour aborder la lutte contre la consommation de substances chez les Premières Nations au Canada* (2011).

Une intégration systémique de la culture des premières nations au service de la guérison

Les Savoirs Autochtones et la culture doivent constituer le fondement de la guérison. Une approche fondée sur le principe « rien à propos de nous sans nous » en matière d'élaboration de politiques et de programmes place au centre les Savoirs Autochtones, la culture et l'expérience vécue des Premières Nations dans l'amélioration des systèmes.

« Les systèmes oraux des Premières Nations doivent être valorisés et utilisés autant, sinon davantage, que les systèmes écrits occidentaux » (Dr Reg Crowshoe, 18 mars, groupe de travail sur la mise à jour d'HNF) afin de véritablement soutenir la guérison et le mieux-être. La mise en œuvre des cadres de Thunderbird Partnership Foundation, soient *Honorer nos forces : un cadre renouvelé pour aborder la lutte contre la consommation de substances chez les Premières Nations au Canada* et le *Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations*, peut créer les conditions nécessaires à ce changement de vision du monde. L'adoption de ces cadres contribuera à réduire le racisme épistémique et aidera les penseurs d'origine occidentale à élargir leur vision du monde et leur compréhension des Savoirs Autochtones et de la culture comme fondement.

Les langues des Premières Nations sont essentielles lorsque la culture occupe une place centrale dans les

politiques et les pratiques. L'usage des langues Autochtones transforme la façon dont les personnes se perçoivent elles-mêmes et perçoivent leur situation. La culture se comprend le mieux à travers la langue qui lui appartient.

Les 94 appels à l'action du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation visent à être mis en œuvre de façon concertée afin de réduire les préjugés liés aux politiques et d'améliorer l'accès des Premières Nations aux services et aux soutiens requis. Les appels à l'action 13 à 24 entraînent les répercussions les plus directes sur les éléments de soins décrits dans le continuum de soins présenté ci-dessous.

Plus précisément, les appels à l'action 13 à 16 demandent au gouvernement fédéral de reconnaître les langues Autochtones et de déployer des efforts pour préserver et raviver cet aspect essentiel de la culture et de l'identité. Les appels à l'action 18 à 24 exigent de tous les ordres de gouvernement, ainsi que d'autres acteurs pouvant influencer le système de santé, qu'ils reconnaissent les écarts de santé entre les personnes Autochtones et non Autochtones comme une conséquence de la colonisation, et qu'ils intègrent la culture ainsi que les pratiques traditionnelles afin de réduire ces inégalités.

Le continuum de soins

Honorer nos forces : un cadre renouvelé pour aborder la lutte contre la consommation de substances chez les Premières Nations au Canada décrit six éléments de soins qui reflètent un continuum complet de soins.

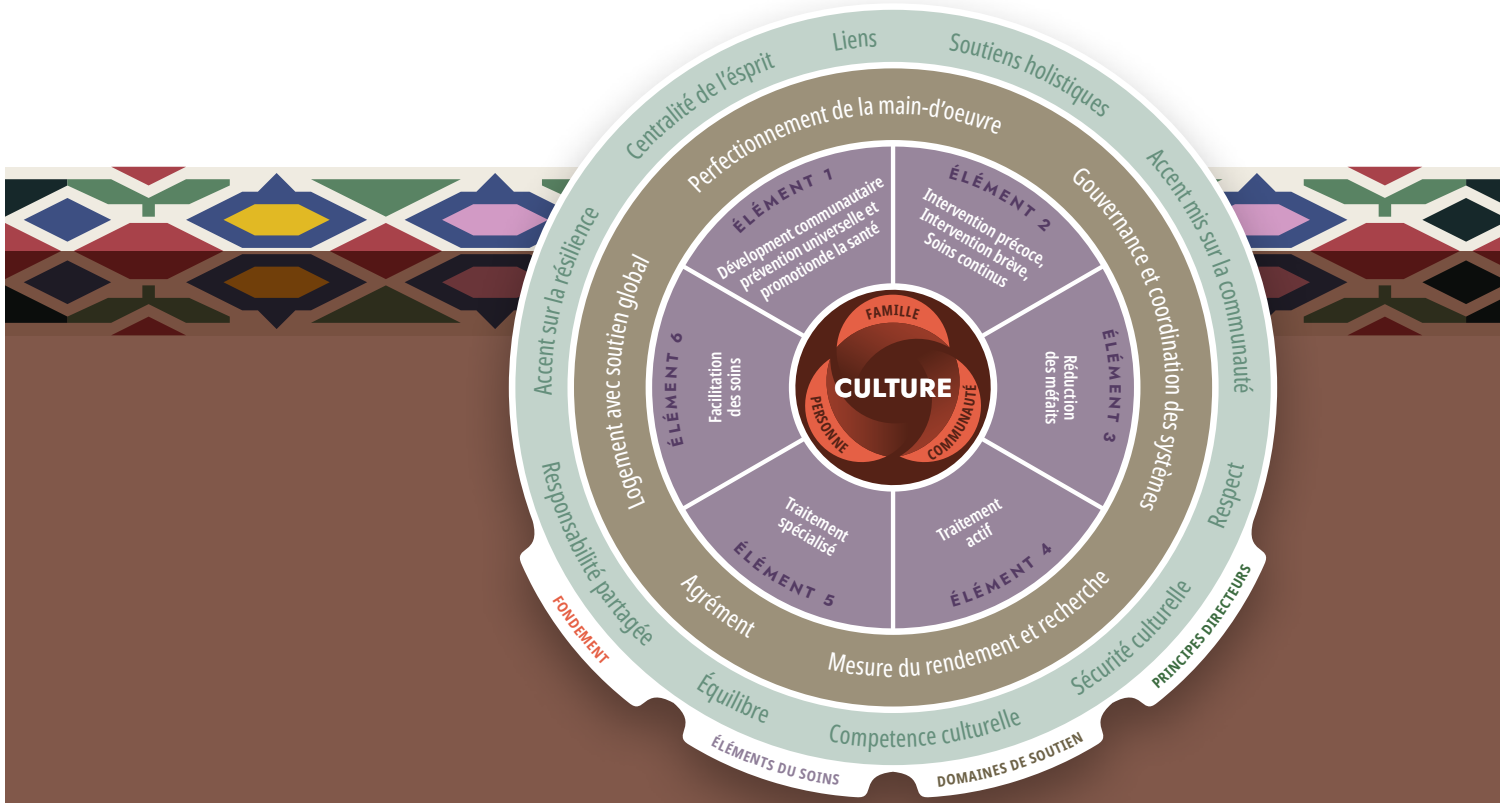
Un continuum de soins désigne un éventail de services, de soutiens et de partenaires qui ont un rôle à jouer pour répondre à l'usage de substances chez les Premières Nations. Ensemble, ces six éléments visent à répondre à la diversité des besoins des personnes, des familles et des communautés en lien avec l'usage de substances, en particulier des opioïdes et de la méthamphétamine. Ils permettent notamment de :

- mettre les personnes en lien, au fil du temps, avec les types de services et le niveau d'intensité dont elles ont besoin;
- assurer la coordination entre les partenaires et les secteurs afin d'offrir des services efficaces, centrés sur la personne et culturellement sécuritaires.

Les six éléments du continuum de soins sont également conçus pour répondre aux besoins particuliers de groupes précis, notamment les jeunes, les personnes enceintes, les femmes, les hommes, les personnes transgenres et de diverses identités de genre, ainsi que les personnes vivant avec des troubles concomitants de santé mentale.

- Les six éléments du continuum de soins en matière d'usage de substances sont les suivants :
- **Élément 1 : Développement communautaire, prévention universelle et promotion de la santé**
 - **Élément 2 : Dépistage précoce, interventions brèves et soins de suivi**
 - **Élément 3 : Réduction des risques secondaires / Réduction des méfaits**
 - **Élément 4 : Traitement actif**
 - **Élément 5 : Services spécialisés**
 - **Élément 6 : Facilitation des soins**

À l'heure actuelle, l'ensemble des services relevant des six éléments du continuum de soins n'est pas offert dans chaque communauté. Cela doit changer. Grâce à la collaboration et à une planification globale, toutes les communautés devraient pouvoir accéder aux services clés dont elles ont besoin (Thunderbird, 2015). Les fournisseurs de services devraient se déplacer vers les communautés pour combler les lacunes ou offrir les services de façon virtuelle, plutôt que d'obliger les personnes et les familles à quitter leur milieu. Il peut être nécessaire de mener des démarches de représentation afin de soutenir des pratiques exemplaires pour les personnes qui reçoivent des services dans leur communauté.



Élément 1 : Développement communautaire, prévention universelle et promotion de la santé

Les services et soutiens relevant de l'Élément 1 correspondent à de vastes efforts visant à promouvoir et à renforcer le mieux-être des personnes, des familles et des communautés. Une communauté en santé, ancrée dans la culture et soutenue par de solides réseaux de soutien social, contribue à établir les bases de l'ensemble du continuum de soins. En période de stress, moment où surviennent de nombreux problèmes liés à l'usage de substances, les réseaux de soutien social peuvent offrir des formes essentielles d'accompagnement et d'encouragement à la guérison personnelle, familiale et collective.

La prévention universelle et la promotion de la santé doivent tenir compte de la personne dans son ensemble, dans le contexte de sa famille et de sa communauté. La figure 3 ci-dessous illustre les quatre dimensions de la personne et montre comment le fait de prendre soin de l'être dans son ensemble favorise les sentiments d'Espoir, d'Appartenance, de Sens et de But.

Les personnes qui offrent les services et soutiens de l'Élément 1 comprennent notamment des membres de la communauté, comme les parents, la famille, les amies et amis, les personnes Aînées, les Gardiennes et Gardiens du Savoir, le personnel de l'ensemble des programmes communautaires ainsi que les dirigeantes et dirigeants communautaires. Les liens avec ces personnes peuvent être formels ou informels (Health Canada et coll., 2011).

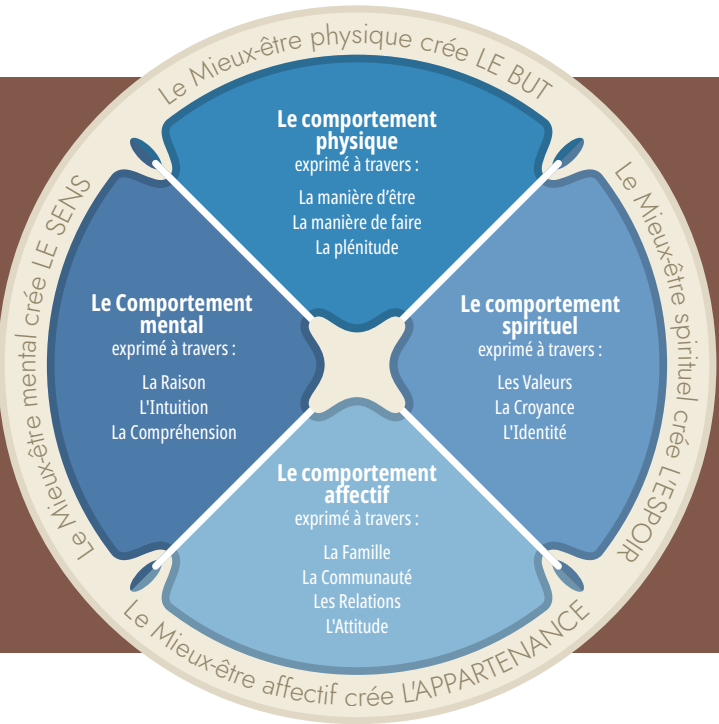


Figure 3 : Cadre de mieux-être mental Autochtone (Thunderbird, 2015)

L'Aîné Jim Dumont, dans son discours d'ouverture du Rassemblement national de juin 2013, a expliqué que les quatre directions — physique, mental, émotionnel et spirituel — sont toutes essentielles au mieux-être mental des personnes, des familles et des communautés. Il a décrit comment la tâche fondamentale pour soutenir le mieux-être mental consiste à favoriser les liens à chacun de ces niveaux et entre les quatre directions. Cet équilibre et cette interdépendance se renforcent lorsque les personnes ont les sentiments d'Espoir, d'Appartenance, de Sens et de But.

Les données de l'Enquête nationale sur les opioïdes et la méthamphétamine dans les Premières Nations menée par Thunderbird en 2022 fournissent des indicateurs axés sur les forces qui permettent de mieux comprendre les raisons pour lesquelles certaines personnes évitent un usage nocif des opioïdes et de la méthamphétamine. Chez les adultes, les trois principales raisons invoquées pour s'abstenir de consommer des opioïdes ou de la méthamphétamine étaient la présence de modèles positifs (59 %), l'emploi ou l'école (58 %) et le soutien de la famille ou des amies et amis (58 %). Les résultats étaient semblables chez les jeunes. Parmi les autres raisons mentionnées figuraient les soutiens culturels, les activités communautaires et familiales, l'information sur la santé et les drogues, les services de santé mentale, les programmes de prévention du suicide (promotion de la vie) et les programmes axés sur le territoire.



Les lignes directrices relatives au développement communautaire, à la prévention universelle et à la promotion de la santé en matière d'usage des opioïdes et de la méthamphétamine sont présentées ci-dessous.

Lignes directrices sur le développement communautaire :

1. La collaboration intersectorielle (p. ex. santé, services sociaux, éducation, centres de formation, justice, développement économique) aide les communautés à travailler ensemble afin d'élaborer des plans holistiques, dirigés par la communauté, pour améliorer la santé, le mieux-être et la sécurité globale des personnes qui consomment les opioïdes et la méthamphétamine.
2. La planification du développement communautaire comprend un modèle communautaire de soins liés à l'usage de substances, dans lequel les services et les soutiens sont offerts aux personnes au sein même de leur communauté. Le *Modèle de soins pour la consommation de substances* de Thunderbird constitue une ressource clé pour appuyer ce développement communautaire.
3. Des stratégies fondées sur les forces et adaptées à chaque communauté sont mises en œuvre afin de réduire la stigmatisation associée à la dépendance, en portant une attention particulière à l'usage des opioïdes et de la méthamphétamine.
4. Les droits inhérents, les droits issus des traités, les lois nationales et internationales, ainsi que les engagements fédéraux, provinciaux et territoriaux sont mobilisés pour revendiquer des services offerts dans la communauté, conçus et fournis par celle-ci (Hill et al., 2022). En ce qui concerne l'usage d'opioïdes et de méthamphétamine, l'une des principales lacunes créées par les restrictions liées aux compétences touche la médecine des dépendances et les pratiques culturellement pertinentes.

Lignes directrices sur la prévention universelle :

1. Les initiatives de prévention universelle sont des activités et des soutiens positifs, proactifs et centrés sur l'esprit, offerts à l'ensemble de la communauté, dans le but de prévenir l'usage dangereux des opioïdes et de la méthamphétamine.
2. Le renouvellement culturel et linguistique constitue la base des activités de promotion de la santé et de prévention de l'usage de substances, et ces activités sont offertes au sein de la communauté.

3. Les politiques, les services et les activités communautaires favorisent une identité culturelle forte et positive, ancrée dans des activités culturelles menées dans la communauté afin de développer les sentiments d'Espoir, d'Appartenance, de Sens et de But (Brockie et coll., 2022; Thunderbird, 2015).
4. Les membres de la communauté participent à l'orientation des activités saisonnières et ont accès à des activités axées sur le territoire.

Lignes directrices sur la promotion de la santé :

1. Des activités de défense des droits et de développement communautaire sont menées afin de réduire la pauvreté, d'accroître la sécurité alimentaire et d'offrir des logements dans la communauté avec des services intégrés (Papamihali et coll., 2021; Thunderbird, 2023b).
2. Les membres de la communauté ont accès à des modèles positifs au sein de leur communauté (Thunderbird, 2023b).
3. Les membres de la communauté ont accès à des possibilités d'emploi et d'éducation (Thunderbird, 2023b).
4. Les membres de la communauté ont accès à un large éventail d'informations culturellement pertinentes sur l'usage des opioïdes et de la méthamphétamine dans leur communauté (Walker et coll., 2011; Vasbek et coll., 2022; Walton et Martin, 2021; Perera et coll., 2022; Cartwright et coll., 2018).
5. Des services et soutiens périnataux tenant compte des traumatismes, culturellement sécuritaires et fondés sur la culture, comme la pratique sage-femme Autochtone, sont offerts dans la communauté aux personnes qui consomment des opioïdes et de la méthamphétamine, ou qui risquent d'en consommer, pendant la grossesse et jusqu'à un an après l'accouchement (Nathoo, 2018).



Selon l'Enquête nationale sur les opioïdes et la méthamphétamine chez les Premières Nations de Thunderbird menée en 2022, 14 % des adultes et 8 % des jeunes des Premières Nations se sont abstenus de consommer des opioïdes et de la méthamphétamine grâce à des programmes axés sur le territoire.



EXPÉRIENCES COMMUNAUTAIRES

Une communauté a mobilisé des personnes en situation d'itinérance qui consommaient des drogues autour d'un feu sacré. On leur a fourni une tente et confié la responsabilité d'entretenir le feu. Une personne infirmière communautaire leur offrait des soins de santé, y compris des médicaments. Ces personnes avaient aussi accès à des repas et à du soutien social.

Dans une autre communauté, un logement d'urgence a été offert aux personnes en attente d'un traitement en médecine des dépendances. La communauté a transformé des cabines situées dans un camp culturel, à l'extérieur de la communauté. Des personnes Aînées ont été jumelées à ces cabines et elles ont accompagné les personnes de façon compatissante, dans une perspective de guérison.

Élément 2 : Dépistage précoce, interventions brèves et soins de suivi

Les services et soutiens relevant de l'Élément 2 visent à repérer rapidement les personnes à risque de développer un problème lié à l'usage de substances, ou qui présentent déjà un usage dangereux ou à risque, puis à intervenir auprès d'elles. L'Élément 2 offre également des services et des soutiens continus aux personnes et aux familles qui ont déjà eu recours aux services plus intensifs, comme les traitements spécialisés.

Ces approches doivent être étroitement liées aux services, aux soutiens et aux activités décrits dans l'Élément 1, car ils contribuent autant au dépistage qu'au soutien des personnes ayant besoin d'aide.

Les personnes bien placées pour offrir les services et soutiens de l'Élément 2 comprennent notamment le personnel de première ligne et des urgences en santé (p. ex. médecins de famille, personnes infirmières, personnes ambulancières paramédicales, nutritionnistes, personnel des centres de santé), les travailleuses et travailleurs communautaires en dépendances du PNLAADA, les personnes Praticiennes Culturelles, les personnes intervenantes en services sociaux, les visiteuses et visiteurs à domicile en santé maternelle et infantile, les personnes intervenantes en trouble du spectre de l'alcoolisation foetale, les services policiers, le personnel communautaire des services correctionnels, le personnel des établissements correctionnels, le personnel des Centres d'amitié, les enseignantes et enseignants et le personnel clinique en milieu scolaire, ainsi qu'un vaste éventail d'autres personnes intervenantes communautaires en santé et en services sociaux.

Les résultats de l'Enquête sur les opioïdes et la méthamphétamine dans les Premières Nations menée par Thunderbird indiquent que les trois covariables sociales et démographiques suivantes étaient significativement associées à l'usage nocif d'opioïdes, de méthamphétamine et d'autres substances : la catégorie d'âge, l'identité de genre et l'insécurité alimentaire.

Les personnes plus jeunes, celles s'identifiant comme hommes ou comme personnes 2ELGBTQ+, ainsi que celles vivant de l'insécurité alimentaire présentaient un risque plus élevé d'usage problématique de substances, y compris des opioïdes et de la méthamphétamine. Les personnes qui ont déclaré faire souvent des cauchemars au moment du sondage présentaient un risque presque deux fois plus élevé d'avoir consommé de la méthamphétamine au cours de leur vie que celles qui n'en faisaient pas. Celles qui disaient se sentir impuissantes à changer leur vie au moment du sondage présentaient un

risque accru de 1,3 % d'usage nocif d'opioïdes. Celles dont des amis ou des membres de la famille étaient décédés par suicide présentaient également un risque accru de 1,3 % d'usage nocif d'opioïdes.

Une recension récente des écrits a mis en évidence les facteurs de risque suivants, propres aux Premières Nations, en lien avec l'usage nocif des opioïdes et de la méthamphétamine :

- Les hommes, ainsi que les personnes transgenres, bispirituelles ou d'autres identités de genre non binaires, présentent un risque deux fois plus élevé de consommer de la méthamphétamine que les personnes s'identifiant comme femmes (Thunderbird, 2023b).
- Les communautés qui se trouvent à proximité de gangs, ou qui ont été infiltrées par ceux-ci, sont davantage exposées au risque de consommation et de dépendance aux opioïdes et à la méthamphétamine (Glover-Kerkvliet, 2009).
- Les traumatismes intergénérationnels ainsi que les traumatismes collectifs vécus par la communauté accentuent également les risques (Eitle et Eitle, 2013).
- Les expériences personnelles de traumatisme et de deuil augmentent les risques liés à l'usage de substances (MacLean et coll., 2015; MacLean et coll., 2017)..
- La consommation d'alcool ou d'autres drogues par un parent, de même que d'autres sources de traumatisme familial, peut accroître la probabilité de consommation de la méthamphétamine chez les femmes, particulièrement celles vivant dans des communautés rurales et éloignées (Barlow et coll., 2010; Eitle et Eitle, 2013).
- Un manque des sentiments d'Espoir, d'Appartenance, de Sens et de But peut engendrer une absence de mieux-être mental (Health Canada et coll., 2015).
- Le manque de possibilités économiques peut aggraver la situation (MacLean et coll., 2015; MacLean et coll., 2017).

Le dépistage et l'intervention précoces sont largement reconnues comme des composantes essentielles du continuum de soins en matière d'usage de substances et de dépendance. Une intervention rapide est particulièrement importante lorsqu'il est question des opioïdes et de la méthamphétamine, puisque la dépendance peut s'installer plus rapidement qu'avec d'autres substances, comme l'alcool. Cela s'explique par l'effet de ces drogues sur le système nerveux central, par la rapidité et l'intensité de l'euphorie (soulagement de la douleur, de la faim, du froid, de la fatigue et des émotions négatives, ainsi que stimulation d'émotions positives et de sensations d'euphorie), ainsi que par les moments profonds de détresse et d'inconfort du sevrage de ces substances (Paulus et Stewart, 2020).

Lignes directrices sur le dépistage précoce :

1. Les fournisseurs communautaires de services de santé et de services sociaux utilisent régulièrement des outils de dépistage fondés sur la relation et tenant compte des traumatismes afin de repérer les personnes à risque ou aux premiers stades de l'usage d'opioïdes et de méthamphétamine.
2. Les membres de la communauté disposent de l'information nécessaire pour reconnaître les signes de consommation des opioïdes et de la méthamphétamine.

L'intervention brève désigne une conversation de soutien, limitée dans le temps, entre une personne vivant un usage problématique des opioïdes ou de la méthamphétamine et une personne en qui elle a confiance et qu'elle respecte. La recherche montre que la relation entre la personne aidante et la personne consommant des drogues a l'effet le plus important sur le rétablissement et le mieux-être. Mettre l'accent sur la confiance, le respect et la relation relève de soins centrés sur l'esprit (Santé Canada et coll., 2011).

Ces conversations peuvent être structurées ou non, longues ou brèves, allant d'un échange de cinq minutes avec un ou une amie à une série de conversations d'une heure avec une personne professionnelle de la santé ou des Aînées et Aînés. Leur objectif est d'aider la personne à établir des objectifs en vue d'améliorer sa santé liée à l'usage de substances. Parmi les moyens d'y parvenir figure notamment une rétroaction personnalisée sur les habitudes de consommation et sur leurs effets sur la santé ou la vie de la personne (Santé Canada et coll., 2011).

L'intervention brève constitue l'un des volets du continuum de soins. Elle favorise ce continuum en intégrant les services de prévention, d'intervention et de traitement (Mattoo, Prasad et Gosh, 2018). En abordant les défis liés à l'usage de substances et à la santé mentale dès leur apparition, il est parfois possible d'empêcher qu'ils ne deviennent graves et complexes.

PROGRAMME DE FORMATION À L'INTERVENTION PRÉCOCE BUFFALO RIDERS

Ce programme renforce la capacité des communautés à offrir aux jeunes des services de soutien précoces et brefs visant à réduire les comportements liés à l'usage de substances. La formation de cinq jours destinée aux personnes animatrices comprend les plus récentes données de recherche ainsi que des enseignements culturellement propres aux Premières Nations sur la résilience des jeunes, les facteurs de risque et de protection, et les atouts développementaux reconnus comme essentiels à une croissance saine.

Les personnes animatrices formées dans le cadre de Buffalo Riders offrent un programme culturellement adapté aux jeunes des Premières Nations de 11 à 13 ans identifiés comme étant à risque en lien avec l'usage de substances. Dans 100 % des cas, la totalité des jeunes ayant participé au programme ont affirmé que c'était l'aspect culturel du programme qui avait fait une différence pour eux.



Lignes directrices sur les interventions brèves :

- 1. Dans la communauté, les fournisseurs de services de santé et de services sociaux possèdent les connaissances et les compétences nécessaires pour offrir des interventions brèves auprès des personnes identifiées tôt comme présentant un usage à risque des opioïdes et de la méthamphétamine.
- 2. Le personnel communautaire de proximité joue un rôle essentiel pour entrer en relation avec les personnes des Premières Nations qui consomment des opioïdes et de la méthamphétamine, les informer des soutiens disponibles, notamment des médicaments pour atténuer les symptômes de sevrage, l'accès à d'autres soins de santé, ainsi qu'à la nourriture et à un abri, et contribuer à réduire la stigmatisation.
- 3. Les membres de la famille ont accès à de l'information sur la façon d'avoir des conversations avec une personne proche ou un ou une amie vivant un usage à risque des opioïdes ou de la méthamphétamine, dans le but d'intervenir avant que la situation ne s'aggrave (Gendera et coll., 2022).

Les personnes vivant une dépendance, en particulier celles qui reçoivent des services de traitement intensif, peuvent avoir besoin d'un soutien holistique à vie provenant d'un éventail de services de santé, de soutiens communautaires et de services sociaux. Ce soutien après l'intervention est souvent appelé « soins de suivi ». Les soins de suivi visent à aider les personnes et leurs familles à chaque étape de leur parcours de guérison et à maintenir une vie communautaire positive et empreinte de liens.

MOBILISATION COMMUNAUTAIRE ET SENSIBILISATION

Certaines Premières Nations ont organisé des feux communautaires afin de sensibiliser la population à la réalité des personnes qui consomment des drogues dans la communauté, notamment des opioïdes et de la méthamphétamine. Ces feux ont attiré l'attention des membres de la communauté, curieux d'en connaître le but et se sont arrêtés pour poser des questions. En réponse, des membres de la communauté ont apporté leur appui aux Gardiennes et Gardiens du feu en fournissant de la nourriture, du bois et un abri, témoignant ainsi de leur soutien à une activité qu'ils et elles estimaient susceptible de faire une différence dans la réponse communautaire à l'usage de drogues. Des médecines sacrées destinées à la prière et au soutien personnel étaient également offertes sur place. Comme les cultures des Premières Nations ne sont pas toutes les mêmes, l'usage de ces médecines demeurerait facultatif pour les personnes qui entretenaient les feux.

Cette initiative a pris de l'ampleur de plusieurs façons. Certaines communautés ont maintenu les feux pendant une période pouvant aller jusqu'à 30 jours et ont offert de nombreux dons. Des groupes de tambour se sont également rendus devant des maisons où des personnes vendaient des drogues pour chanter et jouer du tambour à l'extérieur. Lorsque les personnes sortaient pour voir ce qui se passait, les chanteuses et chanteurs leur disaient simplement qu'ils et elles voulaient que les personnes de la maison sachent que la communauté se souciait d'elles.

Lignes directrices sur les soins de suivi :

- 1. La planification des soins après la prise en charge du sevrage ou le traitement actif commence dès le début du sevrage. Les plans de soins s'échelonnent sur 12 à 24 mois pour les personnes vivant une dépendance à la méthamphétamine (Chambre des communes, 2019).
- 2. Des services et soutiens continus, holistiques et axés sur la prévention des rechutes, la coordination des cas ainsi que la cultivation des sentiments d'Espoir, d'Appartenance, de Sens et de But sont offerts à la personne et à sa famille (Santé Canada et coll., 2011; Thunderbird, 2015).
- 3. Les personnes qui ont cessé de consommer des opioïdes et de la méthamphétamine sont informées du risque accru de surdose et de décès si elles recommencent à consommer, en particulier à la même dose ou à une dose plus élevée qu'avant l'arrêt, en raison d'une diminution de la tolérance.
- 4. Les services et soutiens sont adaptés aux besoins individuels, en mettant l'accent sur l'offre de traitements sécuritaires, efficaces et fondés sur la culture dans la communauté (Li et Loshak, 2019; Enquête nationale sur les femmes et les filles Autochtones disparues et assassinées, 2019).
- 5. Des partenariats entre les services, notamment les centres de traitement, les services de santé, le système de justice et les services sociaux, peuvent appuyer un solide modèle communautaire de soins de suivi (Santé Canada et coll., 2011). Une approche globale est utilisée pour cerner et bâtir des partenariats qui comblent les lacunes du système et aident les personnes en matière de logement, d'emploi, d'éducation, de sécurité alimentaire et de réduction de la pauvreté (Santé Canada et coll., 2011).
- 6. Les soins de suivi peuvent comprendre un accompagnement prolongé par des travailleuses et travailleurs communautaires, des conseillères et conseillers, des groupes de pairs et des personnes Praticiennes Culturelles dans la communauté (Santé Canada et coll., 2015). La forme d'accompagnement la plus efficace pour les personnes en rétablissement d'une dépendance aux opioïdes et à la méthamphétamine repose sur une approche active de proximité, fondée sur la relation. Il est important de nouer des liens et d'établir une relation avec les personnes en rétablissement. Il s'agit là de soins centrés sur l'esprit.
- 7. Les soutiens liés au logement, à l'éducation, à l'emploi, aux services à la famille, à la garde d'enfants et au rôle parental peuvent aussi être importants dans les soins de suivi. Bien que les étapes ou phases des soins de suivi puissent diminuer en intensité à mesure que le rétablissement progresse, ou augmenter si de nouvelles difficultés surviennent (Santé Canada et coll., 2015), les personnes qui se remettent d'une dépendance aux opioïdes et à la méthamphétamine auront généralement besoin de soins de suivi plus longs et plus intensifs (Chambre des communes, 2019).

PRATIQUE EXEMPLAIRE

Le programme *Aboriginal Family Wellbeing (FWB)* (Perera et coll., 2022) est une intervention tenant compte des traumatismes, conçue pour favoriser la guérison. Il est offert en Australie par des travailleuses et travailleurs Autochtones de la santé qui soutiennent des familles et des personnes aux prises avec l'usage de la méthamphétamine. Une version adaptée du programme FWB a été mise à l'essai sous forme d'un atelier pilote de trois jours (Whiteside et coll., 2018). Les personnes qui y ont participé ont estimé que les connaissances et les compétences acquises, ainsi que les ressources centrées sur la famille proposées par le programme, les avaient aidées à mieux soutenir les familles dans la gestion du stress et du fardeau émotionnel liés au rôle de proche aidante et aidant, particulièrement en raison des comportements imprévisibles et violents associés à cette drogue (Whiteside et coll., 2022).

Élément 3 : Réduction des risques secondaires / Réduction des méfaits

Les services et soutiens relevant de l'Élément 3 visent à aider les personnes à réduire les méfaits causés par l'usage problématique de substances et la dépendance. L'usage de substances entraîne souvent des conséquences pour la personne qui consomme, mais peut aussi causer des torts physiques, émotionnels, mentaux et spirituels à son entourage.

Il peut également accroître le risque de nombreuses conséquences négatives, notamment :

- maladies et problèmes de santé physique, y compris ceux transmis par le partage de seringues ou de pipes
- blessures
- problèmes de santé mentale, y compris le décès par suicide
- fait de commettre des actes de violence ou d'en être victime
- victimisation sexuelle
- traite de personnes
- manque d'accès à l'éducation
- manque d'accès à l'emploi
- implication dans des gangs
- implication dans le système de justice pénale
- implication dans le système de protection de l'enfance
- rupture familiale

Les services et soutiens de l'Élément 3 visent à mobiliser activement les personnes dans une grande diversité de contextes de services et à les mettre en lien avec les soins appropriés. Certaines personnes vivant un problème lié à l'usage de substances ne sont pas prêtes, ne sont pas en mesure, ou ne correspondent pas nécessairement à tous les éléments de soins, comme le traitement actif. Les services fondés sur l'abstinence peuvent constituer un obstacle à l'accès aux soins pour les personnes qui ne sont pas en mesure de soutenir l'abstinence. Par définition, la dépendance aux substances signifie l'incapacité de cesser de consommer une substance, même lorsque la personne en subit des conséquences négatives et souhaite s'en libérer.

Comme d'autres problèmes de santé chroniques, la dépendance nécessite une approche de réduction des méfaits. En contexte d'usage de substances, la réduction des méfaits vise à rendre la consommation plus sécuritaire pour les personnes, qu'elles consomment encore ou non. Une telle approche repose sur des attitudes et des gestes empreints de compassion et dénués de jugement, de la part des membres de la famille, de la communauté et du personnel de la santé.

Offrir les services et soutiens de l'Élément 3 permet de bâtir des relations de confiance avec les personnes vivant avec une dépendance. Cela contribue à

réduire les méfaits pour ces personnes, ainsi que pour leurs familles, leurs amies et amis, leurs milieux de travail et leurs communautés. Cela augmente aussi les possibilités de rétablissement.

Les personnes bien placées pour offrir les services et soutiens de l'Élément 3 comprennent notamment les personnes intervenantes communautaires en santé mentale et en dépendances, les personnes Praticiennes Culturelles, les intervenantes et intervenants en services sociaux, les visiteuses et visiteurs à domicile en santé maternelle et infantile, les personnes intervenantes en trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale, les services policiers et correctionnels, le personnel des Centres d'amitié, ainsi qu'un vaste éventail de soutiens communautaires et sociaux (p. ex. membres de la famille, Aînées et Aînés, enseignantes et enseignants, et amies et amis).

Réduction des méfaits et culture

Les approches de réduction des méfaits en matière de dépendance aux opioïdes et à la méthamphétamine peuvent être complémentaires aux valeurs et aux systèmes de savoirs des Premières Nations (Thunderbird, 2019). La réduction des méfaits comprend aussi des pratiques fondées sur la culture qui peuvent soutenir les personnes qui consomment des drogues vers un état de mieux-être, sans exiger l'abstinence.

Il est essentiel, pour le mieux-être des personnes qui consomment des drogues, de les reconnecter à leur identité Autochtone, au territoire et aux liens (Marsh et coll., 2015). Cette démarche est soutenue par les personnes Aînées, les Gardiennes et Gardiens du Savoir et les personnes Praticiennes Culturelles qui ont le droit de tenir des cérémonies et possèdent la connaissance des médecines traditionnelles. Les approches de réduction des méfaits favorisent aussi les liens entre les personnes, les soins de santé et les services sociaux, en apportant les sentiments d'Espoir, d'Appartenance et des possibilités de guérison.

La réduction des méfaits aide aussi les personnes à retrouver un sentiment d'Appartenance. Lorsqu'une personne qui consomme des drogues a accès, dans sa communauté, à quelqu'un qui se soucie d'elle, par exemple une personne Aînée ou une travailleuse ou un travailleur de service d'approche, et qui peut l'aider à remplacer une identité marquée par la honte par une identité ancrée dans son esprit, elle peut commencer à croire qu'elle a sa place et que sa vie porte un Sens.

La figure 4 ci-dessous illustre les cercles interreliés de la réduction des méfaits, de la culture et des traditions des Premières Nations, ainsi que les éléments fondamentaux de soins empreints de compassion, sans jugement et inclusifs, qui reposent sur la relation, la positivité, la patience et la communication (Medley et Pierre, 2019).

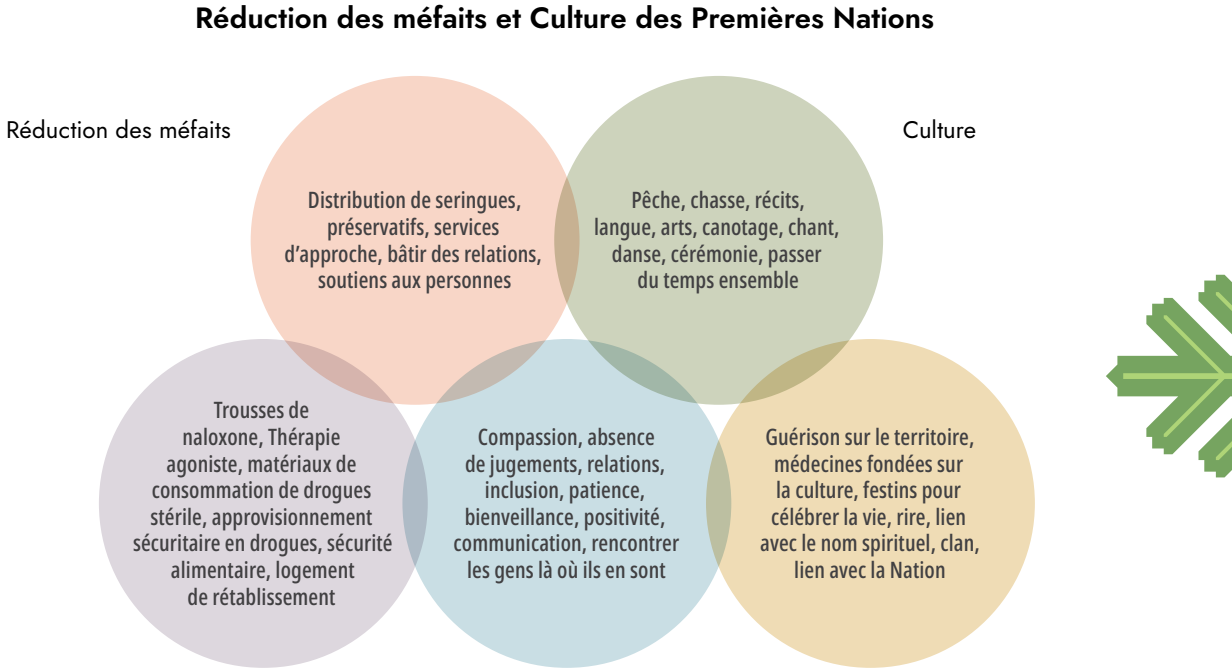


Figure 4 : La culture comme composante de la réduction des méfaits. Adapté de la First Nations Health Authority (s.d.)

La réduction des méfaits est une approche de soins fondée sur des données probantes qui vise à diminuer les répercussions d'un comportement sur la santé. Par exemple, l'écran solaire réduit les méfaits liés à l'exposition au soleil, et la ceinture de sécurité réduit les conséquences d'une collision automobile.

La recherche montre que les programmes de réduction des méfaits sont très efficaces pour réduire les taux de VIH et d'hépatite C ainsi que pour prévenir les décès liés à l'empoisonnement par les drogues toxiques. Les données probantes montrent aussi que ces services n'encouragent pas la consommation; ils aident plutôt à mettre les personnes en lien avec le traitement et le rétablissement.

Lignes directrices sur la réduction des méfaits :

1. Les services et soutiens de réduction des méfaits, particulièrement dans les communautés rurales et éloignées, offrent des modes d'accès qui respectent le besoin de confidentialité des personnes. La stigmatisation associée à l'usage des opioïdes et de la méthamphétamine peut constituer un obstacle important à l'accès aux services.
2. L'usage des opioïdes et de la méthamphétamine ne doit pas faire obstacle à l'accès à la culture (FNHA, 2022). Les personnes ne sont pas blâmées lorsqu'elles souhaitent participer à la culture et aux activités culturelles, puisque de telles critiques peuvent accentuer l'usage de substances chez la personne et ajouter du deuil et du traumatisme pour les familles et les communautés (FNHA, 2022).
3. Les services de réduction des méfaits sont offerts dans la communauté selon une approche active de proximité. Les services visent à protéger les personnes, les familles et les communautés contre les méfaits liés à l'usage des opioïdes et de la méthamphétamine. Ils s'appuient sur les Savoirs Autochtones et les pratiques culturelles fondées sur la bonté, la compassion et l'acceptation pour prendre soin les uns des autres (FNHA, s.d.). Il s'agit de soins centrés sur l'esprit.
4. L'usage intraveineux des opioïdes et de la méthamphétamine (c'est-à-dire l'injection dans une veine à l'aide d'une seringue) peut entraîner une augmentation des infections transmissibles par le sang. La réduction des méfaits comprend des activités visant à s'assurer que les seringues usagées ne soient pas laissées à des endroits où des membres de la communauté pourraient y être exposés.
5. Les stratégies de réduction des méfaits propres à l'usage des opioïdes et de la méthamphétamine devraient offrir aux personnes, aux familles et aux communautés un accès à la naloxone pour renverser les empoisonnements aux opioïdes, à des services de vérification des drogues, à du matériel de réduction des méfaits comme des seringues et des pipes, ainsi qu'à des sites et services de prévention des surdoses.

L'objectif principal de l'approche active est d'établir, avec la personne qui cherche à se rétablir d'une dépendance aux opioïdes et à la méthamphétamine, une relation de confiance. L'approche active comprend notamment :

- des visites en personne trois fois par semaine;
- des appels téléphoniques ou des messages texte trois fois par semaine entre les visites en personne;
- le respect des instructions données par la famille;
- la création de liens avec d'autres fournisseurs de services au moyen de présentations en personne ou en accompagnant la personne à ses rendez-vous avec de nouveaux fournisseurs de service.

EXEMPLE DE PRATIQUE EXEMPLAIRE :
Centre de traitement rising sun

Le Centre de traitement Rising Sun reconnaît que la dépendance est une réalité complexe qui touche non seulement la personne, mais aussi les familles et les communautés. Son approche fondée sur la réduction des méfaits vise à offrir des soins individualisés à chaque personne, en la rejoignant là où elle en est. Une telle approche s'harmonise avec les pratiques tenant compte des traumatismes, notamment en soutenant les personnes afin qu'elles aient du choix, du contrôle et le pouvoir de prendre des décisions concernant leurs soins. La réduction des méfaits y est considérée comme un ensemble d'activités essentielles déployées tout au long du continuum de soins.

Élément 4 : Traitement actif

Les services et soutiens relevant de l'Élément 4 visent à répondre aux besoins des personnes qui vivent des problèmes liés à l'usage de substances d'intensité modérée à sévère. L'Élément 4 comprend un éventail d'approches, notamment le counselling, l'éducation et la thérapie en groupe. Les approches et activités culturelles offertes dans cet élément sont habituellement plus intensives que celles des autres éléments.

L'objectif du traitement actif est de réduire ou d'éliminer la dépendance aux drogues, ainsi que les conséquences négatives connexes sur la santé et le plan social. Le traitement actif soutient tant les personnes aux prises avec une dépendance que leurs proches. Il nécessite un éventail d'approches centrées sur la personne, ancrées dans l'esprit et fondées sur la culture, offertes dans le temps selon l'évolution des forces, des besoins et des préférences. Cela reconnaît que la guérison est un parcours.

Le traitement actif vise des objectifs définis par la personne elle-même, en fonction de ses forces, de ses besoins et de ses préférences. Il a pour but d'améliorer la relation qu'elle entretient avec elle-même, ses stratégies d'adaptation, ses relations avec les autres et sa participation à la vie communautaire.

Les services et soutiens doivent être intégrés et accessibles dans la communauté. Le traitement actif se déroule sur le territoire, en cabinet, dans des programmes communautaires, dans des logements avec soutien et dans des milieux spécialisés comme les hôpitaux. Ces services et soutiens peuvent être offerts par des personnes professionnelles de la santé et des services sociaux, ainsi que par des personnes Aînées, des personnes Praticiennes Culturelles, des conseillères et conseillers en dépendances, des travailleuses et travailleurs communautaires du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones, des psychologues, des travailleuses et travailleurs sociaux, des gestionnaires de cas, du personnel des Centres d'amitié, des fournisseurs de services de prise en charge du sevrage et des praticiennes et praticiens des soins primaires.



Interventions culturelles

La culture des Premières Nations a la capacité de soutenir la guérison des personnes vivant un usage problématique de substances d’une manière que d’autres modalités de traitement ne permettent pas toujours d’atteindre (Gone et Calf Looking, 2011). Les interventions culturelles sont essentielles pour prendre soin de la personne dans son ensemble et répondre à ses besoins en matière de mieux-être spirituel, émotionnel, mental et physique. La recherche a montré une préférence pour les interventions de santé et de mieux-être culturellement adaptées (Mpofo et coll., 2021).

Les approches culturellement adaptées peuvent offrir :

- l’Espoir pour l’avenir, ancré dans un sentiment d’identité et dans une croyance en l’esprit;
- un sentiment d’Appartenance et de connexion au sein de la famille, de la communauté et de la culture;
- du Sens dans la vie et la compréhension que les communautés des Premières Nations font partie de la Création et possèdent une histoire riche;
- un sentiment de But, que ce soit par l’éducation, l’emploi ou les façons culturelles d’être et d’agir.

Les personnes qui entretiennent des liens étroits avec leur communauté grâce à des activités de groupe (rassemblements, festins, cérémonies), avec leur famille et avec leur territoire peuvent être moins susceptibles d’adopter des comportements de consommation à risque et, par conséquent, de subir moins de méfaits liés à l’usage de substances (Santé Canada et coll., 2011).

Les Premières Nations ont identifié des pratiques culturelles courantes, comme l’illustre la figure 5 ci-dessous.

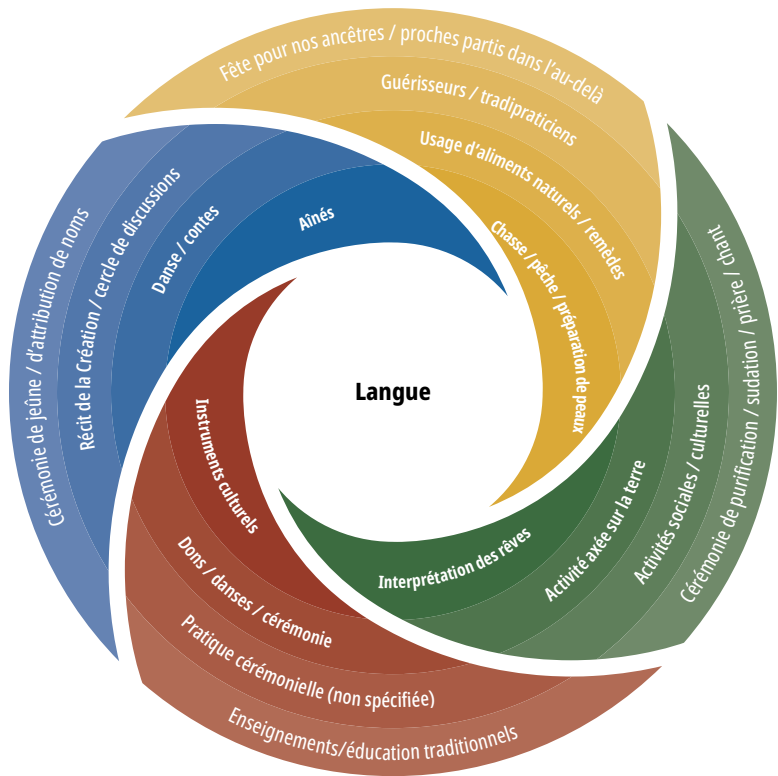


Figure 5 : Pratiques culturelles courantes des Premières Nations

Les données agrégées recueillies au moyen de l’Évaluation du mieux-être des Autochtones (ÉMA)^{MC} (2019-2020) démontrent que les interventions culturelles entraînent une augmentation constante des sentiments d’Espoir et d’Appartenance au fil du temps. Les réponses autodéclarées dans le cadre de l’Évaluation du mieux-être des Autochtones ont révélé des hausses soutenues de 13 % à 19 % des sentiments d’Espoir et d’Appartenance, ce qui concorde avec le mieux-être physique et émotionnel. De façon générale, tous les indicateurs de mieux-être — l’Espoir, l’Appartenance, le Sens et le But — ont progressé avec le temps.

Lignes directrices relatives au traitement actif :

1. Le traitement actif est offert dans la communauté; il est ancré dans la culture, fondé sur les relations, axé sur les opioïdes et la méthamphétamine, et amorcé immédiatement après la prise en charge du sevrage (Li et Loshak, 2019; Gone et Calf Looking, 2011).
2. Des interventions culturelles (p. ex. huttes de sudation, tambours, cérémonies) sont utilisées pour favoriser le mieux-être et renforcer les sentiments d’Espoir, d’Appartenance, de Sens et de But (Thunderbird, 2023a).
3. Un éventail de services et de soutiens, d’intensité variable, est offert dans la communauté afin de répondre aux besoins des personnes, des familles et des communautés, là où elles en sont dans leur parcours de guérison (Santé Canada et coll., 2011). Ces services et soutiens sont décrits en détail dans le *Modèle de soins pour la consommation de substances*, mentionnés dans la section précédente portant sur le modèle communautaire de services liés à l’usage de substances.
4. Les services de traitement actif sont conçus par la communauté et offerts aux personnes qui y vivent. Ils comprennent notamment :
 - des programmes et des activités axés sur le territoire;
 - du counselling et des soutiens en santé mentale;
 - des soins cliniques (c.-à-d. dépistage, évaluation et aiguillage; gestion et stabilisation du sevrage; planification du traitement; planification du congé);
 - des soins de suivi;
 - du counselling culturel et des pratiques culturelles;
 - des soutiens axés sur la famille;
 - le modèle d’Accès rapide aux médicaments contre la dépendance.
5. La thérapie par agonistes opioïdes est reconnue comme un traitement efficace de la dépendance aux opioïdes lorsqu’il est combiné à des interventions culturelles et à d’autres formes de thérapie (p. ex. TCD, TCC, entretien motivationnel). Les personnes reçoivent du soutien pour y accéder (META:PHI, s.d.).
6. Les personnes Aînées, les Gardiennes et Gardiens du Savoir et les personnes des Premières Nations possédant des savoirs culturels sont mobilisés dans la conception des programmes et la planification individuelle du traitement (Santé Canada et coll., 2011).
7. L’entraide et les services de proximité font partie intégrante du traitement actif. L’entraide propre à la dépendance aux opioïdes et à la méthamphétamine est nécessaire pour établir des relations de confiance fondées sur des expériences communes (Kelly et coll., 2017). La recherche montre que les résultats positifs s’améliorent lorsque les personnes sont jumelées à des pairs de même genre et de même culture (Marsyla, 2024).

Lorsqu’une personne aux prises d’une dépendance aux opioïdes ou à la méthamphétamine demande de l’aide, il est essentiel que cette aide soit offerte sans délai. Elle doit être facilement accessible au moment même où la personne la cherche. Pour les membres des Premières Nations vivant en communauté, le partage des responsabilités en matière de soins de santé entre les gouvernements provinciaux et fédéral a accentué les difficultés d’accès.

Les cliniques d’accès rapide aux traitements des dépendances (RAAM) sont des cliniques sans rendez-vous, offertes en mode virtuel et en personne, destinées aux personnes qui souhaitent obtenir de l’aide pour des problèmes liés à l’usage de substances et aux dépendances. Elles s’adressent notamment à celles qui souhaitent essayer un traitement médical, y compris des médicaments, afin de réduire ou de cesser leur consommation. Ces médicaments peuvent aider à réduire les épisodes fréquents d’intoxication ou les symptômes de surdose, ainsi qu’à atténuer les symptômes de sevrage désagréables pendant le processus de réduction ou d’arrêt de la consommation.

Les cliniques RAAM s’adressent également aux personnes qui présentent des problèmes de santé liés à l’usage de substances, comme l’hépatite, la pancréatite ou certaines infections, entre autres. Les personnes qui y travaillent comprennent à quel point il peut être difficile de demander de l’aide. Aucun rendez-vous n’est nécessaire : les clients peuvent simplement se présenter pendant les heures d’ouverture avec leur carte d’assurance maladie.

EXEMPLE DE PRATIQUE
EXEMPLAIRE :
Accès rapide aux traitements
des dépendances (RAAM)

Élément 5 : Traitement spécialisé

Les services et soutiens de l'Élément 5 visent à offrir des traitements spécialisés aux personnes dont les problèmes liés à l'usage de substances sont complexes et sévères. Les personnes ayant des besoins de services très complexes, notamment celles vivant avec une dépendance sévère, des troubles de santé mentale et d'autres problèmes de santé chroniques, ont besoin d'un dépistage, d'une évaluation et d'un aiguillage efficaces, de services culturellement adaptés, ainsi que d'un soutien et d'un suivi continus. Les personnes qui ont recours à des traitements spécialisés bénéficient également de l'implication et du lien étroit de leurs réseaux de soutien, comme la famille et la communauté.

Les services et soutiens offerts dans le cadre de l'Élément 5 sont les mêmes que ceux décrits à l'Élément 4, mais ils sont généralement beaucoup plus intensifs et exigent un niveau plus élevé de spécialisation professionnelle (p. ex. évaluation et traitement psychiatriques, prise en charge médicale du sevrage).

Les services et soutiens liés au traitement spécialisé sont généralement offerts dans des unités de soins actifs des milieux de soins spécialisés. Les principaux fournisseurs de ce type de traitement comprennent notamment les médecins (soins primaires), les psychiatres, les travailleuses et travailleurs sociaux, ainsi que les Praticiennes et Praticiens Culturels. Il est souvent nécessaire de prévoir une solide gestion de cas ainsi que des services de coordination des soins.

Lignes directrices relatives aux soins spécialisés :

- 1. Une attention soutenue aux traumatismes complexes et aux multiples formes de traumatismes vécus par de nombreuses personnes, familles et communautés des Premières Nations constitue le fondement du traitement spécialisé (Santé Canada et coll., 2011).
- 2. Les différences culturelles, historiques et structurelles, de même que les rapports de pouvoir présents dans les soins, sont prises en compte afin de répondre au racisme, à la stigmatisation et aux traumatismes que les personnes vivent dans les milieux de soins spécialisés et de courte durée (Santé Canada et coll., 2011).
- 3. Une formation sur le racisme anti-Autochtone, ainsi que sur la sécurité culturelle et l'humilité culturelle est offerte aux planificateurs et aux fournisseurs de services en services spécialisé qui ne sont pas Autochtones (Turpel-Lafond, 2020).
- 4. Les services et soutiens cliniques et culturels en mieux-être mental sont intégrés aux traitements spécialisés en dépendances, en reconnaissant que le mieux-être mental, physique, émotionnel et spirituel constitue ensemble la santé et le bien-être globaux (Santé Canada et coll., 2011).
- 5. L'entraide et les services de proximité font partie intégrante du traitement spécialisé (Fisk et coll., 2006; Eddie et coll., 2019).
- 6. Des services spécialisés intégrés sont offerts dans le cadre du modèle communautaire de services liés à l'usage de substances, en personne ou de façon virtuelle. Des renseignements et des outils pour appuyer la mise en œuvre de cette ligne directrice sont présentés dans le *Modèle de soins pour la consommation de substances*, mentionnés plus haut dans la section portant sur le modèle communautaire de services en matière d'usage de substances.
- 7. Les personnes Aînées et les Gardiennes et Gardiens du Savoir sont mobilisés pour soutenir la conception des programmes ainsi que les personnes qui reçoivent les services. Les activités culturelles et les cérémonies font partie intégrante du traitement spécialisé (Eddie et coll., 2019).

Le **racisme anti-Autochtone** se manifeste tant au niveau de l'élaboration des politiques et des programmes qu'au moment de l'accès aux services, que ce soit au niveau individuel, familial ou communautaire. Au cours des dernières années, le racisme anti-Autochtone a été grandement signalé dans les milieux de soins de santé, et plus particulièrement dans les services de santé spécialisés.

Le racisme épistémique, ainsi que la croyance selon laquelle les médecines fondées sur la culture ne reposeraient pas sur des données probantes, sont au fondement du développement du système de santé occidental. Le récit de la Création constitue en soi une preuve qu'il existe plus d'une manière d'acquérir des savoirs et des connaissances. S'appuyer sur le récit de la Création comme donnée probante relève de la façon d'être et de savoir axés sur la centralité de l'esprit.

Élément 6 : Facilitation des soins

Les personnes et les familles qui présentent un risque plus élevé de développer des problèmes liés à l'usage de substances peuvent avoir besoin, au fil de leur vie, d'un éventail de services et de soutiens. La nature de ces services et soutiens évoluera au fil du temps, selon les changements dans l'état de santé et le mieux-être de la personne et de sa famille en lien avec l'usage de substances. La facilitation des soins peut désigner une gestion de cas formelle, mais elle peut aussi prendre d'autres formes de soutien communautaire, professionnel ou social.

Un système de soins efficace exige une coordination entre les divers services et soutiens dont les personnes et les familles ont besoin tout au long de leur parcours de guérison. Ce système permet une approche par paliers de soins ainsi qu'une planification concertée, une communication continue et un suivi assuré par différents fournisseurs de services, en fonction des besoins holistiques de la personne. La personne recevant les services doit demeurer au centre de cet effort collaboratif.

La personne doit guider le processus en exerçant son choix et en faisant entendre sa voix. Les personnes et les familles doivent pouvoir choisir les services qui leur conviennent et demeurer aux commandes

de leur parcours. Ceci soutient une approche tenant compte des traumatismes, laquelle a démontré son efficacité pour favoriser l'engagement et la rétention des personnes dans les services.

La facilitation des soins peut être assurée par toute personne participant à la prestation des soins. Les personnes clientes peuvent choisir celle qu'elles préfèrent comme facilitatrice ou facilitateur de soins. Ce rôle peut notamment être assumé par les travailleuses et travailleurs communautaires en dépendances du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones, les gestionnaires de cas, le personnel des Centres d'amitié, des membres de la communauté, des personnes Aînées, des Praticiennes et Praticiens Culturels, des défenseuses et défenseurs des droits ainsi que des membres de la famille.

Répondre aux besoins complexes des personnes qui consomment des opioïdes ou de la méthamphétamine exige une réponse coordonnée à l'échelle de l'ensemble du continuum de soins. Les centres de traitement, les organismes et les services ne peuvent, à eux seuls, répondre à tous les besoins sur ce continuum. Par conséquent, une collaboration interorganisationnelle est nécessaire pour soutenir les personnes à chaque étape de leur parcours de guérison (Coates, 2017).

Lignes directrices relatives à la facilitation des soins :

- 1. Des mécanismes formels et informels sont utilisés afin d'assurer une coordination et une intégration efficaces des équipes au service des personnes. Les mécanismes formels peuvent comprendre, par exemple, des protocoles d'entente ou des ententes de collaboration (Série de conférences sur les opioïdes et la méthamphétamine, 2021).
- 2. La facilitation des soins peut être nécessaire pendant une période allant jusqu'à deux ans après le rétablissement d'une dépendance à la méthamphétamine (Chambre des communes, 2019).
- 3. La personne qui reçoit des services a accès, dans sa communauté, à des activités et à des traitements fondés sur la culture, y compris à des services complets offerts sur l'ensemble du continuum de soins (Thunderbird, 2015).

EXEMPLE DE PRATIQUE
EXEMPLAIRE :
Mikaaming Mino Pimatizaiwin
Family Healing Lodge

Le Mikaaming Mino Pimatizaiwin Healing Lodge est un centre de traitement des dépendances destiné aux familles, qui comprend des suites autonomes pouvant accueillir jusqu'à quatre familles. Il offre, en milieu résidentiel, un programme de traitement traditionnel et holistique d'une durée de sept semaines, avec service de garde, salle de classe, salle familiale et hutte de sudation. Le fondement du programme repose sur la culture et les traditions des Peuples Autochtones. La culture et les traditions font partie intégrante du traitement et sont complétées par une formation aux compétences essentielles de la vie quotidienne ainsi que par des mécanismes de prévention de la rechute. Le programme accorde également une place importante à la famille, grâce à des activités familiales qui incluent les enfants.

Conclusion

Les solutions dirigées par les Premières Nations pour guérir des effets de la colonisation et du racisme reposent sur les Savoirs Autochtones, lesquels accordent à la culture une place fondamentale dans la prévention et le traitement des défis liés à l'usage de substances.

Les soins centrés sur l'esprit qui découlent des activités culturelles sont particulièrement pertinents pour les personnes, les familles et les communautés qui guérissent des conséquences liées à l'usage des opioïdes et de méthamphétamine. Il faut prendre soin de l'esprit pour que la guérison puisse avoir lieu. Les quatre directions — le physique, le mental, l'émotionnel et le spirituel — sont toutes essentielles au mieux-être mental des personnes, des familles et des communautés.

Les soins centrés sur l'esprit sont essentiels au rétablissement des Premières Nations face à la dépendance aux opioïdes et à la méthamphétamine. L'esprit se trouve au cœur du mieux-être et influe sur la santé émotionnelle, physique et mentale. La culture nourrit l'esprit. La *figure 5* ci-dessous illustre l'approche axée sur la centralité de l'esprit à partir d'un enseignement de la roue de médecine.

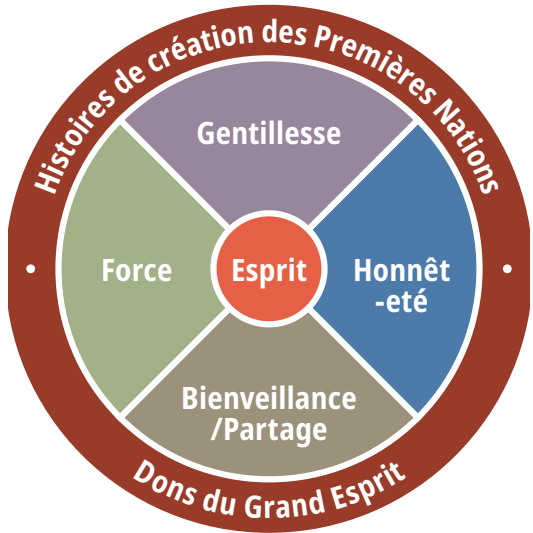


Figure 5 : une présentation de la roue de médecine illustrant le principe « centralité de l'esprit » du cadre « Honorer nos forces »

Thunderbird Partnership Foundation offre de nombreuses ressources sur son site Web qui peuvent appuyer l'élaboration de programmes ayant la culture comme fondement du mieux-être mental. Thunderbird offre également des formations en personne et en mode virtuel.

On dit que ce que le Grand Esprit a donné à ses enfants pour vivre d'une bonne façon dans ce monde physique leur a été donné pour toujours. Cela signifie que la réponse aux enjeux liés à l'usage de substances existe au sein même de la culture Autochtone.

(Dumont, J. & National Native Addictions Partnership Foundation, 2014)

Références bibliographiques

Acheson, L. S., Williams, B. H., Farrell, M., McKetin, R., Ezard, N., et Siefried, K. J. (2022). Pharmacological treatment for methamphetamine withdrawal: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Drug and Alcohol Review*, 42(1), 7–19. <https://doi.org/10.1111/dar.13511>

American Society of Addiction Medicine. (2020). The ASAM national practice guideline for the treatment of opioid use disorder: 2020 focused update. *Journal of Addiction Medicine*, 14(2S), 1–91. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000633>

American Society of Addiction Medicine. (2019). *Definition of addiction*. [https://www.asam.org/docs/default-source/quality-science/asam-s-2019-definition-of-addiction-\(1\).pdf?sfvrsn=b8b64fc2_2](https://www.asam.org/docs/default-source/quality-science/asam-s-2019-definition-of-addiction-(1).pdf?sfvrsn=b8b64fc2_2)

Anglin, M. D., Burke, C., Perrochet, B., Stamper, E., et Dawud-Noursi, S. (2000). History of the methamphetamine problem. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32(2), 137–141. <https://doi.org/10.1080/02791072.2000.10400221>

Assemblée des Premières Nations. (2019). *Priorités des Premières Nations concernant la réduction de l'usage abusif des opioïdes*. https://www.afn.ca/wp-content/uploads/2019/10/AFN-Opioid-Strategy_Full-Report-FRE.pdf

Baker, R., Leichtling, G., Hildebran, C., Pinela, C., Waddell, E. N., Sidlow, C., Leahy, J. M., et Korthuis, P. T. (2021). “Like yin and yang”: Perceptions of methamphetamine benefits and consequences among people who use opioids in rural communities. *Journal of Addiction Medicine*, 15(1), 34–39. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000669>

Barlow, A., Mullany, B. C., Neault, N., Davis, Y., Billy, T., Hastings, R., Coho-Mescal, V., Lake, K., Powers, J., Clouse, E., Reid, R., et Walkup, J. T. (2010). Examining correlates of methamphetamine and other drug use in pregnant American Indian adolescents. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research Journal*, 17(1), 1–24. <https://doi.org/10.5820/aian.1701.2010.1>

Bhatt, M., Zielinski, L., Baker-Beal, L., Bhatnagar, N., Mouravska, N., Laplante, P., Worster, A., Thabane, L., et Samaan, Z. (2016). Efficacy and safety of psychostimulants for amphetamine and methamphetamine use disorders: A systematic review and meta-analysis. *Systematic Review*, 5(1), 189. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0370-x>

Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. (2020). *Sommaire canadien sur la drogue : Méthamphétamine*. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2020-03/CCSA-Canadian-Drug-Summary-Methamphetamine-2020-fr.pdf>

Centers for Disease Control. (2024). *Data summary: Vulnerable areas for infectious diseases in persons who inject drugs*. <https://www.cdc.gov/persons-who-inject-drugs/vulnerable/index.html>

Chiefs of Ontario & Ontario Drug Policy Research Network. (2021). *Opioid use, related harms, and access to treatment among First Nations in Ontario, 2013–2019*. <https://odprn.ca/research/publications/opioids-use-related-harms-and-access-to-treatment-among-first-nations-in-ontario/>

Chiefs of Ontario & Ontario Drug Policy Research Network. (2025). *Opioid use, related harms, and access to treatment among First Nations in Ontario: Annual Update, 2013–2023*. <https://odprn.ca/research/publications/opioid-first-nations-annual-update-2013-2023/>

Coates, D. (2017). Working with families with parental mental health and/or drug and alcohol issues where there are child protection concerns: Inter-agency collaboration. *Child and Family Social Work*, 22, 1–10. <https://doi.org/10.1111/cfs.12238>

Darke, S., Larney, S., et Farrell, M. (2017). Yes, people can die from opiate withdrawal. *Addiction*, 112(2), 199–200. <https://doi.org/10.1111/add.13512>

Drury A. J., Elbert M. J., et DeLisi M. (2019). Childhood sexual abuse is significantly associated with subsequent sexual offending: New evidence among federal correctional clients. *Childhood Abuse and Neglect*, 95.

Dumont, J. et Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances. (2014). *Honorer nos forces : La Culture comme intervention dans le traitement des toxicomanies* [projet de recherche]. Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances.

Eddie, D., Hoffman, L., Vilsaint, C., Abry, A., Bergman, B., Hoepner, B., Weinstein, C., et Kelly, J. F. (2019). Lived experience in new models of care for substance use disorder: A systematic review of peer recovery support services and recovery coaching. *Frontiers in Psychology*, 10, Article 1052. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01052>

Eitle, D. J., et Eitle, T. M. (2013). Methamphetamine use among rural white and Native American adolescents: An application of the stress process model. *Journal of Drug Education*, 43(3), 203–221. <https://doi.org/10.2190/DE.43.3.a>

First Nations Health Authority. (2018). *Decolonizing Addiction and Indigenous Harm Reduction*. <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-MHW-Summit-2018-Presentation-Decolonizing-Addiction-and-Indigenous-Harm-Reduction.pdf>

First Nations Health Authority. (2020, 7 octobre). *Pharmaceutical Alternatives and Opioid Agonist Therapy: Community Considerations*. <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-Opioid-Agonist-Therapy-Community-Considerations.pdf>

First Nations Health Authority. (2020a). *A framework for action: responding to the toxic drug crisis for First Nations* [document infographique]. <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-Overdose-Action-Plan-Framework.pdf>

First Nations Health Authority. (2020b). *First Nations in BC and the overdose crisis* [document infographique]. <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-First-Nations-in-BC-and-the-Overdose-Crisis-Infographic.pdf>

First Nations Health Authority. (2022, décembre). *Indigenous harm reduction* [vidéo]. <https://www.fnha.ca/what-we-do/mental-wellness-and-substance-use/harm-reduction-and-the-toxic-drug-crisis/indigenous-harm-reduction>

First Nations Health Authority. (2023). *First Nations and the toxic drug poisoning crisis in BC: January–December 2023* [document infographique]. <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-First-Nations-and-the-Toxic-Drug-Poisoning-Crisis-in-BC-Jan-Dec-2023.pdf>

First Nations Health Authority. (2024). *First Nations and the toxic drug poisoning crisis in BC: January–December 2024* [document infographique]. <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-First-Nations-and-the-Toxic-Drug-Poisoning-Crisis-in-BC-Jan-Dec-2024.pdf>

First Nations Information Governance Centre. (2018). *National report of the First Nations regional health survey. Phase 3, Volume One* [en anglais seulement]. https://fnigc.ca/wp-content/uploads/2020/09/713c8fd606a8eeb021deb927332938d_FNIGC-RHS-Phase-III-Report1-FINAL-VERSION-Dec.2018.pdf

Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2020, juin). *Strengths-based approaches to Indigenous research and the development of well-being indicators* [en anglais seulement]. https://fnigc.ca/wp-content/uploads/2021/05/FNIGC-Research-Series-SBA_v04.pdf

Fisk, D., Rakfeldt, J., et McCormack, E. (2006). Assertive outreach: An effective strategy for engaging homeless persons with substance use disorders into treatment. *The American Journal on Drug and Alcohol Abuse*, 32(3), 479–486. <https://doi.org/10.1080/00952990600754006>

Gendera, S., Treloar, C., Reilly, R., Conigrave, K. M., Butt, J., Roe, Y., et Ward, J. (2022). “Even though you hate everything that’s going on, you know they are safer at home”: The role of Aboriginal and Torres Strait Islander families in methamphetamine use harm reduction and their own support needs. *Drug and Alcohol Review*, 41(6), 1428–1439.

Glover-Kerkvliet, J. (2009). The methamphetamine crisis in American Indian and Native Alaskan communities. *Inquiries Journal*, 1(12).

Gone, J. P., et Calf Looking, P. E. (2011). American Indian culture as substance abuse treatment: Pursuing evidence for a local intervention. *Journal of Psychoactive Drugs*, 43(4), 291–296. <https://doi.org/10.1080/02791072.2011.628915>

Gouvernement de l'Alberta. (2024). *Alberta opioid response surveillance report: First Nations Peoples in Alberta*. <https://open.alberta.ca/publications/alberta-opioid-response-surveillance-report-first-nations-peoples-2024>

Gouvernement de la Colombie-Britannique. (2022). *Adult substance use system of care framework*. https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/managing-your-health/mental-health-substance-use/substance-use-framework/msha_substanceuseframework_dec2022.pdf

Gouvernement du Canada. (s.d.) À propos des opioïdes. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/opioides/a-propos-de-opioides.html>

Hardy, B. J., Filipenko, S., Smylie, D., Ziegler, C., et Smylie, J. (2023). *Systematic review of Indigenous cultural safety training interventions for healthcare professionals in Australia, Canada, New Zealand and the United States*. *BMJ Open*, 13(10), e073320. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-073320>

Santé Canada. (2024). *Crise des surdoses au Canada et approvisionnement en drogues illégales toxiques*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/opioides/crise-surdoses-approvisionnement-drogues-illegales-toxiques.html>

Santé Canada, Assemblé des Premières Nations et Thunderbird Partnership Foundation. (2011). *Honorer nos forces : Cadre renouvelé pour aborder la lutte contre la consommation de substances chez les Premières Nations au Canada*. https://thunderbirdpf.org/wp-content/uploads/2024/07/HOS-Full_FR_Update2024_WEB.pdf

Santé Canada, Assemblé des Premières Nations et Thunderbird Partnership Foundation. (2015). *Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations*. <https://thunderbirdpf.org/cadre-du-continuum-du-mieux-etre-mental-des-premieres-nations/?lang=fr>

Groupe d'experts sur la consommation de substances de Santé Canada. (2021). *Rapport 1 : Recommandations de solutions de rechange aux sanctions pénales pour possession simple de substances contrôlées*. Santé Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/a-propos-sante-canada/mobilisation-publique/organismes-consultatifs-externes/groupe-experts-consommation-substances/rapports/rapport-1-2021.html>

Henderson, J., Javansparsat, S., Baum, F., Freeman, T., Fuller, J., Ziersch, A. et MacKean, T. (2019). Inter-agency collaboration in primary mental health care: Lessons from the Partners in Recovery program. *International Journal of Mental Health Systems*, 13:37.

Hopkins, C. (2024, 10 octobre). Hopkins, Carol. Personal communication, October 10, 2024

Chambre des communes. (2019). *Répercussions de l'abus de méthamphétamine au Canada : Rapport du Comité permanent de la santé*. <https://www.ourcommons.ca/Content/Committee/421/HESA/Reports/RP1053589/hesarp26/hesarp26-f.pdf>

Hill, B., Williams, M., Woolfenden, S., Martin, B., Palmer, K., et Nathan, S. (2022). Healing journeys: Experiences of young Aboriginal people in an urban Australian therapeutic community drug and alcohol program. *Health Sociology Review*, 31(2), 193–212. <https://doi.org/10.1080/14461242.2022.2091948>

Kelley, A., Bingham, D., Brown, E., et Pepion, L. (2017). Assessing the impact of American Indian peer recovery support on substance use and health. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 12(4), 296–308.

MacLean, S., Harney, A., et Arabena, K. (2015). Primary health-care responses to methamphetamine use in Australian Indigenous communities. *Australian Journal of Primary Health*, 21(4), 384–390. <https://doi.org/10.1071/PY14126>

MacLean, S., Hengsen, R., et Stephens, R. (2017). Critical considerations in responding to crystal methamphetamine use in Australian Aboriginal communities. *Drug and alcohol review*, 36(4), 502–508. <https://doi.org/10.1111/dar.12468>

Marshall, B. D., Galea, S., Wood, E., et Kerr, T. (2011). Injection methamphetamine use is associated with an increased risk of attempted suicide: A prospective cohort study. *Drug and Alcohol Dependence*, 119 (1-2), 134–137. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.05.012>

Marsyla, T. (2024). Culture matching and its impact on the therapeutic relationship: A literature review. *Expressive Therapies Capstone Theses*, 853. https://digitalcommons.lesley.edu/expressive_theses/853

Mattoo, S. K., Prasad, S., et Gosh, A. (2018). Brief intervention in substance use disorders. *Indian Journal of Psychiatry*, 60(Suppl 4): S466–S472. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.224352>

Meade C. S., Watt M. H., Sikkema K. J., Deng L. X., Ranby K. W., Skinner D., Pieteres D. et Kalichmann S. C. (2012). Methamphetamine use is associated with childhood sexual abuse and HIV sexual risk behaviors among patrons of alcohol-serving venues in Cape Town, South Africa. *Drug and Alcohol Dependence*, 126(1-2):232–239. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.05.024>

Medley, A., et Pierre, L. (2019). *Decolonizing addiction and Indigenous harm reduction* [présentation PowerPoint]. First Nations Health Authority. <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-MHW-Summit-2018-Presentation-Decolonizing-Addiction-and-Indigenous-Harm-Reduction.pdf>

META:PHI. (s.d.). *OAT decision aid*. <https://www.metaphi.ca/wp-content/uploads/OATDecisionAid.pdf>

Mpofu, E., Ingman, S., Matthews-Juarez, P., Rivera-Torres, S., et Juarez, P. D. (2021). Trending the evidence on opioid use disorder (OUD) continuum of care among rural American Indian/Alaskan Native (AI/AN) tribes: A systematic scoping review. *Addictive Behaviors*, 114, 106743. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106743>

Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. (s.d.). *Social determinants of health. Déterminants sociaux de la santé. L'accès aux services de santé comme un déterminant social de la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis*. <https://www.nccih.ca/docs/determinants/FS-AccessHealthServicesSDOH-2019-FR.pdf>

Nathoo, T., Poole, N. et Schmidt, R. (2018). *Trauma-informed practice and the opioid crisis: a discussion guide for health care and social service providers*. Centre of Excellence in Women's Health. https://cewh.ca/wp-content/uploads/2018/06/Opioids-TIP-Guide_May-2018.pdf

Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées. (2019). *Réclamer notre pouvoir et notre place : le rapport final de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées*. <https://www.mmiwg-ffada.ca/wp-content/uploads/2019/06/Rapport-final-volume-1a-1.pdf>

Papamihali, K., Collins, D., Karamouzian, M., Purssell, R., Graham, B., et Buxton, J. (2021). Crystal methamphetamine use in British Columbia, Canada: A cross-sectional study of people who access harm reduction services. *PloS One*, 16(5), e0252090. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252090>

Paulus, M. P., et Stewart, J. L. (2020). Neurobiology, clinical presentation, and treatment of methamphetamine use disorder: A review. *JAMA Psychiatry*, 77(9), 959–966. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0246>

Perera, N., Tsey, K., Heyeres, M., et coll. (2022). “We are not stray leaves blowing about in the wind”: Exploring the impact of Family Wellbeing empowerment research, 1998–2021. *International Journal for Equity in Health*, 21(2). <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01604-1>

Prakash, M. D., Tangalakis, K., Antonipillai, J., Stojanovska, L., Nurgali, K., et Apostolopoulos, V. (2017). Methamphetamine: Effects on the brain, gut and immune system. *Pharmacological research*, 120, 60–67. <https://doi.org/10.1016/j.phrs.2017.03.009>

Agence de la santé publique du Canada. (2025). *Associations multi-drogues dans les décès attribuables à une intoxication par opioïdes et stimulants au Canada* [Infographie]. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/associations-multi-drogues-deces-attribuables-intoxication-opioides-stimulants-canada-infographie.html>

Groupe de travail sur le mieux-être mental. (2021). *Traitement de la toxicomanie et Terre de guérison : recommandations sur le soutien au mieux-être mental des communautés autochtones éloignées et isolées*. Gouvernement du Canada. <https://thunderbirdpf.org/?resources=traitement-de-la-toxicomanie-et-terre-de-guerison-groupe-de-travail-sur-le-mieux-etre-mental&lang=fr>

Thunderbird Partnership Foundation. (s.d.) *Stigma*. <https://thunderbirdpf.org/stigma/?lang=fr>

Thunderbird Partnership Foundation. (2015). *Terre de guérison : Élaboration d'un modèle de prestation de services axés sur la terre pour les Premières Nations*. <https://thunderbirdpf.org/?resources=terre-de-guerison-elaboration-dun-modele-de-prestation-de-services-axes-sur-la-terre-pour-les-premieres-nations&lang=fr>

Thunderbird Partnership Foundation. (2019). *Trousse d'outils sur les opioïdes et la méthamphétamine*. <https://thunderbirdpf.org/maintenant-disponible-trousse-doutils-sur-les-opioides-et-la-methamphetamine/?lang=fr>

Thunderbird Partnership Foundation. (2020). *Guide de référence du Cadre du mieux-être Autochtone*. <https://thunderbirdpf.org/cadre-du-mieux-etre-autochtone/?lang=fr>

Thunderbird Partnership Foundation. (2021) Série de conférences sur les opioïdes et les méthamphétamines.

Thunderbird Partnership Foundation. (2022). *Enquête sur les opioïdes et la méthamphétamine chez les Premières Nations – Rapport sommaire national agrégé*. https://thunderbirdpf.org/wp-content/uploads/2023/09/FNOM_Short-Report_FR-WEB.pdf

Thunderbird Partnership Foundation. (2023a). *Addictions management information system: Fiscal year 2016-2023*. Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances.

Thunderbird Partnership Foundation. (2023b). *Enquête sur les opioïdes et la méthamphétamine chez les Premières Nations – Rapport sommaire national*. Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances.

Thunderbird Partnership Foundation. (2023). *Sommet sur la consommation des substances des Premières Nations : rapport final*. <https://thunderbirdpf.org/?resources=2023-sommet-sur-la-consommation-des-substances-des-premieres-nations-rapport-final&lang=fr>

Commission de vérité et réconciliation du Canada. (2012). *Commission de vérité et réconciliation du Canada : appels à l'action*. https://nctr.ca/wp-content/uploads/2021/04/4-Appels_a_l>Action_French.pdf

Commission de vérité et réconciliation du Canada. (2015) *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir : sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada*. https://nctr.ca/wp-content/uploads/2021/04/1-Honorer_la_verite_reconcilier_pour_lavenir-Sommaire.pdf

Srivastava, A. B., Mariani, J. J., et Levin, F. R. (2020). New directions in the treatment of opioid withdrawal. *The Lancet*, 395(10241), 1938–1948. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30852-7](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30852-7)

Spillane, N. S., Schick, M. R., et Weiss, N. H. (2022). Trauma and substance use among Indigenous Peoples of the United States and Canada: A scoping review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24:5. <https://doi.org/10.1177/15248380221126184>

Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. (2019). *Treatment of stimulant use disorders: current practices and promising perspectives. Discussion paper*. https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/Treatment_of_PSUD_for_website_24.05.19.pdf

Walker, R. D., Bigelow, D. A., LePak, J. H., et Singer, M. J. (2011). Demonstrating the process of community innovation: The Indian country methamphetamine initiative. *Journal of Psychoactive Drugs*, 43(4), 325–330. <https://doi.org/10.1080/02791072.2011.629140>

Walton, D., et Martin, S. (2021). *The Evaluation of Te Ara Oranga: The path to wellbeing. A methamphetamine harm reduction programme in Northland*. Wellington: Ministry of Health. <https://www.health.govt.nz/system/files/2021-12/the-evaluation-of-te-ara-oranga-mar22.pdf>

Winters, E., et Harris, N. (2019). The impact of Indigenous identity and treatment seeking intention on the stigmatization of substance use. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 18(5), 1403–1415. <https://doi.org/10.1007/s11469-019-00162-6>

Wright, T., McLeod, K., Jones, M., et Varcoe, C. (2024). *Anti-Indigenous racism in Canadian healthcare: A scoping review of the literature*. *International Journal for Quality in Health Care*, 36(3), mzae089. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzae089>

Yasbek, P., Mercier K., Elder, H., Crossin, R., et Baker, M. (2022). *Minimizing the harms from methamphetamine*. Wellington: The Helen Clark Foundation and New Zealand Drug Foundation. <https://idpc.net/publications/2022/09/minimising-the-harms-from-methamphetamine>

Zorick, T., Nestor, L., Miotto, K., Sugar, C., Hellemann, G., Scanlon, G., Rawson, R., et London, E. D. (2010). Withdrawal symptoms in abstinent methamphetamine-dependent subjects. *Addiction*, 105(10), 1809–1818. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03066.x>

